

VIOLÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE MENTAL

Série Interloquções Práticas, Experiências
e Pesquisas em Saúde

VOLUME 1

Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde



editora

redeunida

Gideon Borges dos Santos
ORGANIZADOR



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADOR
Gideon Borges dos Santos

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

VIOLÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE MENTAL

VOLUME 1

Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Imagem Capa
Lúcia Pantojo

Revisão
Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Comissão Científica

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
Jose Wellington Gomes Araújo
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino

Comissão Organizadora

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
José Wellington gomes Araújo
Karen Cordovil
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Marilúcia Oliveira da Silva
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino
Vilma Valeria Fonseca Brito

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

V795

Violência, cuidado e saúde mental: contribuições do ensino Lato Sensu da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para o Sistema Único de Saúde - volume 1/
Organizador: Gideon Borges dos Santos. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS:
Editora Rede Unida, 2024.

345 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 47).
E-book: 4.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-120-5

DOI: 10.18310/9786554621205

1. Educação Continuada. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção à Saúde. I. Título. II. Assunto.

NLM WA 18

CDU 37.035

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO9

**CAPÍTULO 1 | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL:
AÇÃO EDUCATIVA JUNTO AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE NA
CIDADE DO RIO DE JANEIRO..... 11**

Adriana Moratório de Moraes

**CAPÍTULO 2 | CONDIÇÕES DE TRABALHO E A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DA ÁREA HOSPITALAR DIANTE DA EMERGÊNCIA
SANITÁRIA DE COVID-19 NO BRASIL..... 29**

Carine Class de Moraes Verçoza, Leticia Pessoa Masson

**CAPÍTULO 3 | VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SAÚDE MENTAL:
EDUCAÇÃO PERMANENTE E ‘FAZER EM REDE’ COMO ESTRATÉGIAS
DE ENFRENTAMENTO E CUIDADO EM CAPS..... 46**

Cintia Regina Oliveira Macedo

**CAPÍTULO 4 | SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
NA ESCOLA: UM PROJETO DE PREVENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE
VIOLÊNCIA ESCOLAR..... 64**

Elise Fernanda da Silva Mello, Bárbara Zilli Haanwinckel

**CAPÍTULO 5 | SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO
MELHOR: CUIDADO MÚTUO À SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 80**

Emanuelly Mota Silva Rodrigues, Breno de Oliveira Ferreira

**CAPÍTULO 6 | CONTRIBUIÇÕES PARA O ACOLHIMENTO À MULHER
EM CONTEXTO DE VIOLÊNCIA NO SERVIÇO MATERNO INFANTIL
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 95**

Izabel Leite de Souza, Valéria Pereira Silva

**CAPÍTULO 7 | PROJETO DE INTERVENÇÃO “O TRABALHO EM
REDE COMO ESTRATÉGIA NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES
DE VIOLÊNCIA 112**

Josiane Maieski

**CAPÍTULO 8 | ESPAÇOS ARQUITETÔNICOS DA LOUCURA
PRODUZINDO SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES: UM ESTUDO SOBRE A
RELAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE PODER E ESPAÇOS DA LOUCURA
NO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA..... 127**

Leticia Paladino, Paulo Amarante

**CAPÍTULO 9 | A INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI 145**

Lucélia Jaqueline Barbosa dos Santos Oliveira, Valdinei Santos de Aguiar Junior

**CAPÍTULO 10 | INOVAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA
DE GÊNERO NA PANDEMIA COM FOCO NOS AUTORES DE
AGRESSÃO 161**

*Luciana Nogueira Martins de Medeiros, Maria Lucia Freitas dos Santos, Sônia Maria
Gomes de Carvalho*

**CAPÍTULO 11 | IMPLEMENTAÇÃO DE UMA EQUIPE DE AJUDA
ENTRE PARES COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO
E DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES: UMA PROPOSTA DE
PROJETO-INTERVENÇÃO 177**

Marina Santos Rocha, Leticia Gonçalves

**CAPÍTULO 12 | PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL À POPULAÇÃO
PRIVADA DE LIBERDADE: UMA CHAMADA AO ENFRENTAMENTO
DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL..... 195**

Naessa Santos Borges Zure, Leticia Gonçalves

**CAPÍTULO 13 | O IMPACTO DA UBERIZAÇÃO NA REGULAÇÃO DO
TRABALHO E NA SAÚDE DO TRABALHADOR..... 212**

Néa Miwa Kashiwagi, Marcone José das Neves

**CAPÍTULO 14 | A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTROLE SOCIAL: EM DEFESA
DO SUS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL..... 232**

Noilza Abreu Benício dos Santos

**CAPÍTULO 15 | A SAÚDE MENTAL DA PESSOA NEGRA NO CONTEXTO
PRISIONAL: ASPECTOS DA VIOLÊNCIA QUE ADOECE E A RELAÇÃO
COM A ATENÇÃO EM SAÚDE PRISIONAL..... 250**

Poliana Gualberta Soares de Oliveira, Valéria Pereira Silva

CAPÍTULO 16 | ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E O TRABALHO REAL: UM OLHAR SOBRE A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, SAÚDE E SUBJETIVIDADE DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.....270

Renata Queiroz Ramos, Leticia Pessoa Masson

CAPÍTULO 17 | ROMPENDO OS MUROS: RELAÇÕES TERRITORIAIS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL...289

Suelen de Aguiar Lopes, Leticia Paladino Rezende

CAPÍTULO 18 | LOUCURA E CIDADE NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE DISCURSIVA DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E DA COMUNIDADE.....304

Tainá Borges Cardozo, Paulo Duarte de Carvalho Amarante

CAPÍTULO 19 | A ESCUTA MUSICOTERAPÊUTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO: PLANO DE AÇÃO321

Marcus Vinicius Alves Galvão, Neuma Chaveiro, Dolors Rodriguez-Martín

SOBRE A COMISSÃO ORGANIZADORA | AUTORES335

APRESENTAÇÃO

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) há mais de sessenta anos tem como missão formar profissionais para o sistema nacional de saúde. Ao longo de todo esse tempo, foram oferecidos diversos cursos de especialização e residências sobre vários temas de interesse para a Saúde Coletiva. Os cursos de especialização mais tradicionais são das mais diferentes áreas da Saúde Pública como por exemplo a Vigilância, a Atenção, e a Gestão em Saúde. Os especialistas formados estão inseridos em diferentes segmentos do diferentes segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, seguramente, em todos os estados brasileiros. Os alunos durante seus cursos recebem orientação de docente com expertise no tema de interesse para apresentar seus trabalhos de conclusão a uma banca qualificada para avaliação.

Ao longo dos anos, temos identificado trabalhos muito interessantes. A produção no âmbito do *Lato Sensu* tem se caracterizado por uma feliz integração entre o conhecimento acadêmico e a experiência de diferentes atores da prática, trazendo possibilidades de novas formas de análise e de enfrentamento de problemas do cotidiano.

Apesar dessa potencialidade identificada, a produção acadêmica relacionada aos cursos, embora traga imensa riqueza de temas contemporâneos, com abordagens e linguagens inovadoras, não se adequa às exigências editoriais da maior parte das revistas da área. Essa dificuldade em dar publicidade a esses trabalhos de forma mais organizada dificulta o acesso, reduz os debates e as reflexões acerca de questões relevantes e desestimula alunos e orientadores.

Ao propor a publicação de uma série de livros, compostos por uma coletânea de textos escritos por diferentes colaboradores, resultados de trabalhos de conclusão dos cursos de *Lato Sensu* e da ENSP, esperamos abrir um espaço que ajude a ampliar os debates e ainda que contribua com a valorização do ensino *Lato Sensu* não apenas na ENSP, mas nas diferentes instituições que se dedicam a tal tarefa.

Para organizar os três volumes que compõem essa série, os manuscritos enviados após chamada aberta foram analisados por docentes da ENSP, observando aspectos relacionados ao caráter inovador do manuscrito, a reprodutibilidade do estudo em contextos similares, clareza e objetividade na escrita, alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS e, principalmente, se os resultados são relevantes e podem contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde. Ao final do processo foram selecionados 56 textos que agora são apresentados em 3 volumes. Os livros estão compostos por grupos de temas que são abordados através de prismas distintos, são análises, reflexões e experiências trazidas por nossos alunos e seus orientadores.

No primeiro volume estão agrupados 19 textos que tratam de vários aspectos relativos à saúde mental, à saúde do trabalhador e às violências, por vezes abordando de forma articulada esses três temas. São textos que trazem o olhar sobre: a saúde nas prisões; a participação da sociedade e das equipes de atenção na organização dos serviços; e sobre a violência de gênero e que faz sofrer adolescentes. São trabalhos que miram a realidade vivida e produzida cotidianamente, mas que trazem perspectivas de mudança e de superação.

O segundo volume agrega 17 trabalhos que versam sobre a organização dos serviços de saúde, o uso de ferramentas para o planejamento e para a gestão, sobre questões que afetam grupos específicos e apresentam o debate sobre questões raciais que emergem no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Por fim, no terceiro volume estão reunidos 20 trabalhos que tratam do amplo universo das atividades, tecnologias e estratégias voltadas para formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde, de modo a apoiar sua atuação cotidiana e para fortalecer vínculos no âmbito da atenção à saúde.

Acreditamos que a partir da maior visibilidade desses trabalhos será possível estimular os debates, qualificar e inovar no ensino *Lato Sensu* e sua produção. Esperamos também que inspirem e contribuam para o fortalecimento e aprimoramento do sistema nacional de saúde em seus diferentes segmentos e áreas de atuação, trazendo abordagens inovadoras e efetivas.

Os organizadores

Capítulo

1

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: AÇÃO EDUCATIVA JUNTO AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Adriana Moratório de Moraes*

Introdução

A criação do SUS propôs uma mudança do modelo de atenção à saúde: concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado. Isso significa muito mais do que ter acesso a médicos, hospitais e exames sofisticados; significa que todas as intervenções devem ser pautadas pelo respeito, da recepção ao atendimento, inclusive a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde.

Geralmente, a visão que se tem de saúde mental é de exclusão e aprisionamento das pessoas em sofrimento mental. Essa visão estreita acaba por transformar as comorbidades mentais como algo a ser excluído do social. A saúde mental, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) vai além da ausência de doenças e só é possível quando houver completo bem-estar físico, mental e social. Direcionada por esta lógica, a Atenção Básica preza pela inserção sociocultural do sujeito e por sua singularidade como fios de vida estreitamente entrelaçados e interdependentes¹. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, amplia-se o leque de possibilidades na construção desse bem-estar geral para os indivíduos e sociedade.

* Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Gestão em Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Avaliação Psicológica (UCP). Especialista em Recursos Humanos (UCAM). Graduada em Psicologia (SEFLU). Psicóloga Estatutária (SMS/RJ). E-mail: adrianamoratorio.psi@gmail.com

A proposta da reforma psiquiátrica surgiu em meio ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental², mas hoje é o eixo norteador da política de saúde mental do Ministério da Saúde³. O compromisso com a desinstitucionalização da loucura e das práticas asilares, que a encarceraram entre muros, depende da atuação de profissionais que se coloquem à disposição para construir novas possibilidades de encontro entre a loucura e a sociedade.

De maneira geral, o acesso aos serviços é organizado a partir das filas por ordem de chegada, com avaliação do potencial de risco ou do grau de sofrimento por meio da escala de gravidade, porém, devido à falta de qualificação dos profissionais no manejo em casos de saúde mental, essa prática compromete a eficácia e causa sofrimento desnecessário aos trabalhadores e usuários do SUS. Sabe-se que todo momento de transição envolve uma série de dificuldades, como a compreensão de novos modelos a partir da mudança de paradigmas, a revisão dos atuais modos de funcionamento e de reorganização do processo de trabalho, entre tantas outras coisas. Logo, a educação permanente centrada em saúde mental torna-se imprescindível na prática cotidiana de atendimento e cuidado da população.

Contrapondo-se à perspectiva da fragmentação e do foco na doença, a educação permanente atenta à saúde mental é entendida aqui como um mecanismo de gestão do trabalho, com potencialidades para melhorar os processos de trabalho no setor saúde. Ela propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Os profissionais de saúde mental têm como missão facilitar a reintegração das pessoas que enfrentam desafios emocionais ao seu ambiente familiar, comunitário e pessoal, proporcionando-lhes as condições essenciais para um cuidado adequado. Mas esse cuidar requer uma preparação para as tarefas cotidianas, muitas vezes, envoltas em angústia e tensão, não apenas por presenciar a dor alheia, como, também, por questões que dizem respeito ao ambiente de trabalho.

Santos Filho (2007)⁴ argumenta que um dos problemas mais evidentes no trabalho em saúde está na precarização dos ambientes e das condições de trabalho, assim como na omissão e negação de direitos aos profissionais. Fatos corriqueiros nos serviços de saúde são: as longas jornadas de trabalho, a sobrecarga de tarefas, a falta de planejamento das ações, a falta de infraestrutura nos locais de trabalho. É no trabalho cotidiano do SUS que os trabalhadores experimentam as contradições da realidade e reconhecem as desproteções existentes nos territórios. O conceito de território vai além de sua dimensão física e geográfica, incorporando aspectos sociais, políticos, culturais e psicológicos, baseando-se em uma abordagem mais dinâmica, que considera as relações e processos que ocorrem dentro e no seu entorno.

Minha prática como psicóloga na AP 3.3, em um Centro Municipal de Saúde (CMS) da cidade do Rio de Janeiro, me permite constatar que o acesso aos serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro é um problema ainda a ser resolvido. Com a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, os recursos deveriam ser direcionados para uma rede territorial substitutiva, porém, o que se tem são poucos serviços de saúde mental aquém da demanda no território. A desconstrução da cultura manicomial implica em trabalhar a saúde mental ampliando o direito à cidadania: com produção de vínculo entre o usuário e o serviço; exercitando na rede a produção do respeito e da tolerância às diferenças; fomentando a capacidade do cidadão de administrar a própria vida, suas emoções e tecendo uma teia de compartilhamento, de aproximação, de diálogo entre trabalhador-usuário.

Nesse contexto, algumas questões serão ressaltadas: conheço o território em que atuo? Quem são as pessoas que vivem no território? Quais os aspectos demográficos, sociais e culturais? Consideramos a territorialização para o planejamento das ações? Que saberes possuem meus colegas de equipe? Como partilhar saberes com o outro profissional da equipe e construir um trabalho interprofissional? De que maneira realizamos nossas reuniões de trabalho? Que espaços existem para o protagonismo dos usuários?

A presente proposta de pesquisa-intervenção tem o objetivo de incluir na educação permanente o enfoque em saúde mental no processo educativo dos

profissionais em um Centro Municipal de Saúde na AP 3.3, na Cidade do Rio de Janeiro, por meio de estratégias de capacitação dos profissionais de saúde do serviço. Considerando que intervenção denota a participação ativa e engajada dos investigadores e dos participantes, reconhecendo que o conhecimento é construído em um processo colaborativo. Tal projeto encontra-se inserido nas ações e estratégias para reorientação dos serviços de atenção em âmbito local, tendo em vista a melhoria do processo de trabalho na unidade mista de saúde.

Objetivos

Objetivo geral

Implementar estratégias de educação permanente como dispositivo para ações intersetoriais no âmbito institucional perante as vicissitudes do trabalho em saúde mental em um Centro Municipal de Saúde da AP 3.3, tendo em vista a resolubilidade das ações e a saúde mental dos seus trabalhadores no período de um ano.

Objetivos específicos

- Reorientar as práticas em saúde mental a partir do processo de trabalho;
- Mobilizar os profissionais para construção de uma “rede de escuta” entre usuários do serviço e os trabalhadores da saúde;
- Amenizar os conflitos entre as equipes e das equipes com os usuários, reforçando os vínculos por meio da transformação das práticas profissionais.

Descrição do problema

No Centro Municipal de Saúde (CMS) chegam pessoas de diversas instituições como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e

outras Drogas (CAPS ad), Emergência Psiquiátrica, Justiça, Assistência Social, Conselho Tutelar, Educação, Clínica da Família; porém, todos anteriormente passaram por sua equipe de saúde responsável e assim foram cadastrados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que consiste em uma plataforma informatizada adotada no contexto do SUS.

Após muitos anos trabalhando como psicóloga no Centro Municipal de Saúde, localizado na AP 3.3, observei grandes lacunas no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido no CMS. O relatório da ouvidoria evidenciou uma escuta pouco qualificada e relações solidárias pouco exercidas no âmbito do CMS.

O trabalho neste local é desenvolvido por servidores estatutários, efetivados por meio de concurso público para a Secretaria Municipal de Saúde e alocados neste Centro Municipal de Saúde; e por funcionários contratados para a Estratégia de Saúde da Família pelo regime da consolidação das leis do trabalho (CLT) via Organização Social (OS) sendo direcionados para a unidade de saúde pela Prefeitura de Rio de Janeiro. Essa diferença nos contratos de trabalho e a fragilidade na contratação das equipes da ESF associados à inclusão desta nova modalidade de atendimento, sem a devida articulação com os trabalhadores que já pertenciam à antiga instituição, geraram certo desconforto entre todos os trabalhadores. O novo fluxo de atendimento dentro deste espaço passou a ser compartilhado forçosamente.

Para executar o acolhimento dos usuários do serviço, um funcionário fica na função de “Posso Ajudar” na porta de entrada do CMS.

O contato diário com a doença, a morte e o sofrimento, imbricado em questões sociais, históricas e culturais como pobreza, violência e vulnerabilidades de todas as ordens, têm sido fonte do adoecimento psíquico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desta Unidade Básica de Saúde (UBS). Enriquez (1990)¹², em sua análise freudiana, afirma que os seres humanos apresentam “necessidade de proteção” e, na busca pela superação de suas fraquezas, eles se propõem a regressar aos “estados nirvânicos”, ou seja, à procura de um estado de felicidade permanente e inalcançável, o trabalhador

é convencido e incentivado a dedicar-se arduamente ao trabalho, como se esse fosse o único caminho para o bem-estar. Capta-se, então, que a sociedade é marcada pela contradição dos métodos de desenvolvimento próprio, pela forma com que se dão as relações de trabalho. Esses métodos prescrevem como caminho para a evolução, a busca pela superação dos sofrimentos, porém, eles próprios, ao mesmo tempo, geram mal-estar.

Nesse quadro, os Agentes Comunitários de Saúde também elencaram alguns dos empecilhos para o êxito do seu trabalho em campo com a pessoa em sofrimento psíquico, como: dificuldade de estabelecer vínculo com os que moram sozinho; medo do surto e da agressividade de uns; isolamento de certos usuários e falta de conhecimento sobre doença mental.

A prática do ACS em saúde mental não possui estratégias definidas, mas a sua participação, principalmente na identificação precoce de possíveis casos de sofrimento psíquico, se faz importante. Por não ser um trabalho específico do ACS, fala-se minimamente em formas de abordagem, ou, capacitação para esses profissionais em saúde mental; aprimorando sua compreensão no que seja subjetivo diferente do modelo biomédico seguido.

Quanto ao serviço de saúde mental desta unidade, a situação também é complexa: o agendamento é realizado via SISREG por uma reguladora específica, para duas psicólogas da unidade mista. São disponibilizadas 12 vagas semanalmente, divididas em seis agendados para cada psicóloga. Nesse momento, é explicado ao usuário o funcionamento do trabalho e o agendamento das sessões individuais. A consulta individual tem duração estimada de 30 minutos, uma vez por semana. O processo de porta de saída se dá por alta e/ou desistência do usuário.

O dispositivo de clínica da recepção é um espaço de acolhimento aos pacientes de saúde mental que estão chegando ao ambulatório: “Aposta-se que o sintoma tem sentido ligado à experiência do sujeito”¹³. Hoje em dia, com a impossibilidade de absorver o volume de demanda para atendimento individual, “o desafio é justamente o de visar à articulação do sujeito com seu sintoma, operando a partir de um lugar de passagem”¹³; neste caso, o trabalho

da recepção contribuiu na reorganização desta questão. Compreendendo que dispositivos em saúde mental são serviços substitutivos, o que significa, entre outras coisas, a capacidade de fornecer atenção e cuidados em saúde mental sem remover completamente o indivíduo do seu habitat, bem como facilitar o seu acesso aos serviços de saúde pública.

Segundo relatório da ouvidoria, citado anteriormente, no CMS os principais problemas identificados foram: a inexistência de uma orientação periódica para nivelamento de conhecimento e avaliação do funcionamento da unidade mista, associados à falta de discussão de estratégias de solução. Ou seja, os trabalhadores ressentem-se pela ausência de uma política de qualificação e a falta de um espaço para discussão dos problemas ocorridos no cotidiano, tanto do ambulatório como no das equipes de saúde da família, sejam eles de relacionamento com o usuário, entre os próprios funcionários, ou questões técnicas.

Tais dificuldades favorecem o surgimento de conflitos e divergências na realização das atividades. Contudo, é necessário destacar que o CMS faz reuniões pontuais com seus servidores, assim como, a ESF com os seus funcionários.

Em relação às condições do ambiente de trabalho, observa-se uma deficiência evidente no decorrer dos atendimentos: não se dispõe de sala de espera, o ruído é intenso, pois, os pacientes agendados são acomodados no corredor da unidade de saúde em frente aos consultórios, atrapalhando as consultas com conversas em virtude do tamanho reduzido da UBS. Por vezes, as conversas inviabilizam o atendimento, pois nem os profissionais, nem os usuários conseguem se ouvir.

Outro fato importante observado na unidade mista, diz respeito à sinalização referente à localização das salas e setores de atendimento: as salas não seguem a ordenação numérica, as sinalizações são confusas. A área física do CMS, também, é pequena para a demanda: não existe um balcão de informações para orientar as pessoas que, geralmente, ficam desorientadas e batendo na porta de todos os consultórios em busca de informações, atrapalhando as consultas, até conseguirem o atendimento desejado. Por isso, quando o usuário procura

espontaneamente o serviço, ele encontra dificuldades para ter sua necessidade ouvida e conduzida adequadamente na unidade.

As equipes na prestação do serviço revelam carecer de capacitação para lidar com o público, a fim de desenvolver habilidades e estratégias que minimizem os conflitos diários com os usuários. Há um fluxo truncado de informações fornecidas de forma verbal que favorecem ambiguidades nas interpretações. Da mesma forma, ocorrem informações desconstruídas com relação ao percurso do paciente na unidade.

A princípio, um problema identificado foi a escassez de diálogo entre os profissionais do CMS com os profissionais da ESF interferindo no fluxo do atendimento. Sabemos que devido ao aumento do contingente populacional, proporcionalmente, a demanda por atendimento cresceu também, obrigando o poder público ampliar a oferta de atendimento em saúde de forma integral, contemplando a todos. Porém, torna-se fundamental o envolvimento de todos os atores neste processo de transição para a inserção de uma nova prática em saúde, que necessita de um aprofundamento em uma questão muito delicada de cunho interpessoal: a relação servidor/funcionário/usuário. Pois, o diálogo e o vínculo apresentam-se como ferramentas importantes para uma comunicação eficiente e com responsabilidade coletiva.

Campos¹⁴ sugere que a “reordenação do trabalho em saúde por meio do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde”. O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e população. Para este autor, o vínculo só se produz quando há relação entre sujeitos, jamais nas circunstâncias em que o usuário seja reduzido à condição de objeto. Como sujeitos estarão “habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto, para a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem”¹⁵.

Método

Indicadores

- 100% dos trabalhadores de saúde capacitados em saúde mental;
- 100% de análise feita das atas de rodas de conversa com os profissionais;
- Participação de pelo menos 80% de profissionais em oficinas sobre saúde mental.

Meios de verificação

- Capacitação em saúde mental realizada;
- Trabalhadores capacitados em saúde mental;
- Análise das atas das rodas de conversa concluídas;
- Oficinas realizadas.

Fatores externos

- Apoio institucional que o projeto receberá da direção do CMS e gestão da (ESF);
- Motivação dos profissionais envolvidos na discussão sobre saúde mental;
- Realização das oficinas num espaço físico limitado.

Resultados

- Organização do trabalho na unidade mista;
- Resolução nas ações de saúde mental;
- 100% de profissionais capacitados em saúde mental.

Ações

- Caracterizar a saúde mental como uma ação de aproximação, criação

de vínculo e de corresponsabilização, de ampliação do diálogo entre os trabalhadores da saúde, entre os profissionais e a população;

- Rodas de conversa sobre saúde mental com as equipes e chefias da unidade;
- Mobilizar atores-chave para atuar como parceiros na ampliação do diálogo e na construção de uma “rede de escutas” entre usuário-serviço ou entre os trabalhadores.

Recursos

- Recursos humanos;
- Recursos audiovisuais;
- Infraestrutura;
- Materiais de escritório.

Local

De acordo com o Armazém dos Dados⁵, a cidade de Rio de Janeiro é considerada de grande porte, com uma área de 1.255,3 km² e conta com 5.941.838 habitantes. São divididas em: cinco Áreas de Planejamento de Saúde (APS), 16 Regiões de Planejamento, com 33 Regiões Administrativas e 161 bairros. Agrega, ainda, um padrão extremamente heterogêneo no que se refere ao processo de ocupação e à distribuição geográfica da população.

Segundo o Armazém dos Dados, as Áreas Programáticas de Saúde mantêm em comum a reorganização dos territórios, por meio do estudo de suas potencialidades e da reestruturação da rede sob sua responsabilidade que integra o SUS municipal; além da proximidade geográfica, o perfil socioeconômico e de acesso aos serviços de saúde. A Zona Norte (I, II, III) tem um total de 87 bairros com 2.399.159 habitantes, porém, com um percentual de 27% desta população (654.755) morando em favelas. A unidade de saúde alvo de nossa proposta de intervenção localiza-se na Zona Norte I, composta por 32 bairros.

Os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶ indicam que essa região é densamente povoada, com evasão de população em certas localidades e taxas de natalidade altas. Os bairros da Zona Norte I apresentam baixos índices de área livre por habitante e é baixo o número de moradores com escolaridade de nível superior. Na região, há pouca oferta de emprego, predominando o trabalho informal, o acesso aos recursos monetários é difícil, expressado pela baixa renda per capita familiar, os indicadores de educação e saúde estão abaixo dos índices adequados, refletidos no percentual de analfabetismo entre os adultos.

Nesta região do município, a moradia em sua maior parte é de tijolo, com basicamente 136.337 construções; 135.899 imóveis com energia elétrica; 117.531 com água filtrada e 8.370 sem tratamento de água; 136.156 residências com coleta de lixo regular e 1.111 com lixo a céu aberto; 133.409 construções com sistema de esgoto e 3.223 com esgoto a céu aberto⁷.

Quanto à coleta e tratamento de lixo, o município iniciou o processo de encerramento do atual aterro de triagem e compostagem de lixo localizado em Gericinó, na Zona Oeste do Rio. Os resíduos estão sendo transferidos para o Centro de Tratamento de Resíduos (CTR Rio), em Seropédica. A Estação de Transferência de Resíduos de Bangu (ETR) está em fase de conclusão de suas obras, permitindo que gradativamente seja encerrado o envio de lixo para o aterro à medida que a ETR entre em plena operação. O aterro persistirá na recepção de resíduos provenientes da construção civil, enquanto diversas possibilidades para otimizar sua utilização estão sendo analisadas. Entre essas opções, destaca-se a avaliação para licenciamento do processo de beneficiamento dos resíduos da construção civil, entre alternativas em estudo. A Comlurb é responsável pelos serviços de coleta domiciliar e de limpeza dos logradouros, parques, mobiliário urbano, túneis, viadutos e a transferência, tratamento e disposição final do lixo⁸.

A Área Programática 3 responde por cerca da metade dos habitantes das favelas/setores subnormais de todo o município. A área da AP 3 é dividida em três subáreas: AP 3.1, AP 3.2 e AP 3.3, que compreendem os subúrbios da Central e Leopoldina, linhas férreas que cruzam a cidade, além da Ilha do Governador.

A Área Programática 3.3 está dividida em dois subsistemas: Eixo Madureira – Irajá com os seguintes bairros: Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Colégio, Engenheiro Leal, Irajá, Madureira, Oswaldo Cruz, Marechal Hermes, Quintino Bocaiuva, Honório Gurgel, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila Kosmos, Vila da Penha e Vista Alegre e o Eixo Pavuna-Anchieta com os bairros: Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna e Parque Columbia. Possuindo 29 bairros de cobertura.

Na área, há grandes disparidades sociais, principalmente na região onde estão os grandes bolsões de pobreza, com um índice de maior vulnerabilidade entre a população, que em 70% dependem da utilização dos serviços públicos preconizados pelo SUS.

A rede de equipamentos sociais existentes na AP 3.3 não é muito vasta, contando com: 98 entre escolas municipais e estaduais, 15 creches municipais, 2 conselhos tutelares, 48 consultórios de rua, 2 vilas olímpicas, 5 centros de referência da assistência social (CRAS), 2 centros de referência especializados de assistência social (CREAS), 2 academias carioca, 4 centros de atenção psicossocial (CAPS), 3 unidades hospitalares (UH), 2 unidades de pronto atendimento (UPA), 119 clínicas da família (CF), 7 centros municipais de saúde (CMS) e o comércio local.

A região carece de espaços destinados ao lazer e entretenimento público, com praças antigas, a maioria necessitando de reformas. No entanto, um avanço significativo foi alcançado com a recente construção do Parque de Madureira e a implementação de algumas lonas culturais. Essa iniciativa do setor público em aprimorar a qualidade de vida local teve impactos positivos, sendo bem recebida pela população. “Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade”⁹.

Os dados sobre a população demonstram que de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) atualmente existem 137.494 famílias cadastradas na AP 3.3, estando 7.172 cadastradas no CMS. Os principais problemas de saúde da AP 3.3 atendidos no ano de 2015 segundo

SIAB são: hipertensão 65.924 casos; diabetes 21.971 casos; uso abusivo de álcool 18.809 casos; urgência em odontologia 11.290 casos; uso de drogas ilícitas 1.110 casos⁷.

O Centro Municipal de Saúde (CMS) no qual será feito o projeto de intervenção, possui uma das maiores populações dentre os bairros cariocas. No seu entorno agrega o complexo do chapadão, o qual é um agrupamento de favelas da cidade do Rio de Janeiro, situando-se geograficamente entre os bairros da Pavuna, Costa Barros, Anchieta, Guadalupe e Ricardo de Albuquerque, ambos na Zona Norte I do município.

A região é controlada pelo tráfico e ainda não recebeu uma UPP (Unidade de Polícia Pacificadora). Com uma população estimada em mais de 25.000 moradores (no chapadão), considerada atualmente uma das regiões mais perigosas do Rio de Janeiro. O complexo está sendo urbanizado por meio do programa “Morar Carioca”.

Conforme a carteira de serviços da prefeitura (2011)¹⁰, em relação aos serviços prestados na Atenção Básica, esta unidade de saúde é do tipo B (mista), ou seja, representa uma unidade ambulatorial atualmente conhecida como CMS que passou a incorporar em seu quadro de profissionais as equipes de ESF. Desta forma, a unidade apresenta tanto o funcionamento ambulatorial como a atenção em saúde realizada pela ESF. Além de prestar cobertura ambulatorial para as demais clínicas da família do seu entorno. O ambulatório está disponível das 8h às 17h de segunda a sexta-feira, enquanto a (ESF) opera até às 18h no mesmo período. Aos sábados, apenas a ESF está em funcionamento, atendendo das 8h às 12h. No CMS, em 2015, realizou-se o seguinte número de consultas: 2.019 por demanda imediata; 1.144 demanda agendada; 4.184 por casos crônicos; 200 por urgência; 1.097 pré-natais; usuário de álcool e outras drogas 765 e atendimentos em grupo 344⁷.

No ambulatório do CMS onde será feita a intervenção com a inclusão dos profissionais no sistema de regulação municipal (SISREG), agora recebem usuários de todo território da AP 3.3 via marcação no SISREG. Os Centros Municipais de Saúde (CMS) oferecem serviços de Atenção Primária, assim como

as Clínicas da Família (CF). A Atenção Primária à Saúde (APS) trabalha com território adscrito, ou seja, a população residente na área de cobertura da ESF deve, prioritariamente, ser atendida pela mesma equipe de Saúde da Família.

Conforme estabelecido pela Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017, cada equipe de saúde da família deve ser responsável no máximo por 3.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.500 pessoas¹¹, assegurando os princípios e diretrizes da Atenção Básica para esta definição. Recomenda-se que além dessa faixa populacional, o número de pessoas por equipe considere o grau de riscos, de vulnerabilidade das famílias e dinâmicas comunitárias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Para todas as unidades de APS, a definição de um conjunto de código de endereçamento postal (CEP) estabelecerá a base territorial de abrangência dos serviços prestados. Com isso, alguns princípios devem ser assegurados: o princípio da longitudinalidade (acompanhamento das pessoas ao longo do tempo); o princípio da acessibilidade (oferecer acesso ao serviço de saúde quando as pessoas sentirem necessidade); o princípio da coordenação do cuidado (todas as pessoas do território serão acompanhadas pela ESF).

Caso a rua não esteja coberta por uma equipe da ESF, o atendimento será pelo CMS da área de abrangência. Quando houver necessidade de atenção especializada, as pessoas devem ser referenciadas, conforme o nível de complexidade do caso, para um CMS, uma unidade de pronto atendimento (UPA) ou uma unidade hospitalar (UH).

O Centro Municipal de Saúde da Área Programática 3.3 oferece os seguintes serviços:

- Consultas individuais e coletivas;
- Visita domiciliar;
- Saúde bucal;
- Vacinação e curativos;
- Pré-natal e teste do pezinho;
- Exames de ultrassonografia e eletrocardiograma;

- Exames laboratoriais: sangue, urina e fezes;
- Planejamento familiar e vigilância em saúde;
- Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos.

Os protocolos e linhas de cuidado utilizados nas unidades de saúde são os que fazem parte da normatização da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde.

Avaliação e acompanhamento

A implementação do projeto será conduzida por um agente designado, em conjunto com as direções dos serviços responsáveis, tanto para monitorar as ações quanto para realizar ajustes necessários. A avaliação, concebida como um processo contínuo, ocorrerá simultaneamente ao progresso das ações, permitindo uma análise constante e a introdução de melhorias conforme necessário.

De Salazar¹⁷ afirma que “quando nos referimos à efetividade, estamos avaliando se uma intervenção serve para o que foi criada, quando funciona sob condições reais não controladas”. Efetividade é, assim, um conceito que qualifica os resultados das intervenções.

Baseando-se na falha de comunicação e pouca interação entre os profissionais de saúde, pensou-se em capacitar os trabalhadores em saúde mental para esta unidade de saúde, assim, reorganizar o serviço desta instituição e, conseqüentemente, reduzir o número de reclamações de ambos os serviços.

Uma avaliação tem a ver com produção de conhecimento sobre uma classe específica de objetos, aquela dos “programas” ou “intervenções”.

Para Gadamer (1997)¹⁶ são o presente e seus interesses que interpelam o investigador. Assim, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. O pesquisador então volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo na fusão desses dois horizontes (passado-presente) que o objeto de estudo se destaca.

É de suma importância que os dirigentes da unidade mista realizem a sensibilização dos profissionais por meio de capacitação por oficinas e rodas

de conversa, com equipamentos audiovisuais adequados para a transmissão do conteúdo elaborado, para o fortalecimento das ações e melhoria do fluxo da comunicação, tanto entre pares, quanto com terceiros, pois, a boa comunicação, a coesão, a organização, a qualidade e o conhecimento devem ser algo constante entre a equipe.

A capacitação se dará na unidade mista no período da manhã e da tarde, com um grupo por turno, em ações quinzenais com 90 minutos de duração cada; ao longo de 12 meses. Sendo um total de seis oficinas participativas a realizar com cada grupo, de 17 participantes em cada oficina, que se reunirá em turnos distintos no auditório do CMS em dia e horário marcado. As estratégias escolhidas foram: roda de conversa, dramatização, mapa falado, criação de uma rede de escutas e de um mural. As oficinas participativas serão divididas pelas seguintes temáticas: 1ª concepção de demanda em saúde mental; 2ª saúde mental e território; 3ª saúde mental no contexto da Atenção Básica; 4ª cuidado em saúde mental; 5ª práticas grupais e 6ª formação profissional e sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Oficina é uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica. Vieira e Volquind¹⁸ conceituam como sendo “um tempo e um espaço para aprendizagem; um processo ativo de transformação recíproca entre sujeito e objeto; um caminho com alternativas, com equilíbrios que nos aproximam progressivamente do objeto a conhecer”.

A nova forma de executar o serviço deverá ser discutida com e entre os profissionais envolvidos na organização para desmistificar o seu desenvolvimento, o que poderá trazer muitos benefícios aos trabalhadores, usuários e a gestão da unidade mista. Inicialmente, serão utilizadas rodas de conversas para discutir com os trabalhadores o que eles pensam sobre saúde mental. Entende-se por rodas de conversas: “como dispositivos de construção dialógica que favorecem o entrosamento e a confiança entre os participantes, superando a dicotomia: sujeito-objeto”¹⁹.

A avaliação processual ocorrerá, portanto, ao longo do processo de intervenção e não ao final. Ela mostrará o que se aprendeu e o que ainda não aprendeu, para se providenciarem os meios para aprender o necessário para a continuidade do trabalho. Na ata dos encontros, a cada oficina realizada os

moderadores registrarão as transformações relatadas pelos participantes nas práticas e no trabalho em equipe, detectando avanços, dificuldades e entraves.

Considerações finais

Este projeto se desenvolverá nas dependências de um CMS pertencente a AP 3.3 na Pavuna, conforme aprovação das chefias imediatas e Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo executado no prazo aproximado de 12 meses mediante estrutura funcional para o efetivo trabalho, cooperando na formação de novos conhecimentos para complementar o saber já existente dos profissionais envolvidos neste trabalho, priorizando as trocas coletivas de aprendizado no trabalho por meio da educação permanente como objeto de formação e melhoria do ambiente institucional.

Desta forma, reorientando as práticas do serviço por meio de ações intersetoriais, assim como promovendo a equidade e inclusão social; já que a educação permanente em saúde mental propõe uma mudança de cenário, em que o usuário tem papel fundamental e participativo no processo. Caminhando para regularização e efetivação do acesso aos serviços de modo que funcione como um dispositivo para resolução dos problemas de saúde do seu entorno.

Referências

1. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.º 34 – Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Amarante P. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Santos Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. 1a ed. Ijuí: Unijuí; 2007.
5. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos [Internet]. Armazém de dados. Rio de Janeiro: Governo da Cidade do Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: [http:// www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br). Acesso em: 12 jul. 2016.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de informações básicas municipais. Censo 2010. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Orçamento. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 fev. 2018.
7. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil [Internet]. APS. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Governo da Cidade do Rio de Janeiro; 2001. Disponível em: <http://subpav.org/tabnet/index.php>. Acesso em: 1 fev. 2018.
8. Site da Companhia Municipal de Limpeza Urbana [Internet]. Rio de Janeiro: Governo da Cidade do Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/comlurb>. Acesso em: 11 fev. 2018.
9. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
10. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2011.
11. Ministério da saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 29set.
12. Enriquez E. Da horda ao Estado: Psicanálise do Vínculo Social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990.
13. Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro. A clínica da recepção nos dispositivos da Saúde Mental. Cadernos IPUB. 2000; 6 (17).
14. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 229-266.
15. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, Organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
16. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
17. Lima VLGP, Barroso MAB, Campos NZR. Efetividade das práticas de promoção da saúde. B Téc. Senac: a R Educ. Prof. 2009; 35(2):72-79.
18. Vieira E, Volquied L. Oficinas de ensino: O quê? Por quê? Como? 4a ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2002.
19. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface (Botucatu). Supl 2. 2014; 18:1299-1311.

CONDIÇÕES DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ÁREA HOSPITALAR DIANTE DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA DE COVID-19 NO BRASIL

Carine Class de Moraes Verçozza*
Letícia Pessoa Masson**

Introdução

A covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, podendo variar de casos assintomáticos até quadros graves¹. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde² (OMS), declarou que o surto do novo coronavírus é uma emergência de saúde pública de importância internacional. Com a significativa propagação do vírus, a covid-19 foi caracterizada como uma pandemia, com o objetivo de prevenir ou reduzir a propagação mundial da doença. Em maio de 2023 já havia o registro de mais de 700 mil mortes no país³.

Diante desta emergência, as discussões em torno da saúde do trabalhador da saúde ganharam espaço, principalmente por meio da mídia, evidenciando riscos e agravos para a realização do trabalho em saúde. No que tange à realidade do trabalhador da saúde nesta crise sanitária, com a alta demanda para a atenção à saúde pelo mundo, o cenário de trabalho cotidiano na área também se reconfigurou e, com isso, o trabalhador da saúde precisou moldar-se a novas demandas de trabalho e de vida. Com a intensificação

* Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde (PUC/RJ). Graduada em Psicologia Clínica e Hospitalar (UFF). E-mail: cariineclass@hotmail.com

** Pós-doutora em Psicologia no Atelier de Psicologia do Trabalho da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto/ Portugal. Doutora em Psicologia Social (UERJ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UERJ). Analista de Gestão em Saúde do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ). E-mail: leticia.masson@fiocruz.br

da pandemia, o trabalho em saúde passou por diversas mudanças em suas condições: jornada de trabalho, riscos, segurança, rotina.

Neste estudo foram considerados trabalhadores da saúde, de maneira ampla e não somente os chamados profissionais de saúde, conforme define a cartilha “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de covid-19 e outras síndromes gripais” do Ministério da Saúde⁶:

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde – como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas etc. – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros, entre outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas⁶.

Para Machado⁷, o Brasil tem dois patrimônios no âmbito da saúde: o SUS e os mais de três milhões e meio de profissionais de saúde que nele atuam. A autora considera um fato incontestável que o SUS é sustentado e movido por um enorme contingente de trabalhadores e o enfrentamento à pandemia no Brasil só tem sido possível devido a eles. Apesar do trabalho incansável destes atores, a pandemia no Brasil mostrou as dificuldades e as precariedades do SUS vividas no cotidiano de trabalho, o que, paradoxalmente, pode contribuir para justificar ainda mais o seu desmonte e alimentar o discurso de que tal sucateamento da saúde pública no país justificaria sua extinção.

Ao longo da pandemia, diversas manchetes estamparam as mortes dos profissionais de saúde no país. Segundo relatório da OMS⁸ estima-se que, no Brasil, 80 mil a 180 mil profissionais de saúde morreram em decorrência da covid-19 entre janeiro de 2020 e maio de 2021. Para o Conselho Federal de Enfermagem⁹ (COFEN) esse cenário se deu devido à insuficiência de equipamentos de proteção, quando as instituições passaram a receber uma demanda grande de pessoas ao mesmo tempo e as condições de atendimento

não eram as melhores, o que acabou extrapolando o risco já existente de contaminação de outras doenças para estes profissionais.

Segundo Heliotério e colaboradores¹¹, a atuação dos trabalhadores da saúde é elemento central no enfrentamento da pandemia. Portanto, o plano de combate a covid-19 deveria incluir proteção e preservação da sua saúde física e mental desses trabalhadores, visando garantir e proteger suas vidas, visto que a covid-19 é uma doença relacionada ao trabalho para esses trabalhadores, pois há grande chance de contaminação ao atuar diretamente nesses postos. De acordo com Castro e colaboradores¹², além dos impactos físicos da covid-19 e suas possíveis sequelas e risco de morte, também é relevante apontar os impactos na saúde mental destes trabalhadores.

Entende-se que, em função da pandemia e seus desdobramentos, em que os modos de vida e de trabalho se transformaram tanto, é necessário investigar o que tem sido produzido enquanto pesquisa sobre esta temática. Este capítulo tem como pergunta norteadora: quais as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde que atuaram em hospitais durante o enfrentamento da Pandemia de covid-19?

Objetivos

Objetivo geral

Apresentar como se configuram as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores da área hospitalar no Brasil no enfrentamento à emergência sanitária da covid-19.

Objetivos específicos

- Conhecer por meio da literatura as condições de trabalho dos trabalhadores da área hospitalar no enfrentamento à emergência sanitária da covid-19.
- Relacionar as condições de trabalho destes trabalhadores com as políticas de saúde e organização do trabalho em saúde.

- Identificar relações entre as condições de trabalho destes trabalhadores com seu processo de saúde-doença.

Metodologia

A partir de uma revisão bibliográfica, buscaram-se teses, artigos e outros materiais de pesquisas na área da saúde, como um manual de recomendações publicado pelo Ministério da Saúde, que retratam as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, com foco no contexto brasileiro. Foram usadas as seguintes plataformas de bases de dados: SciELO, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Google Acadêmico, Periódicos CAPES e LILACS. A intenção foi construir uma busca por fontes que permitissem acesso ao conteúdo completo dos textos. Os descritores usados foram: “pandemia”, “covid-19”, “pessoal da saúde”, “profissional de saúde”, “trabalhador da saúde”, “saúde do trabalhador”, “precarização da saúde”, “condições de trabalho” e “condições de vida”. As buscas tiveram como recorte temporal o período de março de 2020 até junho de 2021.

Nesta pesquisa, foram considerados apenas textos publicados em português. Como critério de exclusão, buscou-se eliminar estudos que não envolvessem a temática do trabalho em saúde somente na Pandemia de covid-19, assim como os que envolvessem trabalhadores de outras unidades de saúde que não as hospitalares. Outro critério de exclusão, foi não considerar títulos que contemplassem apenas uma categoria profissional específica. Os profissionais que protagonizaram a maioria das pesquisas e publicações são os da área da Enfermagem. Esse critério foi usado para dar visibilidade aos demais trabalhadores.

Foram encontrados nas bases de dados 50 títulos. A partir dos critérios de seleção, foram excluídos desta revisão 33. Do total, 17 estudos foram considerados resultados a serem analisados, e dentre estes, 12 também foram utilizados como base teórica para fundamentar a discussão nesta revisão.

Resultados e discussão

Segundo Castro e colaboradores¹², desde antes da pandemia, as condições de trabalho para o trabalhador da saúde já incluíam ambientes insalubres, exposição a riscos físicos, químicos e mecânicos, intensas jornadas de trabalho, falta de pessoal suficiente para o trabalho, sobrecarga, múltiplos vínculos, baixos salários, desvalorização, falta de políticas de proteção, entre outros.

Na análise bibliográfica realizada, foram encontrados 16 artigos e um manual de recomendações do Ministério da Saúde, Brasil⁶. O tema mais explorado, encontrado em todos os textos, foi o da saúde mental dos trabalhadores da saúde. Esse recorte não desconsidera a temática da saúde física, apenas dá mais ênfase à saúde mental, devido ao seu destaque nos estudos. Dois títulos retrataram de maneira central a temática da biossegurança e EPI^{13,6}. A maior parte aborda o trabalhador da saúde considerando apenas os com formação de nível superior ou técnico, apenas quatro incluem os demais trabalhadores, evidenciando a invisibilidade dos mesmos, e sendo um tema pouco abordado de forma central^{11,13-15}. Em 14 estudos são encontradas as palavras “exaustão” ou “sobrecarga”^{6,12-13}, apontando para um marcador da condição de trabalho a que os trabalhadores estão submetidos. Onze dos textos abordam a temática da precarização nas condições de trabalho¹²⁻²². Apenas um texto aborda a temática da “uberização” do trabalho em saúde de forma direta²¹.

Políticas de Saúde, condições e organização do trabalho em saúde

Em uma emergência sanitária, entende-se que as políticas de proteção ao trabalhador são determinantes para resguardar ou agravar sua saúde. Desde a luta pela reforma sanitária, esses atores lutam por saúde pública de qualidade, que também ofereça condições dignas de trabalho. O cuidado em saúde está diretamente ligado às condições de trabalho instituídas no serviço²⁷⁻²⁸.

Os títulos encontrados abordam muitas discussões sobre a desproteção social e as condições indignas de trabalho. Em uma lógica vigente da exploração

da força de trabalho, considerando o excesso de trabalho, a desvalorização, a “uberização”, as duplas jornadas de trabalho, as terceirizações, refletem a perda de direitos e de condições dignas de trabalho. Esta lógica torna o trabalhador o único responsável por lidar com suas dificuldades, de forma solitária e desprotegida. A partir das condições de sucateamento do trabalho, podemos considerar que o Estado se omite no papel de garantia de direitos à saúde desse trabalhador. A venda da força de trabalho passa a ser um projeto de desmonte público, levando o trabalhador a vivenciar vínculos laborais e formas de contratações abusivas, arriscadas para a saúde e sem garantia de direitos^{12,15,21,33}.

De acordo com o Sindicato de Médicos de São Paulo²³, os tipos de vínculo empregatício hoje praticados são expressões da precarização do trabalho, colocando o trabalhador vulnerável e inseguro, sem garantias mínimas. Esses tipos de contratações também vêm acompanhados por um discurso hegemônico de flexibilidade e liberdade, com uma prática de jornadas exaustivas de trabalho, transferência de riscos e custos aos trabalhadores, além da não garantia de acesso aos direitos trabalhistas. Souza e colaboradores²¹ citam o exemplo de um hospital do Rio de Janeiro em que os trabalhadores eram responsáveis pelo seu próprio EPI, não tendo, portanto, acesso a itens de proteção individual fornecidos pelos hospitais contratantes e levando o Poder Judiciário a intervir para que isso fosse revisto, evidenciando a desproteção e vulnerabilidade.

Esta precarização está a serviço de uma lógica de desmonte político das condições de trabalho. Segundo Castro e colaboradores¹² as novas formas de contratação e o enfraquecimento dos movimentos sindicais, por meio da imposição de medidas ancoradas nas reformas trabalhistas de 2017, retiram ou reduzem os direitos à segurança, à saúde e à assistência social do trabalhador, trazendo prejuízos, por sua vez, aos profissionais da saúde que estão se arriscando no enfrentamento à covid-19.

Teixeira e colaboradores¹⁵ e Souza e colaboradores²¹ afirmam que a “uberização” do trabalho vem sendo imposta ao pessoal da saúde. Este termo retrata uma tendência global de transformação do trabalhador em uma força de trabalho autônoma²⁴. Esta tendência indica a marginalização

do direito do trabalhador, a partir de uma gestão que prioriza a lucratividade e a diminuição dos gastos.

Considerando a ausência de uma vacina durante o primeiro período da pandemia, Santos e colaboradores²⁰ afirmam que os profissionais de saúde na linha de frente estavam sendo infectados em massa e se afastando do trabalho, com indicativos de alto sofrimento mental, e muitos perdendo suas vidas. Os autores apontaram uma “crise do cuidado” no cenário da pandemia. Essa crise escancara que, apesar do clamor popular e do reconhecimento midiático da importância do trabalhador da saúde, o descaso institucional e governamental, com a violação de seus direitos, persiste como uma dura realidade.

Para compreender as condições de trabalho em saúde e a prática de trabalho na pandemia, é relevante sinalizar a prevalência do gênero feminino nesse perfil de trabalhadores. Os dados revelam que a força de trabalho durante a pandemia é majoritariamente feminina (77,6%)²⁵. Este marcador mostra uma feminização do trabalho em saúde e direciona para discussões sobre a valorização deste trabalho e a divisão sexual do trabalho.

Na revisão bibliográfica, três dos textos analisados trazem a discussão do gênero feminino como um marcador de desigualdade e sobrecarga para a organização do trabalho em saúde^{15-16,20}.

Diante das discussões de gênero e trabalho abordadas por Helena Hirata²⁶ e Oliveira²⁷ pode-se afirmar que o corpo feminino é visto como dotado de potencialidade ao cuidado, o designando a uma força de trabalho incansável. Ao atribuir essa potencialidade, pode-se reforçar um modo de cuidado que impõe sobrecarga e exaustão, pois este não requer valorização, já que é dado como inerente à mulher.

Historicamente, em uma relação de gênero, classe e raça, os grupos que ocupam estes lugares são sempre os menos privilegiados. Assim, o trabalho do cuidado sempre foi muito desvalorizado, deixado para serem realizados pelas classes sociais mais desfavorecidas, predominado pela força de trabalho feminino²⁶. Essa discussão reafirma o problema atual de desvalorização do trabalho do cuidado exercido historicamente pelas mulheres.

Para Bitencourt e colaboradores¹⁶, a divisão sexual do trabalho é central para compreender as desigualdades de gênero e os modos como as mulheres são inseridas no mercado, impondo-se também sobre as trabalhadoras da saúde. As autoras compreendem que ao longo da história o trabalho das mulheres vem sendo explorado na esfera produtiva, pois realizam a função de um trabalho reprodutivo, como uma atividade gratuita. Esta ideia soma-se a uma naturalização da feminilidade ser atrelada a um saber e disponibilidade para o cuidado.

O trabalho feminino é atravessado por relações de saber-poder que atribuem às mulheres uma “vocação”. Além disso, quando o trabalho profissional está relacionado ao cuidado, passa a ser desvalorizado e mal pago, e majoritariamente exercido por mulheres negras, como, por exemplo, o trabalho da enfermagem²⁰.

Ainda baseada na discussão de Hirata²⁶ sobre o trabalho feminino, entende-se que em uma análise, implica-se considerar também a dupla ou tripla jornada, entre casa e trabalho, que articula condições de vida e trabalho precárias. O trabalho doméstico não é valorizado e nem remunerado, portanto, não é reconhecido politicamente como trabalho até os dias atuais. A discussão sobre gênero, raça e classe é um elemento importante na compreensão sobre a relação entre condições de trabalho e saúde-doença dos sujeitos. O cenário de precarização e desvalorização está entrelaçado à exploração da força produtiva do trabalho da mulher brasileira, inclusive a mulher negra, estando muito mais exposta e vulnerável.

Os 17 textos analisados apresentam um sucateamento nos modos de trabalho. Apesar do dever e da obrigação dos serviços de saúde em garantir a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho durante a pandemia⁶.

Independente do vínculo empregatício, todos os serviços de saúde deveriam garantir a adoção de medidas e mecanismos de proteção e promoção à saúde para todos os trabalhadores⁶. Isto poderia abarcar espaços de escuta e estratégias de representação, acesso à informação e treinamentos, assegurando o direito do trabalhador de ter um ambiente de trabalho seguro e o acesso

a medidas de proteção compatíveis com suas atividades, como aquelas decorrentes do atendimento à covid-19.

Está análise também indica a invisibilidade dos trabalhadores sem formação técnica: motoristas, maqueiros, auxiliares de limpeza, cozinha, laboratoristas, vigilantes, manutenção, copeiros, auxiliares administrativos, recepcionistas, entre outros trabalhadores de apoio da saúde, que têm papel essencial no enfrentamento à pandemia. Nos Boletins Epidemiológicos Especiais realizados pelo governo federal, os dados de óbitos destes trabalhadores não são citados de forma direta. Apenas Heliotério e colaboradores¹¹; Brasil6 e Teixeira e colaboradores¹⁵ abordam em seus textos, mesmo que sem enfoque a estes trabalhadores, evidenciando a invisibilidade e a hierarquização dos trabalhadores sem formação nas pesquisas.

A invisibilidade do trabalhador da saúde já era notável antes da emergência sanitária e presente nas discussões do campo da saúde do trabalhador. Segundo Oliveira e colaboradores²⁸, indícios sobre a subnotificação de adoecimentos variados sobre a saúde do trabalhador deste setor já eram observados por pesquisadores da área e, com a pandemia, questiona-se em que medida este cenário modificou-se ou não.

Como uma saída a essa desvalorização do trabalho em saúde e à problemática da hierarquização amparam-se as discussões na Política Nacional de Humanização (PNH)²⁹. Oliveira e colaboradores²⁸ compreendem que esta política também serve ao trabalhador, oferecendo recursos coletivos e transversais de enfrentamento e cuidado, pautado na autonomia de sujeitos e coletivos, além da sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção em saúde.

O treinamento das equipes é fundamental para a garantia de uma prática de trabalho de qualidade, tanto no serviço ofertado, quanto na condição de trabalho. A partir dessa política, os serviços estão mais preparados para se organizar de maneira menos hierárquica e mais eficiente, gerando a valorização do saber e da importância de toda a equipe de saúde envolvida no cuidado. Nesse sentido, o SUS é fundamental no cuidado aos trabalhadores de saúde. A sua existência e as políticas que o amparam possibilitam que os trabalhadores da saúde possam ter mais reconhecimento²⁸.

O Boletim Fiocruz¹⁹ enfatiza os riscos a que estão submetidos os trabalhadores da saúde, apontando que estes relatavam dificuldade de acesso a insumos básicos, falta de EPIs, álcool em gel, acesso à água, sabão, treinamento, formação, acesso ao teste para detecção de covid-19, problemas de infraestrutura, exposição a riscos de contaminação e falta de higienização dos espaços.

A escassez de segurança e a desorganização na gestão dos serviços denotam a fragilidade das condições de trabalho. No início da pandemia, para Heliotério e colaboradores¹¹, houve escassez e desabastecimento de EPIs, que aumentava a exposição dos trabalhadores a riscos de contaminação que levava muitos à morte. Essas faltas levaram também à reinvenção do trabalho, já que muitos trabalhadores precisaram produzir e criar formas de trabalho e proteção. Esses profissionais desempenharam um papel crucial ao conceber novas abordagens para lidar com os desafios presentes em sua rotina, redefinindo assim as suas práticas laborais e métodos de gestão.

Teixeira e colaboradores¹⁵ entendem que os riscos de contaminação, condições de trabalho precarizadas, estresse, sofrimento e morte resultam em um “nó crítico” a ser desatado. Isso significa que todos esses pontos supracitados, ocorrem de forma transversal, moldados como uma colcha de retalhos que constroem as condições de trabalho em saúde dos hospitais no Brasil. É sob a instabilidade do cenário que a fragilidade e a dor se potencializam, levando a um potencial de adoecimento.

A frequência das palavras “sobrecarga” e “exaustão” nos títulos encontrados simbolizam as condições de trabalho na pandemia. Esse cenário se dava, pois havia muita contaminação entre os profissionais de saúde e poucos trabalhadores para suprir a demanda de trabalho. Como um exemplo favorável sobre práticas que funcionaram no país, Nobrega e colaboradores¹⁹ expõem a experiência do Centro Formador de Recursos Humanos do Estado da Paraíba, afirmando que a contratação de pessoal foi uma medida eficaz, reduzindo a sobrecarga e a exaustão do pessoal da saúde, pois dessa forma foi possível reduzir as jornadas extenuantes de trabalho.

A prática da educação continuada em saúde é fundamental para pensar em ações de enfrentamento desse cenário. Por meio da atualização, orientação e informação, os profissionais de saúde podem exercer seu trabalho de maneira mais segura, levando a mudança no cenário retratado até aqui. Nóbrega e colaboradores¹⁹ afirmam que o Centro Formador de Recursos Humanos do Estado da Paraíba promoveu a capacitação dos trabalhadores, por meio de estratégias educacionais de tecnologia acessível. As autoras compreendem que ações como esta foram fundamentais para o enfrentamento da realidade.

Saúde mental e aspectos subjetivos do trabalho em saúde

Segundo Barros e Barros e colaboradores³⁰, a presença humana é fundamental para o trabalho em saúde, com a finalidade de uma produção de saúde, por meio do corpo como produtor de intervenção. A relação entre o trabalhador e o usuário implica um trabalho vivo, interativo e modifica diretamente a subjetividade do trabalhador.

O trabalho em saúde envolve práticas de cuidado a outras pessoas, em uma relação na qual o cuidador e aquele que é cuidado, o trabalhador e o usuário, se transformam. Essa relação também expõe situações em que cabem decisões difíceis sobre a vida de terceiros e, nesse processo de trabalho, o trabalhador assume outras cargas, que levam a um desgaste ampliado³⁰. Neste contexto pandêmico, o cuidado em saúde e o adoecimento de colegas de trabalho indicam uma sobrecarga dos membros das equipes, em sentidos diversos²⁷.

Cruz e colaboradores³¹ entendem que especialmente em equipes que trabalham em hospitais, registrou-se um aumento da exaustão física e psicológica, ansiedade, irritabilidade, insônia, decaimento de funções cognitivas e do desempenho ao longo da jornada de trabalho. Esta questão é preocupante, uma vez que pode resultar em equívocos e incidentes no ambiente de trabalho. O cenário pandêmico leva os trabalhadores da saúde a situações em que a responsabilidade pela realização do trabalho, reflete dilemas éticos e em conflito com seus valores pessoais ou morais.

Para Ludwig e colaboradores¹⁸ em um contexto em que o número de mortes aumentava e o próprio sofrimento e o do outro se atravessavam ao

cotidiano de trabalho, em que escolhas difíceis eram necessárias, assim como, a presença de cenas dolorosas, além do cansativo fardo da rotina, muitos trabalhadores foram levados a diagnósticos como o de Burnout.

Outra discussão encontrada na revisão foi sobre a fadiga por compaixão, que é apontada por Coimbra e colaboradores¹⁷ destacam a fadiga por compaixão como um aspecto negativo da qualidade de vida profissional, associando-a a condições de saúde mental, tais como depressão, ansiedade e estresse. Esse fenômeno engloba manifestações de esgotamento, como exaustão, insatisfação, raiva e depressão. Os autores compreendem que, devido à constante preocupação e envolvimento com os pacientes, os profissionais de saúde podem experimentar distúrbios do sono, irritabilidade, evitação de tarefas, além de ansiedade e estresse. Eles afirmam que a fadiga por compaixão é mais prevalente entre as mulheres, e apontam fatores como alocação em atividades menos qualificadas, discriminação e demandas de cuidado fora do ambiente de trabalho como possíveis explicativos para esse cenário. Weintraub e colaboradores³² consideram que diante da formação técnica de alguns trabalhadores, as discussões sobre fadiga, traumas, medos e mortes já estavam presentes no seu cotidiano. Entretanto, o contato com essa realidade diariamente não garante uma preparação suficiente ou menos impactos na saúde mental. Os trabalhadores de demais setores hospitalares que lidavam com questões como essas de maneira indireta, estiveram muito mais expostos e em sua maioria sem suporte ou treinamento para lidar com elas, reafirmando uma desproteção a trabalhadores como maqueiros, pessoal da limpeza, recepção, entre outros. Os autores abordam a problemática do medo dos trabalhadores de retornarem para suas casas e contaminarem seus familiares. A tensão e medo também de serem infectados(as) e de lidar com o próprio adoecimento e morte de colegas, as dificuldades no acesso aos testes de covid-19 e o afastamento do trabalho para tratamento, além de potencializar o sofrimento do trabalhador, levaram em muitos casos até a desistência de trabalhar na atividade.

Para Heliotério e colaboradores¹¹, a sensação de vulnerabilidade, o medo da morte, o aumento das demandas de serviço e a perda do controle sobre os

acontecimentos podem gerar repercussões psíquicas e cognitivas importantes, aumentando a carga emocional e o desgaste mental do trabalhador.

Para Oliveira e colaboradores³³, intervenções precisariam ser feitas para atenuar o sofrimento e garantir boas condições de trabalho. As autoras sugerem ajustes na organização do trabalho, considerando pausas regulares, o fornecimento de EPI adequado, orientações e treinamento, que levassem à coesão e à cooperação entre as equipes, buscando uma melhor comunicação, promovendo reuniões que permitam que os trabalhadores expressem suas preocupações e tirem suas dúvidas.

Paralelo às discussões sobre sofrimento e adoecimento a partir do cotidiano de trabalho, muitos trabalhadores encontraram motivação e desejo em ocupar e realizar suas funções. Segundo Ludwig e colaboradores¹⁸, os profissionais revelam a motivação em ajudar na recuperação dos pacientes, pois, de um lado, reconhecem que estes necessitam do cuidado; e, de outro, sentem prazer nessa atividade, maximizado diante da recuperação, alta e cura dos pacientes. Essa discussão direciona à reflexão sobre o prazer e produção de sentido no trabalho.

Weintraub e colaboradores³² apresentam ações psicossociais para o enfrentamento aos prejuízos do cenário pandêmico. Consideram o incentivo à construção de redes de apoio, mesmo no uso de ferramentas digitais, um importante recurso. A capacitação sobre psicoeducação, os primeiros cuidados psicológicos, e a busca por suporte profissional, como psicoterapia ou acolhimento psicológico, são estratégias importantes para a estabilização emocional.

Conclusão

As condições de trabalho dos trabalhadores da saúde da área hospitalar no enfrentamento à pandemia encontram-se precarizadas e sucateadas. Configuram-se a partir de uma lógica de excessos, exploração e vínculos abusivos, que acarretam desproteção, insegurança, riscos biológicos e laborais. Trabalhadores hospitalares de apoio são invisibilizados, reforçando a desigualdade no trabalho em saúde, também atravessados por questões de gênero, classe e raça. A presença

constante da exaustão e da sobrecarga indicam os riscos a que estão submetidos estes trabalhadores, inclusive do adoecimento mental.

A frequência da temática da saúde mental relacionada às condições de trabalho evidencia mudanças no comportamento destes trabalhadores. O sofrimento mental e o adoecimento vivenciados na prática de cuidado em saúde na covid-19 e do cotidiano de trabalho destacam a vulnerabilidade em que se encontram. Sob essa configuração, os trabalhadores construíram invenções e lutaram por acesso a direitos básicos para continuarem trabalhando. Essas configurações marcam o atravessamento cotidiano indissociável entre condições de trabalho, as políticas de saúde, a organização em saúde e a saúde mental.

Este estudo apresenta um cenário de desproteção do trabalhador, retratando um cenário de submissão a fatores que contribuem para o adoecimento, que dificulta a possibilidade de luta do trabalhador, que tem suas condições de trabalho precarizadas. Apesar dessa política de desproteção que vem sendo instituída atualmente, ainda existem políticas e a possibilidade de construção de novas, que auxiliam e podem auxiliar o trabalhador no futuro. As dificuldades de ações e práticas de cuidado dos serviços ofertados fragilizam a saúde como um todo, de pacientes e trabalhadores. É preciso lutar pela saúde do trabalhador, bem como pela saúde pública no geral, caminhando para o enfrentamento dos desafios e para as resistências nas condições de trabalho em saúde. Essa pesquisa apresenta um cenário com consequências alarmantes. E fundamenta questionamentos e dúvidas sobre que virá pela frente em relação à saúde do trabalhador da saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde [Internet]. Sobre a Doença. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://bityli.com/LdqB4>. Acesso em: 20 abr. 2021.
2. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Organização Pan-Americana da Saúde. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/3MfCy>. Acesso em: 20 abr. 2021.
3. Senado Federal. Boletins Epidemiológicos Covid-19. Brasília: Governo Federal. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/CF6IH>. Acesso em: 20 dez. 2021.

4. Caponi S. Março de 2021: 300.000 mortes por Covid-19 no Brasil. A gestão da pandemia à luz das contribuições de Foucault. *Laboreal*. 2021;17(1).
5. Senado Federal [Internet]. Sancionada com vetos lei sobre retorno de gestantes vacinadas ao trabalho. Brasília: Governo Federal. 2021. Disponível em: <https://bitly.com/tKZ1b>. Acesso em: 20 maio 2021.
6. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://bitly.com/GlymL>. Acesso em: 16 mar. 2021.
7. Machado MH. Os Profissionais de saúde em tempos de COVID19 – a realidade brasileira. Observatório Covid-19 Fiocruz. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 2020. Disponível em: <https://bitly.com/FAe5P>. Acesso em: 20 abr. 2021.
8. Organização Mundial da Saúde. WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: global monitoring report. Geneva: Organização Mundial da Saúde. 2021. Disponível em: <https://bitly.com/2Xbpi>. Acesso em: 22 mar. 2021.
9. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. 2021. Disponível em: <https://bitly.com/SnR1G>. Acesso em: 20 abr. 2021.
10. Conselho Federal De Enfermagem [Internet]. Número de profissionais de Enfermagem mortos por Covid-19 volta a crescer. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. 2021. Disponível em: <https://bitly.com/qm942>. Acesso em: 02 fev. 2021.
11. Helioterio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Pinho PS, Sousa FNF, et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18(3).
12. Castro JL, Pontes HJC. A Importância dos Trabalhadores da Saúde no Contexto COVID-19. In: Santos, AOS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, organizadores. *Profissionais de Saúde e Cuidados Primários*. Brasília: Conass; 2021.p. 40-53. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/3141>. Acesso em: 29 jan. 2021.
13. Costa MAF, Costa MFB. Biossegurança e a pandemia de Covid-19: reflexões sobre os agentes psicossociais de risco em profissionais de saúde. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(5):43899-43907.
14. Almeida IM. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas a pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2020; 45: e17.
15. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(9): 3465–74.
16. Bitencourt SM, Andrade CB. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26 (3): 1013-1022.
17. Coimbra M, Ikegami, EM, Fernandes ADF, Virtuoso Júnior, JS, Ferreira, LA. Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. Supl 1. 2021; 10 (7):e51610717028.

18. Ludwig EFSB, Fracasso NV, Faggion RPA, Silva SVM, Silva LGC, Haddad MCFL. COVID-19 Pandemic: health professionals' perception about the assistance mentioned in television media. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20201258.
19. Nogueira ML, Silva LB, Reis RS, Lacerda A, Moura ALP, Frare AP, et al. Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde, acesso à EPIS de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19". Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict/EPSJV; 2021.
20. Santos GBM, Lima RCD, Barbosa JPM, Silva MC, Andrade MAC. Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. *Trab educ saúde.* 2020;18(3):e00300132.
21. Souza NVDO, Dias MO, Carvalho EC, Varella TCMML, Lima LSC, Soares SSS. Uberisation risk of nursing work in times of Covid-19 pandemic: experience report. *RSD.* 2020; 9(10):e7629109060.
22. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Almeida LP de, Sampaio JF da S. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Rev bras saúde ocup.* 2021;46:e1.
23. Sindicato dos Médicos de São Paulo [Internet]. Trabalho médico passa por uberização. São Paulo: Sindicato dos Médicos de São Paulo; 2021. <https://bityli.com/728Np> (Acesso em 06/Out/2021).
24. Abilio LC. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? *Estudos Avançados.* 2020; 34(98):111-126.
25. Leonel F [Internet]. Fiocruz analisa condições de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente da Covid-19. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2020. Disponível em: <https://bityli.com/ccHY5>. Acesso em: 22 mar. 2021.
26. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP.* 2014;26(1): 61-73.
27. Oliveira SS, Neves MY, Brito J, Rotenberg L. Relações sociais de sexo/gênero, trabalho e saúde: contribuições de Helena Hirata. *Saúde debate.* 2021;45(especial 1 out):137-53.
28. Machado JMH, Assunção AA [Internet]. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Machado JMH, Assunção AA, organizadores. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina; 2012. Disponível em: <https://bityli.com/4F6X5>. Acesso em: 12 maio 2022.
29. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.
30. Barros e Barros ME, Santos Filho SB, Gomes RS. Alguns Conceitos Articulados na Discussão do Processo de Trabalho em Saúde. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina; 2012. Disponível: <https://bityli.com/YmBd4>. Acesso em: 10 out. 2021.
31. Cruz MR, Torrico G, Knapik J, Sales SS, Gaia PMJ, Labiak PF, et al. Impacts of COVID-19 on work and mental health of health workers. *Research, Society and Development.* Supl 1.

2020;9(9):e639997783.

32. Weintraub ACAM, Silva ACLG, Melo BD, Lima CC, Barbosa C, Pereira DR, et al. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Cartilha. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES; 2020.
33. Oliveira SS, Rotenberg L. Aspectos Psicossociais E Da Saúde Mental Dos Trabalhadores E Trabalhadoras Da Saúde No Combate À Covid-19. In: Vasconcellos LCF, Filho HRC, Garrido PHS, Ponte CF, Silva CS. Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes; 2021. p.183-186.
34. Conselho Federal De Enfermagem [Internet]. Por unanimidade, Senado aprova piso nacional da Enfermagem. 2022. Disponível em: <https://bityli.com/UYvapI>. Acesso em: 29 de fev. 2021.

VIOÊNCIA DE GÊNERO E SAÚDE MENTAL: EDUCAÇÃO PERMANENTE E “FAZER EM REDE” COMO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E CUIDADO EM CAPS

Cintia Regina Oliveira Macedo*

Caracterização da experiência

O presente plano de intervenção se trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Impactos da Violência na Saúde oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), e se apresenta como uma oportunidade de refletir e planejar estratégias de intervenção acerca das questões que surgem da escuta de mulheres que vivem e vivenciaram situações de violência e hoje necessitam de cuidados em saúde mental.

Para aprofundar essas questões, é necessário compreender o contexto em que surgem, ou seja, a experiência da autora do presente projeto como psicóloga técnica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), política pública de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais.

A criação dos CAPS foi parte de um intenso movimento social chamado de *Reforma Psiquiátrica*. Este processo foi iniciado por trabalhadores de saúde mental que buscavam a melhoria da assistência no Brasil. A reivindicação por tratamento digno e humanizado para pessoas com transtornos mentais promoveu a luta pela extinção do modelo manicomial e levou a criação do CAPS, construído para ser o dispositivo de tratamento substitutivo a um modelo organicista e hospitalocêntrico, que reduzia sujeitos a organismos,

* Especialista em Impactos da Violência na Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: cintia.rom83@gmail.com

excluía da vida em sociedade, rompia vínculos familiares e anulava identidades. Os CAPS surgiram com a função de substituir o modelo hospitalocêntrico pelo modelo psicossocial, que, por sua vez, supõe o tratamento em liberdade¹.

Os CAPS são equipamentos especializados em saúde mental e sua proposta de tratamento se baseia no modelo psicossocial, que consiste em cuidar das pessoas em sua integralidade. O objetivo é estimular a inclusão social e familiar, além de apoiar iniciativas de ganho de autonomia. Seu princípio é promover a integração a um ambiente social e cultural concreto, designado como *território*, que nada mais é do que o espaço da cidade onde se desenrola a vida cotidiana dos usuários e de seus familiares. Os CAPS consistem, dessa forma, na principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica¹.

Os CAPS oferecem a seus usuários acompanhamento multiprofissional com equipes compostas por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, educadores físicos, entre outros especialistas, além de profissionais de diversas artes, como músicos, artesãos e atores, com a função de desenvolver oficinas junto aos usuários. A multiplicidade de olhares permite que o sujeito seja compreendido em sua complexidade biopsicossocial, o que favorece a inclusão social e a capacidade de cuidar de si e dos aspectos de sua vida.

No que se refere às políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, estas passam a ser ampliadas a partir de 2003², com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres que elabora a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, a finalidade desta política é:

[...] estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional².

A Política Nacional está em concordância com a Lei n.º 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)³ e com convenções e tratados internacionais confirmados

pelo Brasil. A Lei Maria da Penha foi promulgada em 2006 com intuito específico de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Com a Lei, os crimes contra a mulher devem ser julgados em Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar. Algumas das conquistas desta lei são:

[...] a categorização dos tipos de violência doméstica, que pode ser física, sexual, patrimonial, psicológica e moral; a proibição da aplicação de penas pecuniárias aos agressores; e a determinação de encaminhamentos das mulheres em situação de violência, assim como de seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência social.²

As diretrizes que norteiam a função do CAPS vão ao encontro do que acreditamos ser a proposta mais adequada para o cuidado com as mulheres vitimadas pela violência de gênero por considerarem o indivíduo em sua integralidade biopsicossocial e visarem sua autonomia e reinserção social. No entanto, Pedrosa e Zanello (2018)⁴ apontam para a ausência de integralidade entre as ações de cuidado em saúde mental para mulheres que estão ou estiveram em situação de violência. As autoras analisaram a relação entre as leis de enfrentamento à violência contra a mulher, como a Lei Maria da Penha (2006)³, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011)² e as resultantes da Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)⁶ e concluíram que estes documentos não especificam a violência de gênero como fator de risco para o sofrimento psíquico. Ressaltam que tornar visível essa relação no âmbito das políticas públicas é fundamental para que os serviços de saúde mental possam criar estratégias mais eficazes, que não se reduzam à “medicalização” e ao silenciamento, gerando outra situação de violência, a institucional.

A ausência de reconhecimento da relação entre sofrimento psíquico, violência contra a mulher, e a conseqüente falta de integralidade nas ações de cuidado em saúde mental e enfrentamento da violência, foram problemáticas identificadas pela autora deste artigo em sua prática de atuação como psicóloga em um CAPS, na periferia de São Paulo. O trabalho no CAPS proporcionou a experiência de acolher significativa quantidade de mulheres que buscam

cuidados médicos apresentando sintomas depressivos, ansiosos, queixas psicossomáticas, ideação ou tentativa de suicídio e violência autoprovocada. Por meio da escuta clínica, identificou-se que grande parte destas mulheres estava ou já haviam estado em algum momento de suas vidas em situação de violência motivada pelo gênero. Consideramos que os agravos biopsicossociais apresentados por essas mulheres são também sequelas da violência sofrida, causam intenso sofrimento e fazem com que elas tenham seu papel social, profissional e familiar prejudicados ou perdidos.

Cabe salientar que a Violência de Gênero é pautada na desigualdade e na assimetria entre os gêneros e consiste em qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional por meio do abuso de poder de uma pessoa contra a outra. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra parceiros íntimos ocorre, na maioria das vezes, contra as mulheres, principalmente em sociedades onde as desigualdades entre homens e mulheres são mais intensas⁵. Consoante a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade:

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais, que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos⁶.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres², pauta-se na Convenção de Belém do Pará^{2,6} para definir a violência contra a mulher, conceito que é amplo e abarca diversas formas de violência, tais como:

- **Violência doméstica:** ou qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou tenha convivido no mesmo domicílio que a mulher, envolve, entre outras, a violência física, psicológica, moral e patrimonial (Lei 11.340/2006)³.
- **Violência ocorrida na comunidade:** perpetrada por qualquer pessoa, envolve, entre outras, violação, abuso sexual, tortura,

tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, ou em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar.

- **Violência de Estado:** cometida ou tolerada pelo Estado, ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional).
- A Lei Maria da Penha (Lei n.º 11.340/2006)³ categoriza as formas de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, como:
- **Violência física:** entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- **Violência psicológica:** entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- **Violência sexual:** entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- **Violência patrimonial:** entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

- **Violência moral:** entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

As principais formas de violência percebidas nos relatos das mulheres acompanhadas pelo CAPS são perpetradas por parceiro íntimo, na forma de violência psicológica e/ou sexual. Tais modalidades de violência estão enraizadas na cultura das relações entre casais, de modo que são consideradas naturais por usuárias e profissionais. Mulheres com histórico de terem sofrido violência física apresentam traumas psíquicos, geralmente quando a situação de violência já foi interrompida. O impacto na autoestima é devastador, afirmam que “se sentem como lixo, inúteis e sem valor”.

O estigma da doença mental reforça a violência psicológica. As mulheres sentem-se desqualificadas por seus parceiros que as tratam como “loucas” e qualquer tentativa de posicionamento é atribuída à “doença”. Elas sofrem ameaças de abandono, perda dos filhos e boicotes ao tratamento. A junção dos papéis de mulher e “doente mental” contribui para a construção da identidade, assim, se percebem como dependentes do marido, incapazes de cuidarem de si mesmas e dos filhos. Silenciadas e anuladas se tornam ainda mais vulneráveis para a repetição da violência.

Nunes e Torrenté⁷ retomam o conceito de “estigma” desenvolvido por Goffman. Esse autor afirma que o sujeito passível de ser estigmatizado possui atributos que o tornam diferente de outros que estão em uma categoria que pudesse ser incluída. Contudo, o processo de estigmatização demandaria sempre um contexto e uma situação relacional de interpretação dos atributos e levaria a um processo de exclusão ou marginalização da pessoa estigmatizada. O estigma reduz a pessoa ao seu traço estigmatizado, por consequência legítima diversas formas de discriminação que limitam as possibilidades de vida. A estigmatização pode então ser considerada promotora de violência, ao anular identidades e punir o sujeito por sua vulnerabilidade.

As situações de violência nos casos das mulheres acompanhadas pelo CAPS parecem mais difíceis de serem percebidas devido à gravidade dos sintomas psicopatológicos, e a dificuldade de estas mulheres conseguirem formular

uma leitura crítica de sua condição psicossocial. As intervenções terapêuticas e medicamentosas focam na redução do sofrimento psíquico, porém, muitas vezes, ficam desconectadas da compreensão acerca das origens deste sofrimento. Estudos abordam a relação entre violência e adoecimento físico e psíquico:

Esta violência tem consequências para a saúde que vão além dos traumas óbvios das agressões físicas. A violência conjugal tem sido associada com o aumento de diversos problemas de saúde como baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio⁸, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), queixas gastrointestinais, queixas vagas, e outras⁸.

Acredita-se que intervenções assertivas e efetivas dependem da capacitação do profissional para identificar as diferentes formas de violência. Isto possibilita evitar a instauração e interromper ciclos de violência contra a mulher. Este ciclo é composto por três fases: tensão, com o aumento do estresse, a mulher tenta controlar o comportamento do homem alterando o seu próprio comportamento, intimidações, provocações, inferiorização da mulher e ameaças, levando ao episódio agudo de violência ou explosão, com uso da força física como instrumento de dominação do homem em relação à mulher. Posteriormente vem a fase chamada de lua de mel, com promessas de mudança mútua, culpabilização da mulher, idealização do parceiro, esperanças. Tais expectativas não se realizam e o ciclo se reinicia⁹.

O desafio de identificar o ciclo de violência, tanto para a mulher vitimizada quanto para o profissional, se dá, pois este não se inicia com agressões físicas, mas sim com restrições à liberdade, humilhações e constrangimentos. Assim, a violência psicológica antecede a física. Com a autoestima rebaixada, a mulher tende a aceitar as agressões e somente expõe suas angústias quando a situação se torna insuportável⁹. As mulheres que chegam ao CAPS, inicialmente, apresentam seus sintomas físicos e psíquicos sem conseguir associá-los ao contexto de vida. Daí a importância do profissional que acolhe ou acompanha o caso poder ajudar a pessoa a se reconhecer neste ciclo, perceber a origem de suas dores, nomeá-las, e conduzi-la a encontrar saídas objetivas e subjetivas.

É preciso compreender o ciclo da violência enquanto fenômeno social que se sustenta na desigualdade de gênero. Assim, as intervenções nesse contexto devem visar reduzir essas iniquidades e não somente minimizar consequências individuais⁹. Reconhecer a desigualdade de gênero e atuar para reduzi-la é o oposto de aprisionar a mulher no lugar de vítima. Schraiber e D'Oliveira (1999)⁸ afirmam que, no âmbito da saúde e da assistência social, considerar um sujeito como vítima é tomá-lo como de “menor potencialidade”, limitado em suas possibilidades de autodomínio e condições de fazer escolhas. E ainda, mantém a ideia de incapacidade das mulheres, logo necessitadas de “eternos tutores”, e isso seria violentá-las novamente. Para que isso não ocorra nos serviços de saúde, as autoras propõem possíveis caminhos para atuação, como: ofertar espaços grupais ou individuais para expressão das angústias; poder escutar de forma qualificada, responsável, acolhedora, com respeito e sigilo; ter consciência do problema e poder falar sobre ele sem constrangimento. É preciso respeitar o tempo de cada mulher, não usando critérios de resolução imediata para medir a eficácia do trabalho. E, não menos importante, é preciso expor alternativas e com a mulher decidir quais seriam as opções mais adequadas para o seu caso, “incluindo-a ativamente na responsabilização pelo destino de sua vida”⁸.

O papel do CAPS na reabilitação psicossocial das mulheres vitimadas pela violência se inicia por uma abordagem da questão pautada em conhecimentos, técnicos, éticos e legais. O profissional da equipe multidisciplinar deve renunciar a julgamentos e intervenções moralistas e ofertar escuta acolhedora e empática. A experiência da autora deste projeto como psicóloga no CAPS comprovou que espaços terapêuticos individuais e grupais são efetivos para elaboração e ressignificação da história de vida, valorização da autoestima e reconstrução da identidade. Os grupos favorecem uma dinâmica de parceria e apoio mútuo e a oportunidade de socializar a vivência da violência, aspectos fundamentais para as mulheres se sentirem fortalecidas e com possibilidade de construir modos mais saudáveis de se relacionarem.

Macedo e Souza (2021)¹⁰ afirmam que participar de grupos terapêuticos pode fortalecer as mulheres para o enfrentamento de situações opressoras e abusivas, pois as trocas de experiências e reflexões que ocorrem no espaço terapêutico promovem a ampliação da consciência de si mesmas, aumento da autoestima, resgate da dignidade e recuperação do protagonismo de suas vidas. Segundo as autoras, o potencial do grupo terapêutico encontra-se em dar voz as mulheres, escutar os significados que atribuem as suas histórias de vida e assim criar um espaço de produção de novos significados, por meio deste processo podem até mesmo vislumbrar e construir um recomeço.

Quanto à atuação do CAPS no enfrentamento da questão da violência, cabe ressaltar que o tema aparece com frequência nas discussões de caso, contudo nem sempre é contemplado na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um processo dinâmico que integraliza as propostas terapêuticas articuladas com o usuário, as quais envolvem atividades grupais e individuais dentro do CAPS que também podem ser compartilhadas com os demais equipamentos da rede de atenção e o território. “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”¹¹. A criação de espaços de trocas, discussões e aprendizado sobre a temática da violência qualificaria a construção dos PTSs.

Identificamos que as mulheres acompanhadas pelo CAPS em sua maioria possuem baixa escolaridade, estão fora do mercado de trabalho e não possuem rede de apoio, ou essa rede é frágil, devido a este contexto de vulnerabilidade social, elas permanecem dependentes financeiramente e subordinadas aos seus companheiros. Cabe a equipe técnica do CAPS realizar articulações com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Cidadania da Mulher (CCM), ou outros serviços, para ações como orientação jurídica, garantia de direitos, proteção, auxílio para inserção no mercado de trabalho e/ou inclusão educacional.

O PTS compartilhado pela equipe multidisciplinar e a rede socioassistencial visa o empoderamento da mulher para que se torne

protagonista da própria história. Faz parte do PTS o atendimento familiar para fortalecimento da rede de apoio, elaboração de conflitos e transformação do contexto de violência. Consideramos que a atuação da equipe do CAPS diante do ciclo de violência deve ser buscar promover a não violência por meio da construção de convivências saudáveis, tolerância, capacidade de negociação e solução de conflitos por meio do diálogo¹².

É de responsabilidade do CAPS a articulação com a rede inter e intrasetorial para a garantia dos demais direitos e proteção, de acordo com Minayo e Lima¹³, as ações devem promover: resiliência, empoderamento, protagonismo e desenvolvimento de capacidades. Assis e Avanci¹⁴, afirmam que:

O empoderamento, a conscientização dos direitos humanos, a resolução de conflitos, a aquisição de autonomia sobre a própria vida e a formação de identidade masculina e feminina cidadã são alguns dos fatores protetores estratégicos importantes nesse período da vida. Perspectivas diferenciadas de gênero, com o privilégio de um enfoque relacional específico para homens e mulheres, precisam ser focalizadas em redes de proteção e prevenção.

O conceito de rede é preconizado pela Política Nacional de Violência Contra a Mulher², por ser o caminho para superar a desarticulação e a fragmentação dos serviços. A política tem como objetivos a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, a identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. Busca, ainda, compreender a complexidade da violência contra a mulher e seu caráter multidimensional que transcorre por diversas áreas, como: saúde, educação, segurança pública, assistência social, cultura, entre outras.

A atuação como psicóloga em um CAPS impõe diariamente o desafio do trabalho em rede no manejo das diversas formas de violência. Castells¹⁵ define o conceito de rede como “um conjunto de nós que se encontram interconectados”. O termo “nós” desperta atenção pela duplicidade de sentidos que pode expressar. O primeiro, “nó ou nós”, significa: entrelaçamento de um

ou dois fios, linhas, cordões etc., cujas extremidades passam uma pela outra, amarrando-as, ou seja, amarra, prende, aperta. O segundo, “nós”, com sentido de: duas ou mais pessoas unidas. Refletir sobre o fazer “em rede” mostra que este “nós” nem sempre promove uma abertura para possibilidades de olhares, construções e manejos, mas, sim, provoca amarras e tensionamentos que refletem no desdobramento dos casos e, em outras palavras, interrompe, mantém ou gera outros modos de violência.

Segundo o autor, para a rede ser dinâmica é necessário que seus integrantes estejam unidos e compartilhem valores e objetivos afins, compreensíveis no processo de comunicação. Assim, é preciso concordância sobre as diferentes modalidades de violência, suas causas e consequências, as ações devem ser sincronizadas diante da urgência de intervenções. Compreende-se que estes fatores são fundamentais para que o “nós” não se transforme em “nós” impossíveis de desatar.

Na prática, “nós”, os profissionais que compõem a rede intra e intersetorial, analisamos casos em reuniões, promovemos o matriciamento, fomentamos o diálogo entre os profissionais e realizamos ações colaborativas entre os diversos equipamentos envolvidos. Estas trocas têm o objetivo de alinhar a compreensão, socializar informações e articular intervenções. O trabalho feito “em rede” visa “desatar nós”, em outras palavras, tem em vista definir a direção do cuidado, proteção e garantia de direitos.

Os equipamentos que compõem a rede de enfrentamento à violência no território são: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Cidadania da Mulher (CCM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade Básica de Saúde (UBS), com suas equipes de Estratégia Saúde da Família e equipe multidisciplinar, Defensoria Pública e Conselho Tutelar.

A experiência como profissional que atua em um dos equipamentos que compõem essa rede, evidencia dificuldades como: fluxo de atenção e os papéis de cada serviço não são claros para maioria dos profissionais; ou a prática não condiz com as diretrizes, o que gera expectativas frustradas por

parte dos demais equipamentos; a compreensão sobre a temática da violência, suas causas multifatoriais, consequências e estratégias de intervenção divergem, por vezes, radicalmente; o excesso de equipamentos envolvidos faz com que as pessoas atendidas sintam-se confusas diante de informações, muitas vezes, divergentes, além de se sentirem excessivamente demandados.

A garantia de espaços de discussão e o compartilhamento de casos não são suficientes para que a rede cumpra seu papel. As discussões de caso são pouco resolutivas, pois as ações são, inúmeras vezes, desarticuladas e fragmentadas. Tais ações, raramente, contemplam a complexidade da violência, não visam construir possibilidades, resolução de conflitos ou ressignificação dos modos de se relacionar. São ações concretas, como encaminhamentos, institucionalização e condutas patologizantes. Visões engessadas acerca dos papéis de vítima e agressor que estigmatizam os autores de violência e impedem ações que visem o cuidado em saúde ou reeducação destes sujeitos, contribuindo, finalmente, para a mudança do comportamento violento. Do mesmo modo, não permite que a pessoa vitimada ressignifique sua experiência e recupere sua autonomia. Questionamos se dessa forma não se reproduz a violência em que se pretende intervir.

Diante de tantos “nós” que entram a atuação em rede, fica a indagação: será que este território realmente possui uma rede de proteção/prevenção da violência? Njaine e Oliveira, ao fazerem menção da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, nos esclarecem que: “A atuação em rede é definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da atenção, conforme as necessidades dos usuários”¹⁶.

Assim, a resposta mais adequada pode ser que esta rede está em processo de construção. Para que se efetive enquanto rede, é necessário: capacitar e sensibilizar de forma permanente e contínua os profissionais para a atenção em rede; promover ambientes e relações saudáveis, que possibilitem

a prevenção da violência e informar a população para saberem quando e onde buscar apoio¹⁶. Considerando a falta de apoio político e de comprometimento de gestores, é fundamental sustentar o desejo do fazer “em rede” e a cada caso buscar transformar os “nós” em “nós”, pois, atuar em rede nos torna mais potentes e amplia as possibilidades de romper com situações de violência.

Este projeto de intervenção intenciona fomentar e fortalecer a função do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), no que se refere à educação permanente e apoio à equipe do CAPS para articulações de rede no contexto das situações de violência contra a mulher.

Cabe contextualizar o modo como o NPV, por meio da Portaria SMS-SP nº 1300, de 15 de julho de 2015¹⁷, está estruturado no CAPS de atuação. O núcleo foi criado há aproximadamente dois anos, sendo formado por ao menos um profissional de cada especialidade, além do gestor. As reuniões do NPV ocorrem uma vez ao mês e consistem na discussão de casos e temáticas que envolvem situações de violência e como se dão as articulações com a rede no enfrentamento desta problemática. O estudo mais aprofundado sobre os impactos da violência, no marco do Curso de Especialização Impactos da Violência na Saúde, despertou o questionamento sobre o papel do NPV no CAPS. Observou-se que não há construção conjunta com os membros da equipe que não integram o NPV. Essa desarticulação torna precária a compreensão da relação entre violência e saúde e prejudica o manejo dos casos que envolvem violência. Evidencia-se a importância de o NPV dialogar com toda a equipe, com intuito de construir conhecimento e estratégias no âmbito coletivo.

A relevância deste projeto de intervenção consiste na possibilidade de rearticulação das estratégias de cuidado integral voltados para mulheres em risco ou vitimadas pela violência de gênero, atendidas no CAPS. Muitos desafios surgem na construção deste cuidado, desde uma limitação das equipes em compreender a relação da vivência com o sofrimento psíquico, até os entraves na articulação com a rede intra e intersetorial. O recurso que será utilizado neste projeto de intervenção é o NPV pela sua potência de educação permanente e articulador dos casos de violência.

Uma das possibilidades do NPV poderia ser promover a aproximação do CAPS com o Centro de Cidadania da Mulher (CCM). Esse equipamento está vinculado à Secretaria de Assistência Social e tem por objetivo a capacitação profissional e ganho de autonomia das usuárias, contando com acompanhamento multidisciplinar e atendimento realizado pela Defensoria Pública para orientação jurídica e ingresso de ações cíveis e criminais.

Para que estas articulações sejam possíveis é preciso que os profissionais do CAPS estejam sensibilizados para a questão da violência. É preciso escutar para além da queixa sintomática, resgatar a história de vida, o modo como estabelecem suas relações e as associações que as próprias mulheres podem fazer sobre esses fatores. As mulheres, na maioria das vezes, não se reconhecem em situação de violência, e se o profissional não estiver capacitado para identificar, a violência permanece invisível e não nomeada.

Pedrosa e Zanello (2016)¹⁸ entrevistaram profissionais de um CAPS a fim de analisar suas percepções, crenças e conhecimentos sobre violência contra as mulheres e políticas públicas. As autoras concluíram que a “(in)visibilidade” do tema está associada em parte a uma percepção clara e em outra parte a uma certa omissão que reduz a violência a diagnósticos psiquiátricos. As entrevistas demonstraram que a atuação é pautada em intuição e senso comum, não em noções teóricas e práticas. Apontam para a necessidade de capacitação e treinamento para os profissionais que lidam com esta problemática, além de esforço para aplicação das políticas públicas, tanto por parte de quem fiscaliza as leis quanto de quem atua nos serviços.

Diante do exposto, o projeto de intervenção proposto consiste em uma ação do NPV no CAPS, que visa promover capacitação profissional e qualificação das ações em rede por meio da realização de grupos de discussão em parceria com a rede intra e intersetorial. Tal projeto representa uma inovação, pois não há planos de ação voltados para a violência contra a mulher no território em questão. O impacto do projeto de intervenção que será proposto incide em proporcionar reabilitação psicossocial para além da medicalização do sofrimento, visa o aumento da qualidade de vida e participação social

das mulheres em questão e pode impactar na diminuição da demanda por atendimento médico e medicações nos serviços de saúde. Deste modo, pode ampliar a integralidade entre as ações de enfrentamento à violência contra a mulher e as diretrizes da reforma psiquiátrica no CAPS de atuação.

Objetivos

Viabilizar e ampliar ações atribuídas ao Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) no contexto de mulheres vítimas de violência de gênero. Ampliar a compreensão dos profissionais acerca da relação entre violência e agravos biopsicossociais e possibilidades de articulação de rede. Qualificar as intervenções no acolhimento e acompanhamento dos casos que envolvem situações de violência contra a mulher.

Metodologia

Para a execução da proposta e realização dos objetivos pontuados, serão realizados grupos de discussão temática com intuito de promover um espaço de troca de saberes e experiências, reflexão sobre a prática, ampliação do conhecimento técnico e teórico, tendo em vista embasar as ações e intervenções. Abordaremos temas, como: ciclos de violência; repetição da violência; o sofrimento psíquico da mulher em situação de violência; diferentes formas e contextos da violência contra a mulher e suas consequências biopsicossociais; o papel do CAPS na reabilitação psicossocial das mulheres vitimadas pela violência; possibilidades de articulação de rede, entre outros.

O objetivo dos grupos de discussão será qualificar o cuidado destinado às mulheres acompanhadas pelo CAPS. O NPV ficará responsável pela organização prévia, ou seja, definir temas a partir das demandas trazidas pela equipe multidisciplinar do CAPS, disponibilizar para toda equipe materiais disparadores para a discussão, como: textos, artigos, filmes e vídeos, bem como questões norteadoras para facilitar a elaboração. Ficará a cargo dos membros do NPV a mediação dos grupos de discussão, que ocorrerão mensalmente,

com encontros com duração de duas horas. Para realização dos grupos será utilizado o espaço de reunião geral de equipe já existente. Os grupos de discussão poderão contar com a participação de profissionais da rede intra e intersetorial que abordarão temáticas pertinentes ao contexto de atuação e as ações desenvolvidas no enfrentamento da violência contra a mulher.

Resultados esperados

Com a realização do presente projeto de intervenção, espera-se contribuir para a minimização do sentimento de impotência e sobrecarga por parte dos profissionais, por meio da troca horizontal de conhecimento e experiências. Consideramos também que, a partir disso, será possível a ampliação do embasamento técnico e teórico para as ações de cuidado e articulação de rede, bem como a qualificação e efetividade das intervenções e estratégias de reabilitação psicossocial junto às mulheres com histórico ou em situação de violência acompanhadas pelo CAPS.

Considerações finais

A atuação como psicóloga no CAPS permitiu identificar a relação entre violência contra a mulher e o sofrimento psíquico. A experiência também demonstrou a dificuldade de os profissionais envolvidos no processo de cuidado reconhecerem situações de violência, principalmente quando psicológicas ou sexuais, cometidas por parceiro íntimo. A consequência é a invisibilidade da violência no contexto da saúde mental, contrariando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e as leis de enfrentamento à violência contra a mulher.

O projeto de intervenção apresentado pretende reduzir a distância entre ações de enfrentamento à violência contra a mulher e as diretrizes da reforma psiquiátrica no CAPS de atuação, por meio da utilização do NPV como instrumento de educação permanente e apoio para articulações de rede.

Compreendeu-se que, devido à complexidade da problemática da violência associada à saúde mental e seus agravamentos biopsíquicos e sociais,

as intervenções devem ser multidisciplinares e construídas em parceria com a rede intra e intersetorial. Apesar dos desafios, é preciso manter o esforço do fazer em rede para potencializar as ações. Além de garantir o permanente apoio e capacitação dos profissionais.

Schraiber e Oliveira (1999)⁸ ressaltam que a violência é um problema comum à vida da maioria das pessoas, assim os profissionais de saúde não estão imunes a este problema. Para introduzir e trabalhar com esta questão em um serviço, é preciso acolher a equipe. Situações latentes podem se agravar na vida do profissional, deste modo, supervisão e suporte devem ser constantes. Esta afirmação valida a importância deste plano de intervenção, que se propõe a criar espaços para discussão e aprimoramento entre os profissionais do CAPS.

Entende-se que a violência contra a mulher está pautada em relações de poder desigual entre homens e mulheres. O estigma da “doença mental” pode reforçar a dependência e a noção de incapacidade das mulheres. O PTS deve visar reduzir essas iniquidades, empoderar as mulheres, com garantia de direitos, acesso a informações e estratégias terapêuticas para tratamento do sofrimento psíquico.

Por fim, mostra-se de fundamental necessidade a realização de outros estudos sobre a relação entre violência contra a mulher e saúde mental, além de pesquisas sobre as possibilidades de apoio aos profissionais que lidam com o problema da violência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.
2. Presidências da República. Secretaria de Política para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Governo Federal; 2011.
3. Presidência da República. Lei n.º 11.340, de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8.º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 7ago.

4. Pedrosa M, Zanello V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016; 32: 1-8.
5. Zuma CE, Mendes CHF, Cavalcanti LF, Gomes R, Nascimento M. Violência de Gênero na Vida Adulta In: Njaine K, Assis SG, Constantino P; Avanci, JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União* 2001 (seção 1); 18mai.
7. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública*. Supl 1. 2009; 43: 101 – 108.
8. Schraiber BL, D'oliveira AFLP. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface comunicação, saúde, educação*. 1999; 3(5):11 – 26.
9. Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *Journal Of Human Growth and Development*. 2016; 6(2):139 – 146.
10. Macedo CRO, Souza VS. Grupo de mulheres: Um lugar de escuta clínica para mulheres em um centro de atenção psicossocial. *Vínculo*. 2021; 18(2): 1-12.
11. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 31 jul. 2020.
12. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
13. Minayo MCS, Lima CA. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Njaine, K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
14. Assis SG, Avanci JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
15. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(2): 429 – 438.
16. Njaine K, Delzivo CR, Oliveira CS. Redes De Enfrentamento Às Violências. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
17. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Portaria n.º 1300, de 14 de julho de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo 2015; 15jul.
18. Pedrosa MM, Zanello V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estud pesqui Psicol*. 2018; 18(1):384 – 403.

SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESCOLA: UM PROJETO DE PREVENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ESCOLAR

Elise Fernanda da Silva Mello*
Bárbara Zilli Haanwinckel**

Introdução

O período da infância e da adolescência é marcado por transformações físicas e comportamentais importantes na formação do sujeito. Estas podem gerar angústia, sofrimento e dor, afetando às crianças, adolescentes e a todos ao seu redor. É uma fase da vida que exige uma atenção redobrada por parte da família, professores, dentre outros do convívio social, para que possam contribuir para o processo de maturação e desenvolvimento integral da criança e do adolescente.

Segundo Assis, Constantino, Avanci¹:

A infância e a adolescência são fases de desenvolvimento contínuo e de intenso processo de maturação. As experiências nessas etapas da vida deixam uma espécie de registro, e, apesar de poderem ser reparadas ou reconstruídas, costumam deixar marcas importantes.

Na escola, observam-se diversas formas de manifestação da angústia, de sofrimento, e de comportamentos como agressividade, ansiedade e isolamento, inclusive de alguns transtornos como o Transtorno do Déficit de Atenção com

* Especialista em Impactos da Violência na Escola (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Pedagogia (IFRS). Professora dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental I do Estado do Rio Grande do Sul. elise.mello@gmail.com

** Doutora em Serviço Social (UFRJ). Graduada em Assistente Social (UFRJ). Tutora do Curso Impactos da Violência na Escola – 2ª e 3ª edições (ENSP/FIOCRUZ). E-mail: barbarazh78@gmail.com

Hiperatividade (TDAH) que é um tipo de transtorno neurológico, que se manifesta na infância, de origem genética que acompanha o indivíduo na vida adulta, assim como outras problemáticas relacionadas à anorexia, ao autismo, à depressão e à ideia suicida. Essas problemáticas apresentadas, dentre outras, muitas vezes carecem da atenção necessária, tanto por parte da família, quanto da escola, para o melhor acolhimento dessa criança e/ou adolescente.

O TDAH é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade². A patologia é essencialmente caracterizada pela dificuldade de manter atenção, pela agitação e inquietude, o que muitas vezes pode configurar em hiperatividade e impulsividade. Esses sintomas seguem um padrão persistente e são mais frequentes e severos do que manifestações similares presentes em crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento mental³, tendo em vista ser bastante comum as crianças apresentarem um comportamento mais ativo, desatento e impulsivo que os adultos².

As crianças com TDAH são comumente descritas como desligadas, aborrecidas e desmotivadas frente às tarefas, sem força de vontade, bagunceiras e desorganizadas. São crianças agitadas, como se estivessem a “mil por hora” ou “com bicho-carpinteiro”, são barulhentas e tendem a fazer coisas fora de hora⁴. Além dessas características, é comum que crianças com TDAH apresentem outros sintomas, como baixa tolerância à frustração, troca contínua de atividades, dificuldade de organização e presença de sonhos diurnos. A essa patologia podem estar relacionados os fracassos escolares, as dificuldades emocionais e dificuldades de relacionamento em crianças e adolescentes⁵.

Conforme Assis, Constantino, Avanci¹: “Um olhar atento e ampliado dos educadores ao lidar com seus alunos pode aumentar as chances de detecção desses sinais e de inúmeras situações de risco, minimizando as consequências da violência para eles”.

A violência é tida como um fenômeno complexo que tem atingido índices alarmantes, decorrentes da desproteção em que se encontram crianças,

adolescentes e jovens neste país. As políticas públicas, diante deste contexto, são insuficientes e ineficazes.

De acordo com Borges; Cano⁶:

O valor do Índice de Homicídios na Adolescência no Brasil – IHA, para os 300 municípios com população acima de 100 mil habitantes em 2014 é 3,65. Isso significa que, para cada 1.000 adolescentes que completam 12 anos, 3,65 morrem vítimas de homicídio antes de chegar aos 19, ou seja, ao longo do ciclo vital da adolescência. Este valor é elevado, considerando que uma sociedade não violenta deveria apresentar valores não muito distantes do 0 e, certamente, inferiores a 1. Por outro lado, ele é mais preocupante ainda se observarmos que houve um aumento em relação a 2013 e, ainda mais grave, que o valor de 2014 é o maior da série desde que começou a ser monitorado em 2005.

A precarização do trabalho, aliada a um vínculo social fragilizado, resulta em uma condição de vulnerabilidade social. Os fatores que levam a esta condição são diversos, entre eles estão a desigualdade, a falta de moradia e a lotação de centros urbanos pela migração, gerando uma ocupação maior nas periferias das regiões metropolitanas, além da formação e as características históricas destas famílias. A exploração do trabalho leva à impossibilidade do exercício dos direitos inerentes à cidadania.

Partindo deste princípio, é necessário promover mecanismos e ações que promovam a cidadania e os direitos humanos para pessoas em vulnerabilidade social.

De acordo com Silva; Freitas⁷:

A vulnerabilidade é assim [...] produzida na conjunção das precárias condições socioeconômicas com a impossibilidade de exercer cidadania e suas potencialidades e, ainda, com a fragilidade do vínculo social no âmbito mais nuclear.

Nas escolas, é comum termos salas de aula lotadas e um ambiente no qual o professor se depara com inúmeras situações de violência expressas no seu cotidiano, tendo como origem as relações do núcleo familiar abaladas

devido às condições de vulnerabilidade social em que se encontram. Desse modo, os professores passam a maior parte do tempo apartando situações de violência. A precarização do trabalho na escola também contribui para que os profissionais da educação tenham dificuldades em lidar com a violência.

O papel crucial do orientador educacional, que atua como elo entre família, escola e trabalho em rede com órgãos competentes, não é desempenhado devidamente devido à escassez de profissionais. Este trabalho acaba caindo nas mãos das direções e coordenadores pedagógicos, que também estão sobrecarregados, porque além das funções pertinentes ao cargo, muitas vezes tem que entrar em sala de aula, por falta de professores. A rotina da escola é afetada e os casos passam despercebidos, por uma visão equivocada da realidade que se apresenta. Não há, em muitos acontecimentos, por parte dos professores e direção, o conhecimento da situação de vida, em que estes alunos se encontram, das suas privações, da violência sofrida em casa e o porquê da dificuldade destes alunos em aprender. Como consequência, prevalece o senso comum, de que não aprendem porque são alunos problemáticos.

Segundo a definição da Organização Pan-Americana de Saúde⁸:

A violência é definida como o uso deliberado da força física ou de poder, seja em grau de ameaça ou efeito contra si mesmo, contra outra pessoa, um grupo ou a comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações, autoagressão interpessoal e coletiva.

A violência está no cotidiano das crianças e adolescentes, residentes nas periferias, afetando o seu comportamento e aprendizado, causando, muitas vezes, bloqueios que dificultam a sua vida escolar. Em sala de aula, se o professor escutar os alunos irá se deparar com muitas realidades e situações de vulnerabilidade social vividas por seus alunos. Sendo assim, é de suma importância haver na escola um trabalho que possibilite o auxílio a estes alunos e suas famílias, que necessitam ser encaminhados à rede de apoio.

Para Minayo e Souza⁹:

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligada a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo.

A violência que atinge crianças e adolescentes é considerada um grande problema de saúde pública. É preciso sistematizar o conhecimento de cada tipo de violência. A prevenção se faz necessária e um atendimento específico para cada tipo de violência. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um ordenamento jurídico importante, destacando a importância de incluir o conhecimento sobre essa legislação na formação dos profissionais. Isso possibilita que estejam aptos a identificar casos, oferecer auxílio, tratar e prevenir situações de violência.

Para Martins; Jorge¹⁰:

No Brasil, a consolidação da proteção à criança e ao adolescente, através da promulgação do ECA, trouxe avanços no tratamento jurídico, contribuindo para a consolidação da consciência social e entendendo o ECA como um instrumento de garantia ao bem-estar de nossa infância e juventude.

Com a criação do ECA houve avanços em termos jurídicos e do entendimento pela sociedade de sua importância, servindo como um instrumento de garantia dos direitos e deveres da criança e do adolescente. No entanto, é necessário um trabalho em rede, em que os profissionais estejam dispostos a enfrentar as adversidades para garantir o cumprimento desta lei.

Há a necessidade de uma mudança de paradigma, exigindo uma atenção mais dedicada a essas crianças e adolescentes que necessitam de apoio. O acompanhamento e acolhimento devem ser priorizados, com a família recebendo suporte, especialmente por meio de políticas públicas, como a assistência social, por intermédio dos Centros de Referência da Assistência Social.

Contudo, é imprescindível uma reflexão de como esta rede se articula e quais são as ações promovidas pelas diversas áreas: saúde, assistência social, educação, cultura, justiça etc. A conexão entre os serviços e ações sociais, a partir do foco no território, ainda é uma metodologia pouco aprofundada, mesmo as diretrizes legais sinalizando a importância dessa articulação em rede.

Existem pesquisas no campo dos estudos sobre indisciplina e violência nas escolas, propondo alguns avanços nos processos de gestão educacional.

Para Garcia¹¹:

Nas últimas décadas as questões de indisciplina e violência nas escolas passaram a se destacar entre as principais preocupações dos educadores, particularmente nos países industrializados. Tais problemas vêm afetando o ambiente escolar, o currículo e as relações interpessoais em sala de aula, e apresentam diversos desafios a serem superados, e interrogações a serem investigadas.

A violência enraíza-se no ambiente escolar, pois é nele que as diferenças, valores e o sentido da vida convergem. Por ser um território neutro, torna-se o local onde a violência sofrida é externalizada. A saúde mental dos alunos afetados por essa violência manifesta-se de maneira recorrente e muitas vezes é interpretada como indisciplina, carecendo de uma atenção voltada às causas subjacentes dessa expressão de violência. Esse cenário impacta diretamente a aprendizagem e compromete a promoção de um ambiente escolar saudável.

Os problemas de saúde mental são comuns em crianças e adolescentes que são vítimas e testemunhas de violência. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde)¹², a saúde mental depende de bem-estar físico e social.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)⁸, um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos, civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Para a OMS, sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental.

A fusão entre problemas de comportamento e oscilações do ambiente familiar vem sendo frequentemente verificada. As experiências negativas de vida vivenciadas em família são apontadas como prejudiciais ao desenvolvimento infantil, sendo uma das causas que predis põem a problemas de comportamento.

A escola tem uma função muito importante neste processo, ao identificar o problema e conversar com a família de forma acolhedora e esclarecedora, tendo em vista, por exemplo, quando necessário, o encaminhamento ao posto de saúde, para que esta criança ou adolescente seja atendido por uma equipe multidisciplinar. Além dessas medidas, é fundamental que a escola integre em seu projeto político-pedagógico iniciativas como projetos de intervenção, visando à prevenção e promoção da saúde mental diante das situações de violência no ambiente escolar e em seu entorno. Essa abordagem favorece a integração da comunidade escolar.

A escola da rede municipal de Viamão (RS), motivadora deste trabalho, em seus primeiros anos do Ensino Fundamental I, apresenta muitos casos de alunos com algum comprometimento em sua saúde mental, que chegam ao Ensino Fundamental II sem nunca terem sido avaliados por um profissional da saúde. Portanto, acabam muitas vezes sendo considerados “alunos problemas”, afetando a sua aprendizagem.

Cabe considerar que nem todo o adoecimento mental causado por situações de violência se define como transtorno mental, que requeira uma intervenção como a do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). É importante o atendimento pela Saúde da Família e o atendimento básico, considerando a função da saúde, escola e família comprometidas com o atendimento integral da criança e do adolescente que passa por situações de violência.

Entraram em vigor no país em meados de 1990, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros núcleos ou centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), hospitais dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Os CAPS são a forma de organização de uma rede que tem como função, dentre outras, prestar atendimento clínico, em regime de atenção diária, promovendo a inserção social dos indivíduos com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais.

Segundo Assis; Avanci¹³:

No país, verifica-se que a discussão sobre violência e repercussões dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vêm ocorrendo de forma fragmentada. As pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes privilegiam mais as causas do problema e suas consequências físicas, embora estudos atuais apontem para a existência de problemas emocionais associados a vivências de violências, especialmente as cometidas no âmbito familiar. Investigações mais recentes de saúde mental infanto-juvenil começam a valorizar algumas formas de violências como potenciais fatores de risco.

Percebe-se na escola que alunos que vivenciam situações graves de violência tendem a faltar mais às aulas, a evadir da escola e à baixa do rendimento na aprendizagem, a ter ideias suicidas e comportamentos violentos.

Assis *et al.*¹⁴:

É importante destacar que, para a criança e adolescente, tanto o testemunho quanto a real vitimização de situações violentas podem afetar sua emoção e afeto, seu comportamento e a percepção do mundo que vive, podendo abalar alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta. Todavia, a intensidade e o histórico de vitimizações, o tipo de relação existente entre o agressor e a criança ou o adolescente, o contexto no qual a situação violenta ocorre, o entorno protetor de vida desses jovens, bem como as características individuais deles e dos cuidadores são fatores que conformam o prejuízo da violência sobre sua saúde física e mental.

Para Tszesnioski, Nóbrega, Lima, Facundes¹⁵:

Crianças e adolescentes com transtornos mentais podem ter sérios prejuízos em seu desempenho funcional, que corresponde à capacidade do indivíduo em realizar atividades do seu cotidiano de maneira satisfatória e apropriada para cada etapa de desenvolvimento. Na população infantil, a dificuldade em realizar essas atividades, geralmente, é demonstrada pelo mau funcionamento social, afetando, principalmente, os papéis de brincar e de estudante.

A violência é uma questão que preocupa muitos professores, principalmente em países industrializados. Afeta a rotina da sala de aula, o currículo, as relações interpessoais entre professor versus aluno e aluno versus aluno. Precisa ser investigada. Para lidar com este fenômeno é necessário o professor se qualificar, para conseguir achar alternativas para lidar com estas demandas e realizar um trabalho voltado ao bem-estar destes alunos. E o que vemos no cotidiano escolar é o despreparo de muitos profissionais da educação, que também não podem ser julgados, pois as formações oferecidas pelas redes de ensino não os qualificam em uma perspectiva de enfrentamento dos problemas de indisciplina e violência. A jornada exaustiva e a pressão de que não podem se ausentar da sala de aula, faz com que não se atualizem e estejam preparados para promover a cultura da paz e até rever suas práticas diárias em sala de aula.

Refletir sobre o avanço de paradigma é rever teorias, conceitos, modelos e práticas sociais que são utilizadas na escola, para a reversão deste cenário de indisciplina e violência escolar. É preciso o desprendimento das abordagens comportamentalistas, que seguem com estratégias e mecanismos de controle e punitivos.

Existem iniciativas como os programas de educação para a paz, que proporcionam a participação dos sujeitos que fazem parte da comunidade escolar. As práticas preventivas devem fazer parte da rotina da escola, previstas no Projeto Político Pedagógico.

De acordo com o Projeto Político Pedagógico do município de Viamão (RS)¹⁶, o Plano Municipal de Educação (PME), Lei n.º 4.365/2015, em seu

texto, na estratégia 4.13, incluiu os direitos humanos entre as diretrizes do PME. Promover a articulação intersetorial entre órgãos e políticas públicas de saúde, assistência social e direitos humanos, em parceria com as famílias, com a finalidade de desenvolver modelos de atendimento voltados à continuidade do atendimento escolar, na educação de jovens e adultos, das pessoas com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento com idade superior à faixa etária de escolarização obrigatória, de forma a assegurar a atenção integral ao longo da vida.

A rede municipal de Viamão, ao incorporar os direitos humanos como diretriz no seu Projeto Político Pedagógico e no Plano Municipal de Educação, enfatiza a importância de a escola buscar parcerias com os órgãos competentes e colaborar com as famílias. Essa cooperação visa promover, na escola, uma educação voltada para a prevenção da violência e a promoção da saúde mental, centrada na garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes.

A declaração de Salamanca¹⁷ ressalta que a preparação adequada de todo o pessoal da educação constitui um fator-chave na promoção do progresso em direção às escolas inclusivas.

A escola é um direito e uma necessidade social, quando ela se torna um ambiente democrático e um espaço para todos, os problemas relativos à saúde mental surgem como uma questão da escola. É preciso haver uma libertação da idealização que sustenta a escola, não há alunos e nem tão poucas escolas ideais.

Nas escolas, a ideia de promoção da saúde e da qualidade de vida está diretamente relacionada ao pensamento de prevenção da violência. Mas vai muito além, tem a finalidade de fortalecer os fatores de proteção diante das demandas que se apresentam em suas vidas. Deve estimular as potencialidades de cada estudante e promover o autocuidado e a ajuda mútua¹⁸.

Este projeto é de suma relevância, visto que tradicionalmente a escola sempre tentou tornar seus alunos homogêneos e padronizados, ignorando muitas vezes a singularidade de seus discentes. Faz-se necessário, portanto, o despertar de um novo olhar e quebra de paradigma em torno da saúde mental, conscientizando os professores e equipe diretiva que é necessário um olhar

mais atento ao aluno. E que a escola perceba que o aluno não é do professor e sim da instituição da qual ele faz parte, portanto, é responsabilidade de todos encontrar estratégias, com o apoio em rede, para poder auxiliar o aluno nas suas dificuldades e a parceria com a família procurando ajuda e auxílio. A criação de vínculos entre escola e família pode ser o meio mais eficaz para a solução dos problemas encontrados.

Objetivos

O objetivo deste trabalho visa promover reflexões sobre a saúde mental de alunos na faixa etária dos 4 aos 17 anos, de uma escola da rede municipal de Viamão (RS), na prevenção às situações de violência na escola e seu entorno. Para tanto, busca-se um maior conhecimento da comunidade escolar, suas demandas e uma maior integração entre a família e a escola, tendo em vista a possibilitar uma rede de proteção e cuidados aos alunos. Neste sentido, pretende-se compartilhar estratégias utilizadas por professores e experiências pedagógicas desenvolvidas para a garantia de resultados consistentes.

Metodologia

Pretende-se com esse projeto apontar subsídios, para a reflexão sobre como promover a saúde mental e prevenir a violência na escola e seu entorno. Neste sentido, auxiliar na prevenção à violência, promovendo uma maior integração, entre escola, pais e uma articulação em rede de cuidados e proteção a estes alunos.

Este Projeto de Intervenção foi pensado na realidade de uma escola pública municipal localizada na periferia da cidade de Viamão, no estado do Rio Grande do Sul. É uma região dominada pelo tráfico de drogas. O público-alvo são alunos na faixa etária dos 4 aos 17 anos, que na sua maioria sofrem com a violência e o abandono, afetando seu bem-estar, saúde física e mental.

Na primeira etapa será o diagnóstico, a conversa com os professores para mapear os casos de alunos com suspeitas de comprometimento na

aprendizagem e na saúde mental, bem como os casos para os quais já existem laudos mas que os alunos não são tratados e medicados. O professor e o orientador educacional irão trabalhar alinhados, para identificar as possíveis situações de risco na saúde mental dos alunos. O professor, percebendo alterações nos comportamentos dos alunos, irá avaliar e fazer um parecer descritivo encaminhando ao Serviço de Orientação Educacional da escola, para ser direcionado a uma avaliação médica.

Na segunda etapa, o orientador educacional, já tendo o mapeamento realizado, irá estabelecer estratégias e parcerias com o Posto de Saúde, Conselho Tutelar, CRAS e CAPS.

Na terceira etapa, realizar uma palestra sobre saúde mental, com profissional da saúde e a assistente social do CRAS, Conselho Tutelar e representante do Ministério Público, entre outros, explicando como funciona cada serviço e qual o tipo de atendimento realizado, envolvendo toda comunidade escolar.

Na quarta etapa, o agendamento com as famílias para reunião na escola realizando uma anamnese sobre o aluno e encaminhamento, quando necessário, para avaliação médica e ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), reforçando a importância da ajuda especializada, do acompanhamento e do retorno às consultas.

Na quinta etapa, pensar em ações que sejam executadas para garantir o bem-estar e a saúde mental da comunidade escolar, considerando a necessidade de atenção dos professores aos sinais dos alunos, promovendo a educação para os direitos humanos. Atividades extraclasse que propiciem lazer e cultura. Engajamento da escola em projetos sociais, em benefício da comunidade escolar.

Na sexta etapa, trazer a formação de facilitador de Círculos de Construção de Paz e mediadores de conflitos, para os professores e direção da escola, para que possam promover a cultura da paz e prevenir a violência. Incentivar que os professores trabalhem os valores em sala de aula, em atividades que exercitem a cooperação, o respeito às diferenças e a solidariedade com os colegas.

Na sétima etapa, criar coletivamente regras de convivência, convocando representantes de todos os segmentos à sua elaboração. Essa estratégia tem por objetivo fazer com que os alunos percebam a sua importância nos processos decisórios da escola, dando sentido ao cumprimento das regras estabelecidas por eles mesmos, em acordo comum a todos. Despertar a sensação de pertencimento que corrobora para transformar em um local onde todos desejam estar. Refletir sobre o descumprimento das regras e corrigir o erro, com o diálogo e o entendimento de como deve agir. Deixar as regras claras em todos os ambientes da escola. E os professores também devem estabelecer com os alunos suas próprias regras dentro da sala de aula e manter fixadas.

Na oitava etapa, compartilhar estratégias utilizadas por professores e experiências pedagógicas desenvolvidas para a garantia de resultados consistentes, monitorando o clima escolar. Reuniões periódicas para trocas de experiências e relatos de casos, em que todos os profissionais da escola possam contribuir. E atualizar os professores, quanto aos encaminhamentos dos alunos aos serviços públicos especializados.

A avaliação acontece ao longo do ano letivo, com a continuidade do mapeamento dos casos de saúde mental afetadas pelas situações de violência, na escola e seu entorno, comparando os resultados e os registros sobre os casos. Com a coleta de dados em mãos, será analisado e observado o comprometimento de todos em prevenir e promover a saúde mental dos alunos, por meio da criação de uma cultura de paz no ambiente escolar. A avaliação será contínua, caso necessário, criar estratégias de prevenção e resolução de conflitos.

Principais resultados esperados

Pretende-se com este trabalho uma intervenção focada na promoção e prevenção da saúde mental e defesa dos direitos humanos, para alunos vulneráveis socialmente. Tem o intuito de mapear, junto aos professores, os casos de suspeita de comprometimento na aprendizagem, com reflexos na saúde mental dos alunos.

Entende-se que o contato com a família não é fácil, há a dificuldade da aceitação do problema, em expor o que se passa no núcleo familiar, além da dificuldade do tempo que precisam dispor para os agendamentos e consultas com os profissionais especializados. A demora é grande e muitos desistem de procurar auxílio. Além disso, quando conseguem o laudo médico devido a algum comprometimento na saúde mental e necessitam de medicação, algumas não são fornecidas gratuitamente, não tendo a família como custear.

Baseado nestes fatos, o trabalho em rede de apoio deve ser intensificado e a escola precisa ser informada do andamento dos casos encaminhados, para poder auxiliar os professores, quanto ao planejamento das atividades para estes alunos.

Segundo Abramovay¹⁹, quando a escola é bem organizada, possui regras claras de convivência, fomenta o diálogo, valoriza tanto os alunos quanto os professores, e promove um forte senso de pertencimento, com a participação ativa das famílias, ela se torna um ambiente mais seguro e propício ao desenvolvimento educacional e emocional.

Nesse sentido, espera-se que com este projeto de intervenção ocorram alguns avanços nos processos de gestão educacional, com uma percepção mais atenta das violências cometidas contra crianças e adolescentes e a repercussão sobre a sua saúde mental. Possibilitar ainda o debate, as trocas de experiências, o trabalho em conjunto com outros órgãos públicos de apoio junto às famílias. Almeja-se com este projeto criar um movimento de articulação em rede de cuidados, proteção e promovendo a saúde mental destes alunos.

Conclusões

O professor desempenha um papel fundamental na vida dos alunos, auxiliando não apenas na socialização, mas também no desenvolvimento e aprendizagem. A escola, enquanto cenário onde as diferenças convergem, tem como missão promover a convivência dos estudantes com respeito e harmonia, sendo o educador um agente essencial nesse processo. Um dos desafios é o de construir práticas comprometidas e voltadas aos direitos

humanos, promovendo e prevenindo a saúde mental contra todas as formas de discriminação e violência contra os alunos.

A violência está intimamente ligada às emoções, ao comportamento e aos aspectos cognitivos de crianças e adolescentes. Enxergar a relação entre a vivência de violência e os problemas emocionais, bem como os relacionados à parte cognitiva, apresenta dificuldades que precisam ser enfrentadas.

Portanto, a escola e o professor têm a possibilidade de reduzir os efeitos que a violência causa na vida dos alunos escutando, acompanhando e articulando em rede de cuidados e proteção, como assistência social, justiça, educação e conselhos tutelares, respeitando o papel de cada um e, em especial, o da família.

Segundo Beland²⁰, os professores têm contato com muitas crianças desde a tenra idade, por um extenso período, o que faz com que os programas de prevenção da violência instaurados na escola possam ter um enorme potencial de abrangência. Portanto, as salas de aula são ambientes propícios para implementar estratégias de prevenção à violência. Neste sentido, faz-se de suma importância este projeto de intervenção, tendo em vista uma construção permanente, desafiadora e exitosa.

Referências

1. Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da Violência na Escola: Um diálogo com Professores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/szv5t>. Acesso em: 14 jun. 2019.
2. Barkley RA. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. Benczik EBP. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000a.
4. Barbosa ES. Subdiagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
5. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Annual Review of Medicine. 2002; 53:113-131.
6. Borges D, Cano I, organizadores. Índice de Homicídios na Adolescência: IHA 2014 (volume 1). 1a ed. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas; 2017.
7. Silva CR, Freitas HI. Adolescentes em situação de vulnerabilidade: estratégias de terapia

- ocupacional em um trabalho de prevenção à AIDS. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 2003; 11(2):111-117.
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: DC; 2002.
 9. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*. 1998; 4 (3): 513-531.
 10. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta paul. enferm*. 2010; 23(3): 417-422.
 11. Garcia J. Indisciplina e violências nas escolas: algumas questões a considerar. *Rev. Diálogo Educ*. 2009; 9(28):511–523.
 12. Nações Unidas Brasil [Internet]. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Brasília: Nações Unidas Brasil. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-munl/>. Acesso em: 03 mar. 2019.
 13. Avanci JQ, Assis SG. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, prevenção e promoção de saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
 14. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(2):349-361.
 15. Tszesniosk LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Facundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(2).
 16. Prefeitura Municipal de Viamão. Projeto Político Pedagógico. Viamão: Prefeitura Municipal de Viamão P.31; 2016.
 17. Ministério da Educação e Cultura. Declaração de Salamanca. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; c1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.
 18. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 163-178.
 19. Abramovay M, Organizadora. Escola e violência. Brasília: UNESCO; 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000070.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.
 20. Beland, KR. A Schoolwide approach to violence prevention. In: Hampton, RL, Jenkins, P. & Gullotta, TP, editors. *Preventing Violence in America*. Thousand Oaks: Sage; 1996.

SOZINHA ANDO BEM, MAS COM VOCÊ ANDO MELHOR: CUIDADO MÚTUO À SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Emanuelly Mota Silva Rodrigues*
Breno de Oliveira Ferreira**

Introdução

Conforme defendido na Constituição Federal Brasileira, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde¹. Assim, por meio da Lei Orgânica de 1990 é regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são garantidas, dentre outras coisas, a educação permanente e a saúde de seus trabalhadores².

Como forma de cuidar da saúde ocupacional, existe a oferta da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), oferecendo assistência nas três esferas de saúde, promoção, vigilância e controle social. No entanto, cuidar da saúde do trabalhador está além de prevenir acidentes de trabalho, mas também perpassa garantir sua saúde mental³.

A saúde dessa população pode ser pensada como o processo de saúde e doença de pessoas e sua relação com o trabalho. Com a Revolução Industrial e suas péssimas condições laborais como a falta de limite de carga horária, espaços insalubres e equipamentos sem proteção, eram frequentes acidentes e

* Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: manumotapali@gmail.com

** Graduado em Psicologia (UFPI). Doutor em Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Ciência da Saúde (UFPI). Docente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: breno.oli@hotmail.com,

adoecimento. Com isso, surgiu a necessidade de rever esses espaços e garantir minimamente a saúde desses profissionais.

Inicialmente pensado pelas condições físicas, aos poucos evoluímos e passamos a considerar aspectos globais de saúde, unificando a vida fora e dentro dos espaços de trabalho, já que somos seres em transformação contínua com o mundo que nos cerca⁴.

Pelo que estamos vivendo atualmente, com ameaças de corte de recursos humanos, da perda de estabilidade profissional, direitos garantidos e de financiamentos, é provável que o aumento do adoecimento mental ocupacional seja exacerbado. Existem locais em que pouco se têm realizado concursos públicos para a saúde, sendo realizadas seleções públicas cujos contratos possuem prazos de validade, fragilizando o vínculo e a sensação de pertencimento. Com isso, o sentimento de desesperança e perda de sentido sobre a própria atuação toma espaço.

Assim, pensando na construção histórica de políticas de saúde do trabalhador, temos como próximos desafios a discussão da perspectiva do trabalho na construção do indivíduo e da sociedade, a precarização do trabalho, perda de direitos trabalhistas, entre outras questões³.

A instabilidade dos vínculos favorece que o trabalhador se submeta a espaços de trabalho insalubres, baixos salários, acúmulos de função e jornada de trabalho excessiva, afinal a possibilidade de desemprego é uma realidade e em casos de profissionais cooperados o afastamento para autocuidado acarreta ônus na remuneração mensal. Assim, o adoecimento é naturalizado por gestores e pelos próprios profissionais, que não se permitem parar, pois é normal e valorizado estar adoecido⁵.

Além de oferecer um espaço adequado e com boas condições de trabalho, é importante pensar e garantir as outras necessidades dos trabalhadores como uma carga horária digna que permita o cuidado a sua qualidade de vida, saúde, família e educação permanente.

Importante reconhecer também nesse processo as mudanças na condução de fazer saúde e o que estas pedem de seus profissionais. As noções

de educação continuada e permanente têm seu espaço ampliado, alterando a zona de conforto de profissionais que percebiam a rotina diária como algo imutável. A residência, ao ser inserida em espaços de saúde, traz essa mudança, já que a necessidade de atualização é constante, podendo gerar adoecimento.

Além disso, a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de saúde sugere atualização nos processos de trabalho. O paciente passa a ser visto pelo olhar integral e holístico, havendo pouco ou nenhum espaço para se trabalhar sozinho. Assim, cuidar da saúde de profissionais também é cuidar das relações. Equipes de trabalho coesas permitem potencializar o saber de cada indivíduo, assim como proporciona o desenvolvimento pessoal e profissional. Da mesma forma, a desarmonia pode gerar hostilidade, inibindo a criatividade, refletindo diretamente no atendimento proporcionado⁶.

Cuidar da saúde de seus profissionais é, inclusive, pensar em qualificar a assistência prestada ao usuário. Além de ter o impacto de que pessoas motivadas cuidam melhor, o adoecimento é responsável pelo absenteísmo, gerando sobrecarga de trabalho e insatisfação para alguns profissionais, desorganização das equipes de trabalho e queda na qualidade do serviço prestado. No entanto, o olhar do gestor geralmente está mais voltado para o controle do que para a prevenção e promoção de saúde⁷.

Pela perspectiva de garantir a formação desses profissionais foi desenvolvida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando por meio da aprendizagem no trabalho a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. Assim, é permitido que a construção do conhecimento seja realizada em consonância com a vivência e realidade local, promovendo espaços de atualização continuada e a reflexão sobre o fazer. Com a integração entre ensino, serviço e comunidade, é proporcionada melhoria na qualidade desses serviços prestados⁸.

Dentre as propostas para alcançar a formação no e pelo trabalho, destacam-se as residências em saúde. Inicialmente concebidas com o intuito de formação médica, em junho de 2005, as residências multiprofissionais

foram regulamentadas. Nesse contexto, foi estabelecida a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)⁹.

Essa proposta de especialização *lato sensu* se caracteriza por ser no formato de ensino em serviço, onde o residente constrói seu conhecimento por meio da prática profissional supervisionada entre atividades práticas, teóricas e teórico-práticas em regime de dedicação exclusiva com 5760 horas divididas em 60 horas semanais durante dois anos, sendo 80% da sua carga horária prática e teórico-prático e 20% teórico-conceitual.

Nesse contexto, são ensinados, além da técnica e do manejo profissional, a integralidade, multiprofissionalidade e contexto político-econômico em que estamos inseridos. Destinada a profissionais de saúde não médicos, é baseada nos princípios e diretrizes de saúde, tendo sua formação no, para e pelo SUS, contribuindo com a qualidade dos serviços prestados aos seus usuários¹⁰.

A primeira residência multiprofissional no Brasil aconteceu no Rio Grande do Sul em 1976, com ênfase em Saúde Coletiva. No entanto, apenas em 2005 foi regulamentada com a Lei n.º 11.129, com a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), sendo de responsabilidade compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Tendo o conhecimento gerado por meio do trabalho em saúde, pode-se dizer que é formado através das relações sociais no espaço em que estão inseridos¹¹.

Assim, os programas de residência são criados e desenvolvidos mediante necessidades regionais, suprimindo demandas de profissionais capacitados para atuar em determinado cenário de saúde de acordo com a necessidade da população. Garantem a formação e qualificação destes para garantir acesso à saúde e integralizar o cuidado¹².

Temos como principal responsável docente o preceptor, responsável por acompanhar 80% dessa formação. O ensino de profissionais de saúde é voltado majoritariamente para a assistência, não contemplando plenamente o preparo em gestão e educação. Com isso, a maioria dos preceptores não possui recursos pedagógicos, sendo sua atuação docente conduzida com pouca ou nenhuma noção didática.

Além disso, são profissionais que não conseguem se dedicar integralmente a essa prática, pois muitas vezes são sobrecarregados com múltiplas funções. Um estudo realizado com 357 preceptores aponta que 89,8% destes exercem também atividades de assistência. Nesse contexto, ações como preceptoria de graduação, gestão, pesquisa e docência em IES também foram elencadas¹³.

Devido à intensidade das atividades, excesso de carga horária de trabalho, dentre outros fatores, é comum o adoecimento entre profissionais residentes. Em pesquisa realizada em Pernambuco, em uma amostra de 45 residentes, 77,8% apresentaram algum nível de estresse, sendo desses a maior porcentagem com vulnerabilidade psicológica, tendo como sintomas frequentes sensibilidade emotiva e irritabilidade excessiva¹⁰. Esses sintomas afetam diretamente os processos de trabalho e o cuidado ao usuário, bem como as relações interpessoais entre a equipe, já que as expectativas geradas por ambos não são alcançadas.

Assim, esse projeto de intervenção se justifica pela percepção de que o sofrimento ocasionado pela sobrecarga de trabalho tenha gerado um ciclo de insatisfação mútuo, sendo percebido um vício de desafetos em que residentes e equipes de saúde, inclusive preceptores e a gestão, veem uns aos outros como vilões, não como parceiros de jornada. Em algum momento esse ciclo precisa ser quebrado e nos lembrar que todos os atores envolvidos possuem os mesmos objetivos, o fortalecimento do ensino em saúde e, conseqüentemente, da assistência prestada à população.

Seu objetivo é elaborar estratégias de cuidado mútuo entre residentes e preceptores, estreitando os vínculos e cooperação, possibilitando, assim, promoção de saúde, tornando o ambiente de trabalho e aprendizado leve e produtivo.

A relevância está em promover a reflexão sobre a temática e elaborar estratégias que possam ser reproduzidas em outros espaços, permitindo articulação entre ensino, serviço e a efetividade da saúde ocupacional dos trabalhadores do serviço e dos residentes.

A proposta aqui apresentada foi desenvolvida como produto da Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de

Profissionais de Saúde, na Fundação Oswaldo Cruz do estado de Pernambuco, entre os anos de 2019 e 2020.

Objetivos

Objetivo geral

Propor uma série de intervenções de cuidado ocupacional com enfoque na saúde mental de residentes e preceptores de uma residência multiprofissional, promovendo, assim, espaços de trabalho acolhedores e de cuidado mútuo.

Objetivos específicos

- Refletir acerca da saúde ocupacional em residências;
- Discutir sobre a efetividade desse cuidado na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS;
- Propor estratégias de intervenção para cuidado e aproximação entre os atores envolvidos.

Metodologia

Para trabalhar os nós críticos do adoecimento e da relação interpessoal, será elaborada uma proposta dividida em três eixos: cuidado ao preceptor, cuidado ao residente e cuidado mútuo. É crucial ressaltar a governabilidade na implementação das propostas a seguir, especialmente considerando que a pesquisadora em questão coordena o programa de residência e o centro de estudos da instituição. Além disso, destaca-se a eficiência do baixo custo associado à realização dessas iniciativas.

Lembrando que a aplicação do projeto será longitudinal e contínuo, sendo apresentado aqui apenas o recorte do primeiro ano de execução.

Descrição do local de intervenção

A proposta será aplicada em um centro oncológico na cidade de Fortaleza, cenário de prática de uma residência multiprofissional de cancerologia. A instituição é habilitada pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo considerada referência no tratamento do câncer no Norte e no Nordeste.

Público-alvo

A proposta será destinada aos atores envolvidos no programa de residência, sendo 17 preceptores de núcleo, 2 preceptores de campo e 18 residentes nas categorias psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, enfermagem e farmácia.

Descrição das atividades

Eixo 1: cuidado ao preceptor

Apesar de ser a ponta na formação desses residentes, o preceptor, na maioria das vezes, não possui formação docente, exercendo sua atividade sem uma plena compreensão da efetividade de suas ações, gerando sofrimento. Assim, essa fase se propõe a elaborar um projeto de educação continuada para esses profissionais.

Em 2019, foi oferecido pela instituição um curso de Preceptoría de 100 horas, no entanto, houve pouca adesão. Dos 19 preceptores, apenas oito concluíram o curso. A proposta é que essa nova fase seja um aprimoramento dos conhecimentos aprendidos para estes, e para os demais funcione como um agente de instigação para aprofundamento teórico e reflexivo. Além disso, esses preceptores já capacitados serão convidados a contribuir como facilitadores desses momentos.

A proposta é proporcionar encontros bimestrais para trocas de vivências, resolução de demandas práticas, acolhimento de angústias, identificação de nós críticos e propostas para solucioná-las. A partir disso,

serão elencadas as questões teóricas a serem aprofundadas. A ideia é que nos primeiros encontros sejam discutidas questões iniciais para nivelamento, mas, posteriormente, não haverá uma programação totalmente predefinida, sendo a construção feita de forma coletiva a partir das demandas identificadas. A metodologia a ser utilizada para esses momentos será a de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL).

Eixo 2: cuidado ao residente

Nessa fase, a proposta é facilitar a identidade profissional e reconhecimento institucional. Serão sugeridas mudanças sutis como crachás semelhantes aos dos funcionários, exposições periódicas para a equipe de saúde acerca dos impactos transformadores da residência, comemoração dos aniversariantes, entre outras ações.

Em paralelo, semanalmente existe um momento na agenda chamado de roda de gestão, espaço entre coordenação e residentes para discussão de questões burocráticas para facilitar o bom funcionamento da residência. A proposta é mudar o formato dessas reuniões, gerando espaços para diálogos sobre as angústias, dificuldades, discussões sobre propostas de pesquisas, convite a palestrantes para discutir orientação de carreira e projeto de vida, entre outras questões. A metodologia utilizada seria roda de conversa e dinâmicas em grupo.

Eixo 3: cuidado integrado

Nesse eixo a proposta é integrar preceptores e residentes, promovendo espaços de estreitamento de laços e atividades de cuidado por meio de terapias integrativas. Baseado no projeto de intervenção de duas preceptoras apresentado ao curso de Preceptoría citado acima, será proporcionado uma acolhida à nova turma na qual preceptores e residentes irão se apresentar contando além de sua história acadêmica seu percurso de vida, expectativas em relação ao programa, ansiedades, idealizações, dentre outros. O intuito é

iniciar refletindo sobre a construção contínua e sobre a importância do apoio e ensino-aprendizagem nesse processo. É importante destacar também que cada turma iniciada traz questões únicas, sendo cada nova jornada um processo novo para cada preceptor, mesmo com anos de experiência.

Existe um calendário de territorialização a ser seguido durante as primeiras semanas de residência, sendo um espaço para que os discentes aprendam sobre o espaço, as rotinas, o funcionamento institucional, dentre outros. A sugestão é que nessa fase os mesmos sejam divididos em duplas e vivenciem um turno em cada setor, mesmo que não seja o seu de origem, proporcionando conhecer melhor os outros preceptores e a atuação multiprofissional.

Após essa fase, os residentes serão integrados a sua rotina. A cada dois meses, alternando com as propostas apresentadas no Eixo 1, serão facilitados espaços de cuidado mútuo. Em alguns momentos serão convidados profissionais parceiros para conduzir esse momento, como oficinas de dança e aromaterapia. Será sugerido também que haja encontros facilitados pelos próprios participantes, dividindo-os em duplas, garantindo que estas não sejam compostas por pessoas do mesmo núcleo profissional, promovendo interação entre todos.

Avaliação e monitoramento

Para avaliação do Eixo 1, serão realizados encontros semestrais de avaliação no formato de roda de conversa, na qual a efetividade das principais propostas apresentadas acima será discutida individualmente.

Para o Eixo 2, além de abrir espaços contínuos para feedbacks, serão proporcionados questionários avaliativos por meio do Google Forms, garantindo assim a mensuração desses impactos.

Para o Eixo 3, no final do ano será realizada uma roda de conversa com o objetivo de avaliar a proposta, seus impactos e efetividade. Além disso, será proposto um questionário via Google Forms para facilitar a mensuração desses dados.

Cronograma

- Importante destacar que o início do período letivo na residência inicia em março.
- As atividades referentes ao Eixo 2 ocorrerão semanalmente, sendo a justificativa da não inclusão no cronograma.
- Apesar de planejado inicialmente para execução em 2020, a Pandemia de covid-19 trouxe a necessidade de adiar para realização em 2023.

Janeiro	Elaboração do projeto
Fevereiro	Eixo 1: avaliação da turma concludente e planejamento de recepção da nova turma. Exposição e qualificação da proposta de intervenção.
Março	Eixo 3: acolhimento da nova turma e territorialização. Eixo 1: oficina de como dar e receber feedback e de avaliação.
Abril	Eixo 1: discussão acerca de planejamento estratégico e levantamento dos principais nós críticos.
Maiο	Eixo 3: roda de cuidado mútuo.
Junho	Eixo 1: roda de conversa, discussão por PBL e primeiro momento de avaliação da proposta.
Julho	Eixo 3: roda de cuidado mútuo.
Agosto	Eixo 1: roda de conversa e discussão por PBL.
Setembro	Eixo 3: roda de cuidado mútuo.
Outubro	Eixo 1: roda de conversa e discussão por PBL.
Novembro	Eixo 3: roda de cuidado mútuo.
Dezembro	Eixos 1 e 3: momento de avaliação da proposta.

Orçamento

Abaixo segue o orçamento, sendo este patrocinado pelo hospital responsável pela residência:

	Valor unitário	Quantidade	Valor total
Resma de papel	R\$ 20,00	1	R\$ 20,00
Pincel atômico	R\$ 6,90	15	R\$ 103,50
Coffee-break	R\$ 160,00	2	R\$ 320,00

Resultados esperados e Discussão

No ano de 2019, ao todo, formamos 36 residentes, sendo 18 de janeiro a fevereiro e 18 de março a dezembro. Juntos, estes somaram 124,5 dias de atestado, sendo 85,5 dias de afastamento por adoecimento e 39 dias para exames de rotina. O adoecimento na residência tem gerado, entre outros fatores, um alto nível de absenteísmo, prejudicando assim a formação. Ao todo, 1026 horas de aprendizado foram perdidas devido a esse processo.

Em pesquisa realizada com 26 participantes residentes, 96,2% apresentaram estresse, sendo apresentados como fatores estressores a sobrecarga de atividades, pouca articulação entre teoria e prática, instabilidade do vínculo profissional, pouco reconhecimento por parte da equipe, a preceptoria e mão de obra barata. Como fatores gratificantes, foram percebidos o trabalho interdisciplinar e o reconhecimento por parte dos usuários, sendo assim propostos como facilitadores do cuidado agendas de trabalho planejadas de forma flexível, diminuindo assim a sobrecarga (Silva e Moreira¹⁴).

Como forma de minimização desse sofrimento, propomos integrar preceptores e residentes em um ciclo de cuidado, reparando um vínculo potencialmente fragilizado. A pouca clareza sobre o papel do residente também é um fator que dificulta essa interação. Afinal, este é um profissional de saúde em formação, estando no limbo entre profissional e estudante, tendo

sua atuação oscilando entre essas duas esferas. Com frequência são tratados como estagiários, enquanto as responsabilidades enquanto profissionais são questionadas, possivelmente fruto da educação bancária em que fomos formados. Afinal, fomos ensinados a sermos protagonistas da construção do nosso conhecimento, mas a esperar que alguém nos mostre sempre o que precisamos saber.

Na maioria das vezes, os profissionais da assistência não participam da construção dos programas de residência ou de seus projetos pedagógicos, gerando pouco conhecimento acerca de seu funcionamento, propósito e relevância. Com isso, a chegada dos residentes nos espaços de saúde gera resistência na equipe¹⁵. Além dessa falta de conhecimento, em muitos casos esses profissionais sequer são consultados acerca da presença da residência, o que afasta ainda mais a integração nos processos.

Dallegrave e Ceccim¹⁶ enfatizam que a aprendizagem se dá também pelo vivenciar das relações, que no caso do preceptor e residente podem ser de conflito, admiração mútua ou de amizade. Assim, trazem a noção de “ética da amizade” como uma proposta para essa relação, potencializando a possibilidade de crescimento, mudança e transformação. É reconhecer o encontro de aprendizagem com paixão, transformando e se permitindo ser transformado por ele. É além da amizade pessoal, é o rompimento da relação institucional para a permissão da aprendizagem pelo encontro.

Propondo espaços para que o preceptor dialogue, reflita e compartilhe sobre suas vivências, se espera além de uma melhor compreensão sobre sua atuação, permitir espaços para compartilhamentos de angústias, trocas e cuidado. A rotina pesada de trabalho e a sobreposição das atividades da preceptoria geram demandas que necessitam de espaços para fala. Além disso, a educação permanente por meio de problemas traz identificação e diminui a ansiedade por não ter pleno domínio das atividades executadas, garantindo a valorização desse papel e clarificação do seu impacto e da residência na sociedade.

Integramos diálogo e formação, pois a transformação na compreensão dos processos de ensino em serviço não deve se limitar a formações cognitivas.

Buscamos também possibilitar que esses profissionais se tornem críticos, reflexivos, capazes de problematizar e desempenhar um papel ativo como protagonistas nesse processo de mudança¹⁷.

Idealizamos na recepção desta turma levá-los a uma imersão nos mais diversos serviços e setores de saúde da instituição. Objetivamos com essa ação aproximá-los não só dos outros preceptores além dos seus, mas também levá-los a perceber o percurso do paciente nesse contexto: como chegam, os atendimentos realizados, e assim proporcionar espaços nos quais o usuário seja percebido em todos os seus aspectos.

Considerações finais

Afinal, o que é ser ativador de processos de mudança? A percepção de um problema e a intenção em trabalhá-lo só é possível depois de aceitar o convite de refletir sobre o que temos ao redor com um olhar crítico e transformador. Acredito que foi esse aceite que trouxe cada um de nós à conclusão desse curso, e com esse projeto não foi diferente.

Após percorrer o problema do adoecimento nos programas de residência, percebi que não sou capaz de fechar uma causa e muito menos uma solução, mas posso propor algo que apesar de ser uma gota no oceano, pode minimizar o que temos vivido. Se não sou capaz de mudar o mundo, que pelo menos transforme minha aldeia e quem sabe, por meio disso, possamos juntos transbordar essa transformação de realidade.

Ser ativador é entender e aceitar que somos formigas e talvez não vejamos o impacto das mudanças que propomos. No entanto, que mesmo assim nunca percamos o “frivião” e a coragem de construir, desconstruir e construir de novo, quantas vezes for preciso. Que também nunca estejamos sozinhos, que possamos estar perto dos nossos, daqueles que sonham e acreditam conosco. Que saibamos escolher quem está do nosso lado nas trincheiras, afinal a referência à ciranda feminista apresentada no título desse projeto não foi escolhida à toa. Companheiros, me ajudem, que eu não posso andar só. Sozinha ando bem, mas com vocês ando melhor!

Como ativadora de mudança, aprendi a viver com outra variável: o inesperado. A previsão de implantação dessa proposta era 2020, no entanto, a Pandemia de covid-19 alterou nossos planos e nos fez focar em outros desafios, sendo este adiado para 2023.

A noção de amizade trazida por Dallegrave e Ceccim¹⁶ no decorrer deste projeto nos remete a percepção de que estamos todos no mesmo barco: temos as mesmas dúvidas, mesmos desejos, mesmos sonhos. Queremos aprender com o outro, com a vida, com as relações e os afetos. Que possamos estar abertos a esses encontros. O SUS está vivo, assim como nós. Que sigamos!

*Se o mundo é mesmo parecido com o que vejo,
prefiro acreditar no mundo do meu jeito.*

Legião Urbana

Referências

1. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out.
2. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil 1990; 19set.
3. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(4):817-827.
4. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9(1):109-115.
5. Carreiro GSP, Ferreira Filha M de O, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Rev. Eletr. Enferm. 2013; 15(1):146-55.
6. Ishara S. Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
7. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Rev bras epidemiol. 2007;10(3):401-9.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de saúde

para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 2004; 13fev.

9. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 2005; 30jun.
10. Cahú RAG, Santos ACO, Pereira RC, Vieira CJL, Gomes SA. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2014;10(2):76-83.
11. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*. 2018; 21(1):200-209.
12. Fiorano AMM, Guarnieri AP. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? *ABCS Health Sciences*. 2015; 40(3):366-369.
13. Aguiar AC, organizador. *Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2017.
14. Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. *Rev. bras. educ. med*. 2019; 43(4):157-166.
15. Torres RBS, Barreto IC de HC, Freitas RWJF de, Evangelista AL de P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170691.
16. Dallegre D, Ceccim RB. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):877-887.
17. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-1232.

CONTRIBUIÇÕES PARA O ACOLHIMENTO À MULHER EM CONTEXTO DE VIOLÊNCIA NO SERVIÇO MATERNO INFANTIL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Izabel Leite de Souza*
Valéria Pereira Silva**

Introdução

O presente trabalho é resultado de reflexões sobre aspectos da violência em diferentes contextos, em especial o fenômeno da violência contra a mulher, realizadas ao longo do curso de especialização “Impactos da Violência na Saúde”, que culminou com a produção de um projeto de intervenção em 2022. Na ocasião, foi possível o acesso a referências e relatos sobre a presença significativa dos fenômenos da violência contra mulheres gestantes e a invisibilidade da problemática nos serviços de saúde.

A violência está presente em todas as sociedades, no entanto, é necessário considerar que algumas serão consideradas mais ou menos violentas. Tal fato está diretamente relacionado ao modelo de sociedade, nível de desigualdade social, contexto histórico, cultural, entre outros elementos presentes, em cada realidade e momento histórico.

De acordo com Njaine e colaboradores¹, no Brasil, a violência vitimiza mais pessoas que o câncer, a aids, as doenças respiratórias, metabólicas e infecciosas, sendo uma das principais causas de mortalidade geral, e a primeira causa de óbito da população de 1 a 49 anos.

* Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional integrada em Saúde da Família (UPE). Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Assistência Social (UFPE). Assistente Social (EBSERH). E-mail: izabel.leites@gmail.com

** Mestre em Serviço Social (UFRJ). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social (UFRJ). Assistente Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: izabel.leites@gmail.com

O *Atlas da Violência 2021*², publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBPS), apresenta um panorama sobre a situação da violência no Brasil. Dentre outras informações específicas, o documento informa que a Pandemia de covid-19 intensificou a violência contra mulheres e meninas. Abusos sexuais e violência doméstica se tornaram mais comuns no Brasil e no mundo, com as violações acontecendo dentro de casa³. Além disso, informa também que 3.737 mulheres foram assassinadas no país no ano de 2019³, havendo redução desse número em relação ao ano anterior. No entanto, é necessário levar alguns fatores em conta ao analisar esses dados.

O número ficou bastante abaixo dos 4.519 homicídios de mulheres registrados em 2018 e, segue a mesma tendência do indicador geral de homicídios (que inclui homens e mulheres), cuja redução foi de 21,5% em comparação com o ano anterior. Este dado corresponde ao total de mulheres vítimas da violência letal no país em 2019, e, inclui tanto circunstâncias em que as mulheres foram vitimadas em razão de sua condição de gênero feminino, ou seja, em decorrência de violência doméstica ou familiar ou quando há menosprezo ou discriminação à condição de mulher (CHAKIAN, 2019)⁴, como também em dinâmicas derivadas da violência urbana, como roubos seguidos de morte e outros conflitos. A notícia aparentemente positiva de redução da violência letal que atinge as mulheres precisa, no entanto, como já tratado acima, ser matizada pelo crescimento expressivo dos registros de Mortes Violentas por Causa Indeterminada (MVCI), que tiveram incremento de 35,2% de 2018 para 2019, um total de 16.648 casos no último ano. Especificamente para o caso de homicídios femininos, enquanto o SIM/Datasus indica que 3.737 mulheres foram assassinadas no país em 2019, outras 3.756 foram mortas de forma violenta no mesmo ano, mas sem indicação de causa – se homicídio, acidente ou suicídio –, um aumento de 21,6% em relação a 2018².

Além disso, deve-se considerar que a violência abrange todas as classes e segmentos sociais, sem perder de vista os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. Há que se ter um olhar atento às diferenças e especificidades que se relacionam com a saúde, condições, situações e estilos de vida, bem como às classes, sexo, faixa etária, raça e outros⁵.

Uma pesquisa recente mostra a desigualdade racial em relação à violência contra a mulher no Brasil, particularmente, no que se refere ao aumento da taxa de mortalidade ao longo dos anos:

Em relação ao quesito raça/cor no Brasil chama atenção que, em 2009, a taxa de mortalidade por violência de mulheres negras era 48,5% superior à de mulheres não negras, e onze anos depois a taxa de mortalidade de mulheres negras é 65,8% superior à de não negras.²

É importante que os profissionais de saúde conheçam a situação da violência no país e percebam, por meio dos estudos científicos e da experiência prática, a relação entre desigualdade, violência e saúde, a fim de propor intervenções mais coerentes com a realidade das pessoas no cotidiano dos serviços. Por certo, o conhecimento adquirido pode aprimorar a competência de promoção e prevenção à violência.

Nesta perspectiva, este trabalho foi pensado a partir da vivência profissional no Centro Obstétrico (COB) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que atende mulheres com histórico de gestação de alto risco. Acredita-se na necessidade de intervenções que qualifiquem o acolhimento dos profissionais de saúde à mulher gestante em contexto de violência, por meio da realização de práticas que sensibilizem a escuta, identificação de sinais/riscos de violência, notificação e condução dos casos, na perspectiva de cuidado e proteção à mulher vítima de violência, atendida no serviço.

Sabemos que essa intervenção, por si só, não esgota uma temática tão complexa e de tamanha grandeza, mas acreditamos ser a partir de aproximações sucessivas que poderemos contribuir com a mudança de realidade das mulheres em contexto de violência.

Caracterização do problema

Os estudos sobre gênero já se faziam presentes no final do século XX, destacadamente entre as décadas 1970 e 1980, buscando desnaturalizar as desigualdades entre homens e mulheres e, “a despeito das divergências e

multiplicidades teóricas que envolvem o conceito de gênero, convencionou-se, hegemonicamente, que ele designa a construção social do masculino e feminino”⁵. Segundo Cisne e Santos⁶, existem categorias teóricas que trazem a análise da construção social do masculino e do feminino em uma perspectiva histórica, como o patriarcado e a divisão sexual do trabalho. Neste sentido, a perspectiva de gênero exige a compreensão sobre o que significa esse conceito, como ele se difere e se relaciona com outros.

Em 2021, o Conselho Nacional de Justiça lançou o *Protocolo para Julgamento na Perspectiva de Gênero*³. O documento faz uma categorização de conceitos relacionadas à questão de gênero, buscando sintetizar termos como sexo, gênero, identidade de gênero e sexualidade, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1. Síntese dos conceitos

Sexo	Referente a características biológicas (órgãos sexuais e reprodutivos, hormônios, cromossomos) dos seres humanos utilizadas para categorização (macho/fêmea).
Gênero	Referente a características socialmente construídas, muitas vezes negativas e subordinatórias – atribuídas artificialmente aos diferentes sexos, a depender das diversas posições sociais ocupadas por membros de um mesmo grupo.
Identidade de gênero	Identificação com características socialmente atribuídas a determinado gênero – mesmo que de forma não alinhada com o sexo biológico de um indivíduo (pessoas cujo sexo e gênero se alinham, são chamadas cis gênero; pessoas cujo sexo e gênero divergem, são chamadas transgênero; existem também pessoas que não se identificam com nenhum gênero).
Sexualidade	Referente à atração sexual e afetiva de um determinado indivíduo (pessoas que se atraem pelo mesmo gênero são homossexuais; pessoas que se atraem pelo gênero oposto são heterossexuais; e pessoas que se atraem por ambos os gêneros são bissexuais).

Fonte: CNJ³.

A síntese é esclarecedora, mas as relações entre as definições exigem um olhar amplo e crítico sobre a realidade concreta na singularidade da vida. Isso porque, para apreender criticamente aspectos da sociedade em que vivemos, é necessário “Analisar a dinâmica das relações sociais de classe, raça/etnia,

sexo/gênero, sexualidade, de forma coextensiva consubstanciada”⁵. O estudo do feminismo e da diversidade sexual é considerado por natureza complexo e visto por diferentes concepções teóricas. Para fins deste trabalho, destacamos as reflexões de Cisne e Santos⁶ em relação à temática, especialmente ao dizer que:

[...] trata-se de abordagem das questões propostas aqui numa perspectiva de totalidade; reconhecendo o caráter radicalmente histórico do ser social como complexos dos complexos; a relação entre a sociabilidade e individualidade; a existência e as implicações da luta de classes na vida social e as contradições postas na realidade.⁶

Assim, nossas observações partem da perspectiva do feminismo materialista, que compreende dialeticamente as relações sociais de sexo, raça e classe, estruturadas a partir da divisão do trabalho, no contexto do modo de produção capitalista. Isso porque,

[...] as relações de sexo são relações de exploração, opressão e apropriação, que têm uma base material (a **divisão sexual do trabalho** e o controle sobre a sexualidade e a reprodução das mulheres a ele associado), forjadas pelo **sistema patriarcal**, capitalista e racista, com seus contornos particulares na formação sociohistórica brasileira, dados por nossa constituição como uma colônia de exploração que teve na racialização de grupos sociais, para fins de exploração – no caso a população negra traficada do continente africano – um de seus pilares. As relações sociais de sexo são, portanto, relações sociais estruturais de exploração – dominação – duas dimensões inextricáveis, duas faces de uma mesma relação.⁷

Entendemos que este norte nos mostra a complexidade e a necessidade de aproximações sucessivas do conhecimento, buscando propor intervenções coerentes com a realidade, que é dinâmica e determinada por interesses próprios do modelo de sociedade em que nos inserimos. Neste sentido, é que compreendemos que as relações sociais, na sociedade em que vivemos, estabelecem condições para que as mulheres sejam responsáveis pela esfera da reprodução social ou reprodução de seres humanos, como se esta estivesse dissociada da esfera da produção do

capital. Contudo, no livro, *A mulher na sociedade de classes: mitos e realidades*⁸, é possível encontrar explicações que substanciam as determinações do modo de produção capitalista na vida das mulheres:

Torna-se clara, no novo regime, a divisão da sociedade em classes e a exploração econômica de que é alvo uma delas por parte da outra. O modo capitalista de produção não faz apenas explicitar a natureza dos fatores que promovem a divisão da sociedade em classes; lança mão da tradição para justificar a marginalização efetiva ou potencial de certos setores da população do sistema produtivo de bens e serviços. Assim é que sexo, fator que há muito selecionado como fonte de inferiorização social da mulher, passa a interferir de modo positivo para a atualização da sociedade competitiva, na constituição das classes sociais.⁸

É nesse modelo de sociedade que encontramos relação entre patriarcado, gênero e a perpetuação da violência contra a mulher. Precisamos, portanto, por meio da pesquisa, aprofundar o conhecimento da realidade concreta, a fim de propor estratégias para o enfrentamento dessa questão em nosso cotidiano.

Flávia Brioli⁹, em seu livro *Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil*, apresenta temáticas diretamente relacionadas à desigualdade de gênero, tais como a divisão sexual do trabalho, cuidados e responsabilidades, família e maternidade, aborto, sexualidade e autonomia, feminismos e atuação política. Estas questões dão conta de aspectos que precisam ser cada vez mais discutidos na sociedade a fim de modificar valores e diminuir a desigualdade de gênero e violência contra a mulher.

É neste sentido que trazemos breves reflexões sobre gênero, partindo do pressuposto de que não tratamos aqui apenas de aspectos relacionados ao sexo biológico ou à divisão binária entre masculino/feminino, ou homem/mulher. Pelo contrário, abordamos o que tem sido socialmente construído e ressignificado ao longo dos anos, de maneira a abranger as diferenças existentes. Desta maneira, é em relação à concepção de gênero que acrescentamos a seguinte passagem:

Em outras palavras, definimos como gênero os modelos socialmente construídos acerca do que vem a ser homem e mulher. Esses modelos costumam ser ancorados em hierarquias e desigualdades, estabelecendo relações de poder entre os sexos. Em geral, aos homens são atribuídos papéis que os colocam numa posição superior à das mulheres. Nesse cenário, são muitas cobranças e pressões (físicas, psicológicas e sociais) para que as mulheres atendam ao poder dos homens, considerando “natural”, facilitando que sejam frequentemente vitimadas pelos homens nas relações interpessoais.¹⁰

Os autores Viegas e Pamplona Filho¹¹ ampliam o debate quando consideram que embora a definição “homem” ou “mulher” tenha surgido a partir de uma análise biológica, a experiência humana evidencia que o indivíduo pode ter outras identidades que refletem diferentes representações de gênero, as quais não necessariamente se encaixam nas categorias padrão, sendo exemplificada por transexuais, transgêneros, intersexos etc.

Nesse sentido, consideramos que o debate em relação à identidade de gênero é de extrema importância, a fim de assegurar a promoção da dignidade humana, embora neste projeto de intervenção, em particular, estejamos focando na discussão de gênero entre homens e mulheres com relações marcadas pelo machismo e desigualdade. Realidade influenciada por aspectos socioculturais e históricos e que são causas de violência contra a mulher. Em outras palavras,

[...] resquício da cultura patriarcal, na sua origem, o sexismo foi compreendido como uma forma de preconceito relacionado a “avaliações negativas” e “atos discriminatórios dirigidos às mulheres”, um instrumento utilizado pelo homem para garantir as diferenças de gênero, legitimado por atitudes de desvalorização do feminino.¹¹

Conforme protocolo do Conselho Nacional de Justiça³, a violência de gênero é um fenômeno comum no Brasil, marcado pela desigualdade de gênero. Uma questão importante a destacar é que nem sempre há a compreensão dessa relação na qual a desigualdade de gênero, entendida como assimetria de poder e dominação de um grupo, em relação a outro, se constitui como uma parte

da violência de gênero, não devendo ser um fenômeno individualizado. Como se afirma no protocolo mencionado: “o seu caráter peculiar está não no fato de a vítima ser mulher, mas, sim, por conta de ela ser cometida em razão de desigualdades de gênero”¹¹.

Zuma¹⁰, ao tratar da violência de gênero na vida adulta, afirma:

A violência de gênero, especificamente, caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado por abuso de poder de uma pessoa contra a outra, em uma relação pautada em desigualdades e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais.¹⁰

O mesmo CNJ³, mencionado anteriormente, descreve alguns fatores que estão relacionados à violência de gênero e que transcrevemos a seguir:

Fatores materiais, como a dependência financeira das mulheres, por exemplo, é algo bastante comum em casos de violência doméstica, além da subordinação no trabalho, que se encontra por trás do assédio sexual;

Fatores culturais, como a existência da “cultura do estupro” que autoriza e naturaliza a violência sexual e atribui à vítima a culpa pela prática do ato. Nesse sentido, a ideia de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”, revela-se grande facilitadora da violência doméstica, assim como o silêncio em relação ao abuso sexual de crianças, que, ao tornar o assunto um tabu, não permite o enfrentamento do tema e contribui com a sua perpetuação;

Fatores ideológicos, como a erotização das mulheres, que se encontra, muitas vezes, por trás de crimes de abuso sexual, e a misoginia e a cis/heteronormatividade, que encorajam feminicídios e atos de LGBTfobia;

Fatores relacionados ao exercício de poder, como de dominação e de controle, que permeiam, por exemplo, os chamados estupros “corretivos” de mulheres lésbicas e de pessoas trans em geral, a pornografia de vingança e a esterilização forçada. Esses fatores se

manifestam de maneira integrada na produção da violência de gênero e o denominador comum é sempre a desigualdade estrutural.³

É importante destacar que a violência de gênero vitimiza, principalmente, as mulheres, sendo considerado um problema de violação dos direitos humanos, sociais e de saúde pública. Para além disso, devemos considerar que pode ocorrer em todos os lugares, mas, no ambiente doméstico, é mais comum. Além disso, os perpetradores são, em maioria, pessoas que residem no mesmo ambiente doméstico das vítimas.

Sabemos que a violência contra a mulher é um problema complexo e, embora tenhamos avançado nos últimos anos, ainda é um grande desafio no Brasil. Muitas mulheres vivem em contextos de violência doméstica e familiar que geram sofrimento, levando até mesmo à morte. Dados recentes dão conta que:

[...] em 2020, o país teve 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 foram registrados como **feminicídios**, média de 34,5% do total de assassinatos. A taxa de homicídios de mulheres caiu 2,1%, passando de 3,7 mulheres mortas por grupo de 100 mil mulheres em 2019, para 3,6 mortes por 100 mil em 2020. Os feminicídios, por sua vez, apresentaram variação de 0,7% na taxa, que se manteve estável em 1,2 mortes por grupo de 100 mil pessoas. Em números absolutos, 1.350 mulheres foram assassinadas por **sua condição de gênero, ou seja, morreram por serem mulheres**. No total, foram 3.913 mulheres assassinadas no país no ano passado, inclusive os números do feminicídio.¹²

Conforme Lei n.º 11.340/2006¹³, também conhecida como Lei Maria da Penha, art. 5º, configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. De acordo com a lei em questão, são reconhecidas como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo assim definidas:

I. A violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II. A violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III. A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV. A violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V. A violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.¹³

Os tipos de violência citados acima estão presentes na vida de muitas mulheres, na maioria, de forma simultânea, podendo levar à morte. E, infelizmente, é possível afirmar que isso ocorre mesmo em período de gestação. De acordo com Zuma¹⁰, devemos atentar para o fato que a gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções, todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência de violência e, em muitos casos, o aumento da intensidade. A autora acrescenta o seguinte:

A violência contra as mulheres pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de **identificar** situações de violência contra as mulheres, ainda que isso esteja na raiz de problemas que elas apresentam¹⁰.

De acordo com o mesmo autor, as ocorrências de violência causam morte e incapacidade com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva, acontecendo nas diferentes etapas do ciclo de vida, porém intensificada no período gestacional, anulando a autonomia da mulher e minando seu potencial como pessoa e membro da sociedade, além de provocar repercussões intergeracionais.

Abaixo, é possível perceber a relação entre violência contra a mulher, risco de maior exposição e questões de saúde.

As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio, às doenças sexualmente transmissíveis, à morte materna, ao pré-natal tardio, à gravidez na adolescência, ao aborto espontâneo, às desordens psicológicas e aos danos físicos. Estima-se que o índice de gestações decorrentes de violência sexual oscile entre 1% e 5%. Mais da metade dos casos de violência ocorre durante o período reprodutivo da mulher.¹⁰

A problemática é considerada por Zuma¹⁰ como, ainda, invisibilizada pelos profissionais. Nesse sentido, merece atenção e intervenções que favoreçam a prática da Atenção Materno Infantil. Ao que se vê, há relevância do tema para profissionais de saúde, que devem se aproximar cada vez mais dos debates relacionados a eles. Principalmente, aqueles que trabalham cotidianamente com o público feminino nos serviços de saúde materno infantil, buscando, de forma permanente, maior qualificação para atender a mulher gestante em contexto de violência de gênero na perspectiva de prevenção, cuidado e proteção.

Objetivos

Considerando as questões levantadas anteriormente, entendemos que o principal objetivo deste trabalho é, a partir da proposição de ações organizadas, buscar qualificar o atendimento da equipe multiprofissional à mulher em contexto de violência de gênero em um Centro Obstétrico de Pernambuco. Para isso, pretende-se potencializar a escuta e identificação de sinais e tipos de violência contra a mulher, sensibilizando profissionais para a importância da notificação de suspeita de violência e favorecendo práticas de orientação e articulação multiprofissional e intersetorial.

Procedimentos metodológicos

A seguir delineiam-se os procedimentos metodológicos desta proposta de intervenção que, assim como o conjunto deste trabalho, tem como intuito subsidiar ações de profissionais que atuam na área da saúde da mulher. Para tanto, consideramos importante situar que nossa proposta se refere inicialmente ao Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), mas esperamos que possa contribuir com outras propostas e instituições. Neste sentido, julgamos ser necessário caracterizar brevemente a instituição a que nos referimos.

O HC/UFPE é uma instituição prestadora de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), referência em atendimentos de média e alta complexidade nos níveis de ambulatório, internação e exames diagnósticos à população do estado de Pernambuco e outros estados da Região Nordeste. A parceria entre os Hospitais Universitários e o SUS está prevista no artigo 45 da Lei n.º 8.080/1990¹⁴, ao afirmar que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.¹⁴

A instituição em questão dispõe de serviços que fazem parte da linha de cuidado materno infantil, entre eles o Centro Obstétrico que presta assistência/cuidado às mulheres com história de gestação de alto risco, campo fértil para intervenção relacionada a violência contra a mulher.

Partindo desta perspectiva, a equipe multiprofissional do Centro Obstétrico HC/UFPE (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social), será convidada a participar das atividades propostas, de modo a buscar maior capilaridade e adesão da instituição à proposta. Conforme informação interna da Divisão de Gestão de Pessoas (DVIGP) do Hospital, atualmente, estão alocados no setor 95 profissionais em regime celetista e estatutário com escalas mista, plantão ou diarista. Com a finalidade de realizar a intervenção, a atividade proposta, será incluída na programação do Núcleo de Educação Permanente do HC/UFPE que fará divulgação e inscrição dos profissionais, bem como, fornecimento de certificados aos participantes.

A sua elaboração será feita a partir da perspectiva de gênero, que mostra desigualdades na relação/papel assumido entre homens e mulheres em uma sociedade marcada pelo patriarcado, ressaltando a interseccionalidade presente na discussão do fenômeno em questão. Por interseccionalidade entendemos ser:

[...] a ideia de que experiências de opressão de gênero variam de acordo com outras formas de opressão há muito tem sido tratada no Brasil e, nos anos 1990, foi conceitualizada pela academia como interseccionalidade, termo que dialoga com o conceito de discriminação múltipla ou agravada de que trata a Convenção Interamericana Contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância.³

Optou-se por utilizar a metodologia da roda de conversa vivencial, considerando ser uma forma que favorece a troca dialogada de conhecimentos entre o facilitador e os participantes. No caso, discutindo sobre mulheres em contexto de violência de gênero, sem perder de vista a perspectiva crítica de totalidade.

Assim, pretendemos que a operacionalização deste projeto de intervenção contemple todos os conceitos e relações necessárias para

desencadear reflexão crítica sobre violência de gênero junto a estes profissionais. As intervenções partirão da escuta e vivência dos participantes, sem perder de vista os conhecimentos e experiências prévios, os limites e as possibilidades objetivas para o atendimento da proposta.

Inicialmente realizaremos seis oficinas temáticas com duração de até três horas, sendo uma a cada mês do primeiro semestre de 2023 (fevereiro a julho). Contaremos com um público de, no máximo, 15 participantes por encontro, conforme recomendado para a modalidade proposta, faremos grupos pequenos para facilitar a troca de conhecimentos. Além disso, um facilitador e uma pessoa da equipe responsável pela relatoria e registro das avaliações, sistematizando as impressões da experiência/encontros realizados.

Cada oficina será guiada por roteiros previamente elaborados, visando alcançar os objetivos desta proposta, sendo dividida em quatro momentos operativos:

Primeiro momento – realização de dinâmica com a utilização de notícias de jornais, revistas e meios digitais sobre violência contra a mulher. A partir da problematização das questões apresentadas, propomos a construção coletiva de um painel associativo de conceitos, tipos e sinais de violência contra a mulher.

Segundo momento – promoção de dinâmica com base na escuta/apreciação de músicas que sensibilizem para a autonomia e liberdade da mulher, estimulando que os participantes contribuam com suas experiências e reflexões.

Terceiro momento – estudo de caso e orientação sobre notificação¹⁵ de violência contra a mulher, com a utilização da Ficha de Notificação Individual do Ministério da Saúde.

Quarto momento – promoção de roda de acolhimento multiprofissional a uma personagem feminina fictícia, com história de violência de gênero, em que pretendemos sensibilizar para práticas de escuta qualificada, orientação, articulação multiprofissional e intersetorial.

Em síntese, apresentamos a seguir matriz da intervenção proposta no Quadro 2:

Quadro 2. Matriz de intervenção

Resultados esperados	Aspectos éticos	Orçamento/recursos	Responsável pela execução	Cronograma		Monitoramento / avaliação
				Início	Fim	
Qualificar a prática dos profissionais que atendem mulheres com história de violência de gênero.	Realizar orientação/acordo de sigilo em relação aos relatos dos participantes envolvidos na intervenção.	A intervenção, em questão, demandará a utilização de recursos, já utilizados pela instituição em questão.	Izabel Leite de Souza	FEV/ 2023	JUL / 2023	A realização do monitoramento será feita durante todo o processo de execução da intervenção. Avaliação final terá como base a análise de todas as intervenções monitoradas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por fim, salientamos que em cada oficina buscaremos assegurar que os sujeitos envolvidos na ação tenham total clareza dos objetivos e dos resultados que se querem alcançar com a intervenção, bem como respeito às diferentes concepções apresentadas ao longo das atividades.

Considerações finais

Como buscamos expor, o trabalho em questão tem como objetivo problematizar a violência de gênero, a fim de contribuir com a qualificação do atendimento da equipe multiprofissional do Centro Obstétrico (COB) do HC/UFPE à mulher em contexto de violência doméstica e familiar. Optamos pela realização de oficinas, por meio da metodologia de roda de conversa, considerando a importância do conhecimento prévio e vivencial dos profissionais/participantes. Porém, sem perder de vista a perspectiva crítica e de totalidade em relação à discussão de gênero em uma sociedade capitalista, marcada pela exploração, desigualdade social, dominação patriarcal, racista e com presença significativa de violência contra a mulher.

A iniciativa possui relevância, uma vez que o setor atende exclusivamente ao público do sexo feminino, em estado gestacional de alto

risco, no qual se supõe, pelo que expusemos anteriormente, a ocorrência significativa de violência contra a mulher. Por meio do monitoramento do total de notificações ao longo de um ano, espera-se verificar se houve crescimento do número de suspeitas de violência contra a mulher após a realização das atividades propostas. Acreditamos que a problematização realizada possa contribuir com novas abordagens e estratégias para o atendimento às mulheres, por promover reflexões significativas sobre o tema e estimular a identificação de situações relacionadas, para buscar melhores encaminhamentos.

Dessa maneira, a perspectiva é que a experiência realizada agregue conhecimentos, sensibilize os profissionais e possibilite a multiplicação de conhecimentos, bem como suscite a realização de outras iniciativas nos serviços de atendimento materno infantil, na perspectiva de prevenção, cuidado, proteção e promoção da saúde das mulheres.

Referências

1. Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
2. Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP; 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.
3. Conselho Nacional de Justiça. Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero. – CNJ.Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – Enfam. Brasília: Conselho Nacional de Justiça. 2021; 18out. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-18-10-2021-final.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.
4. Chakian S. Lei Maria da Penha: um basta à tolerância e banalização da violência contra a mulher. In: Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP; 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.
5. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
6. Cisne M, Santos S. Feminismo, diversidade sexual e serviço social. São Paulo: Cortez; 2018.
7. Ferreira V. Prefácio. In: Cisne M, Santos S. Feminismo, diversidade sexual e serviço social. São Paulo: Cortez; 2018.
8. Safiotti H. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. São Paulo: Expressão popular; 2013.

9. Brioli F. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2018.
10. Zuma EC. Violência de gênero na vida adulta. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na saúde. 4ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
11. Viegas CMAR, Pamplona Filho RMV. Discriminação de gênero e orientação sexual nas relações de trabalho. Revista Argumentum. 2020; 21(1):40-63.
12. Bueno S, Lima RS. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, Ano 15- 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2023.
13. Gabinete da Presidência. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Brasília: Gabinete da Presidência 2006; 7ago. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 08 jan. 2023.
14. Casa Civil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal 1990; 19set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em: 20 ago. 2021.
15. Casa Civil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília: Senado Federal 2003; 24nov. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003//L10.778.htm Acesso em: 20 ago. 2021.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: O TRABALHO EM REDE COMO ESTRATÉGIA NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Josiane Maieski*

Introdução

A partir da análise do modelo ecológico empregado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que engloba os fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, constata-se que todos os aspectos da vida estão intrinsecamente relacionados.

Segundo Assis e Marriel¹, “a violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos estabelecidos, comunitários e sociais, sendo necessário ter sempre em mente as interseções e conexões existentes entre os diferentes níveis [...]”.

Dessa forma, espaços com maiores índices violentos e de desigualdade econômica e social, desencadearão um ciclo de violências maior, atingindo os demais aspectos com mais força do que aqueles com índices menores.

Em estudo sobre violência e desigualdade, Cardia e Schiffer² nos trazem que “as crianças e os adolescentes em áreas com maior superposição de desvantagens são os grupos mais vulneráveis”. Destacam ainda que:

Entre os fatores de risco, destacam-se a falta de capital social e a superposição de desvantagens; e, entre os fatores de proteção, a presença de capital social, o acesso a direitos – em particular, o direito à saúde, à educação, à cultura e ao lazer².

* Especialista em Impactos da Violência (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família (Faculdade Dom Alberto). Graduada em Serviço Social (ULBRA). Graduada em Pedagogia (UFPEL). Assistente Social de Garopaba (SMS/SC). E-mail: jmaieski@hotmail.com

Os demais aspectos, comunitário, relacional e individual, ficam sujeitos ao aspecto maior, que engloba tudo que vivenciam e todos os envolvidos. No caso da escola onde realizei a pesquisa, essas situações de violência são claras e perpetuam ciclos dentro de famílias por várias gerações. Temos exemplos de ex-alunos que hoje são pais de crianças da escola, foram vítimas de seus familiares e hoje reproduzem os padrões vividos com seus filhos.

Desse modo, esses fatores influenciam na forma da criança se relacionar com o mundo e com as pessoas ao seu redor, sejam elas da família, comunidade ou escola, fazendo com que acabem externando os conflitos vividos de forma violenta.

Sabendo que os profissionais das escolas não recebem capacitação para trabalhar situações violentas, é imprescindível priorizar o fortalecimento das redes de trabalho, para que a escola se torne um espaço humanizador e não repressor, onde os professores tenham apoio dos demais profissionais das redes. De forma que suas especificidades e o conhecimento científico de diferentes profissões permeiem o que é ensinado nas licenciaturas. Assim, os professores conseguem pensar e repensar suas práticas e conhecer os caminhos possíveis de encaminhamentos dentro da rede de serviços oferecidos pelo poder público.

A situação-problema encontrada na escola e analisada para esse trabalho é a sobrecarga e a angústia dos professores por não saberem como resolver situações de violência, ampliada pela falta de conhecimento acerca dos serviços da rede de proteção e seu fluxo de encaminhamento. A falta de conhecimento sobre o trabalho e as atribuições das redes de saúde e assistência (Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família) oferecidas para a comunidade onde a escola está inserida, colaboram para essa sobrecarga, uma vez que os professores não são capacitados para intermediar e resolver inúmeras situações de violência que ocorrem na escola e fora dela que refletem no dia a dia escolar. Sem o trabalho em rede, encontram-se sozinhos em busca de soluções.

O não conhecimento sobre o trabalho das demais redes (saúde e assistência) acarreta um baixo número de contatos com demais profissionais e,

consequentemente, poucos encaminhamentos para os mesmos, uma vez que os profissionais da escola não recebem formação continuada em áreas alheias às pedagógicas. A inserção de profissionais habilitados em áreas como saúde e assistência social amplia a capacidade de resolução de conflitos no ambiente da escola e em seu território.

Esse projeto de intervenção busca o trabalho em conjunto com demais serviços da cidade (CAPS, CAPS I, CRAS, UBS, USF), ampliando o conhecimento dos profissionais da escola e da rede multidisciplinar que atende a comunidade onde a escola está inserida. Os encontros possibilitariam que os alunos e moradores do território sejam tratados dentro de suas particularidades, na busca da garantia de seus direitos, proporcionando atividades de prevenção, conscientização, autorreflexão e, consequentemente, diminuindo as ocorrências de violência no espaço escolar.

Os professores têm habitualmente apenas a formação nas licenciaturas, com conhecimentos específicos nas suas áreas de atuação, deixando uma lacuna frente aos novos desafios encontrados diariamente no ambiente escolar. A realidade escolar perpassa o simples ensinar/aprender e, para desenvolver um trabalho integral, é necessário o exercício conjunto com profissionais de outras áreas visando as melhores alternativas e encaminhamentos, conforme as demandas e particularidades de cada pessoa.

A escola está inserida em uma região de extrema vulnerabilidade econômica e social, onde a comunidade enfrenta diariamente situações ligadas à presença do tráfico de drogas e da atividade da polícia em busca de foragidos, tornando as pessoas vulneráveis às situações violentas e inesperadas. Desta forma, as experiências vividas pelos alunos diferem muito da realidade da maioria dos profissionais, demandando novas ações em busca de um maior conhecimento e entendimento acerca da realidade daquela comunidade.

Como os alunos vivenciam situações de violência como algo já naturalizado, reproduzindo-as, o projeto busca novos olhares, diálogos e interações nos relacionamentos com colegas, professores, familiares e comunidade. A criação de vínculos e o respeito à autonomia do sujeito

são fundamentais para que o profissional consiga realizar suas atribuições efetivamente, uma vez que, ao se sentir respeitado, o público atendido cria laços de confiança com os profissionais.

Visando o atendimento integral, o Projeto de Lei n.º 3688, de 2000, com publicação em 12 de novembro de 2010, dispõe sobre psicólogos e assistentes sociais nas escolas da rede pública e diz que “Os sistemas de ensino disporão de 1 (um) ano, a partir da data de publicação desta Lei, para tomar as providências necessárias ao cumprimento de suas disposições”, porém isso nunca foi efetivado. Dessa forma, faz-se necessário a cooperação entre demais serviços, para ampliar as possibilidades de trabalho e entendimento acerca da realidade e mudanças que ocorrem naquele espaço social.

Segundo a cartilha do Serviço Social na Educação³, disponível no site do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

A contribuição do Serviço Social consiste em identificar os fatores sociais, culturais e econômicos que determinam os processos que mais afligem o campo educacional no atual contexto, tais como: evasão escolar, o baixo rendimento escolar, atitudes e comportamentos agressivos, de risco etc. Estas constituem-se em questões de grande complexidade que precisam necessariamente de intervenção conjunta, seja por diferentes profissionais (Educadores, Assistentes Sociais, Psicólogos, dentre outros), pela família e dirigentes governamentais, possibilitando consequentemente uma ação mais efetiva³.

O trabalho em rede ou intersetorial vem se mostrando como importante ferramenta no enfrentamento de situações de violência na escola. Isso se potencializa quando ampliamos nosso olhar a partir de uma educação em direitos humanos. A compreensão de direitos humanos e sua efetiva execução são aspectos imprescindíveis para que a vida em sociedade ocorra de maneira democrática e humanizada, situações necessárias para a prevenção e enfrentamento da violência.

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)⁴, Artigo XXVI,

A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.

Pensando na escola como ambiente formador de valores e novas perspectivas, faz-se necessário um novo olhar para esse ambiente, onde a equidade no atendimento predomine de forma clara e integral, buscando adequar à realidade daquela comunidade.

Zluhan e Raitz⁵ trazem a necessidade da escola se reavaliar e refazer sua prática pedagógica baseada no contexto social em que a mesma está inserida, uma vez que os problemas sociais vividos pelos alunos repercutem no dia a dia escolar.

A escola deve trabalhar para criar um ambiente onde a equidade esteja presente ao pensar o fazer pedagógico, criando relações de respeito, reflexão, diálogo e escuta, buscando desenvolver a socialização e a consciência social por meio da valorização da cultura, da paz e proteção aos direitos humanos. Ainda segundo Zluhan e Raitz⁵: “Não se pode imaginar um projeto de educação em direitos humanos único e inflexível, que deva ser aplicado uniformemente nas diferentes realidades sociais brasileiras”.

Desta forma, Zluhan e Raitz⁵ destacam que a interdisciplinaridade e os temas pertinentes aos problemas sociais são necessários para que o professor crie oportunidades de reflexão e seja mediador nas discussões sobre os assuntos, buscando novas formas de relações.

A importância do trabalho intersetorial, visando o atendimento integral, também é destacado por Barbiani⁶, que traz a questão da resolução dos problemas de violência na área da saúde. As intervenções acabam por resolver apenas o motivo da ida ao espaço de atendimento, sem realizar encaminhamentos intersetoriais com o foco na prevenção e proteção, qualificando os atendimentos.

Segundo Barbiani⁶:

A superação desses obstáculos exige uma ação integrada da esfera pública, especialmente no âmbito municipal. A criação e manutenção de uma matriz intersetorial georeferenciada de indicadores, caracterizada por tipologia das violências, perfil das vítimas, agressores e serviços da rede acionados, é um instrumento estratégico à discussão qualitativa sobre os impactos, expressões e formas de enfrentamento ao fenômeno, com os atores do Sistema de Garantia de Direitos, e precisa ser incorporado à gestão dos municípios. A qualificação do atendimento na construção de linhas de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência é outra iniciativa necessária, articulando esforços e redes intersetoriais.

Como as consequências das situações de violência não ficam restritas apenas à área da saúde ou da educação, a articulação do trabalho em rede é fundamental para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes já efetivados na DUDH.

A partir da Constituição Federal⁷, de 1988, a escola tornou-se um espaço também de proteção, e não apenas de aprendizagem, e segundo Santos⁸:

[...] a educação como direito humano fundamental e a escola como espaço de proteção social devem assimilar características que vão além da simples socialização de conteúdos instrucionais, embora não descartem, em momento algum, sua importância, além de trazer que a educação é um direito de natureza social voltado para o bem coletivo.

A educação em direitos humanos pode prevenir as violências, na medida em que busca garantir o respeito às diferenças, o acolhimento, cuidado e proteção, além de trabalhar os conteúdos obrigatórios.

Para Charlot^{9,10}:

A “violência” é o nome que se dá a um ato, uma palavra, uma situação etc., onde um ser humano é tratado como um objeto, isto é, onde são

negados seus direitos à dignidade de ser humano, de membro de uma sociedade, de sujeito insubstituível. Assim definida, a violência é o exato contrário da educação, que ajuda a advir o ser humano, o membro de uma sociedade, o sujeito singular⁹.

A importância de dar significado para o que é ensinado na escola, fazendo com que o conteúdo perpassasse as matérias obrigatórias e atenda também as experiências socioafetivas daquele grupo, desenvolvendo a escuta e a troca entre eles para a prevenção e enfrentamento da violência é apontada por Chrispino e Gonçalves¹¹, que destacam a importância da escola como agente social, com ações proativas em situações de violência. Segundo Chrispino e Gonçalves¹¹:

Talvez esteja na hora de os formuladores de políticas públicas deixarem os “cantos das cordas”, onde se deixaram levar pelos sustos sistemáticos e pela indignação justa causada pelos fatos que se multiplicam, para protagonizarem ações proativas, buscando, no universo escolar, conhecer a realidade, quantificar, categorizar, modelar, propor soluções, avaliar resultados e replanejar rotinas.

É necessário repensar a prática escolar partindo da realidade de cada espaço, promovendo mudanças efetivas e significativas para aquele público específico, em busca de ações contra a perpetuação da violência e não apenas reações para violências já instauradas.

O fato de alunos em situação de vulnerabilidade social não acreditarem que têm poder de decidir sobre o seu futuro, e não perceberem que suas escolhas podem influenciar o mesmo é apresentado por Chrispino e Gonçalves¹¹, que abordam o poder da falta de perspectivas na vida dos alunos e da importância da escola em trabalhar ampliando a visão de mundo.

Para que a escola seja capaz de proceder dessa forma, Gomes e Pereira¹² destacam que é fundamental que ocorra a formação continuada dos professores, pois as licenciaturas são, ao mesmo tempo, teóricas, mas intelectualmente pobres, sendo necessário conhecimento e compreensão de como ocorre a reprodução das violências pelas crianças e jovens.

Portanto, a literatura focaliza a importância dos professores, enfatizando sua preparação para uma sociedade e uma escola que mudam continuamente. Urge, assim, inserir na formação inicial dos novos mestres os elementos necessários (embora não suficientes para superar as violências), a fim de que a formação continuada não seja um remendo na formação inicial. Tal preparação, conforme o primeiro princípio legal da formação de educadores na legislação brasileira, deve ser feita sob a égide do entrelaçamento de teorias e práticas¹².

O professor precisa estar preparado com embasamento científico para ter condições de criar culturas de paz, saber como intervir em situações de violência e de prevenção, e não apenas reagir a elas.

Podemos conceituar rede, conforme Lorencini, Ferrari e Garcia¹³, como “um espaço de formação de parcerias, cooperações e articulações dos sujeitos institucionais”.

E segundo Muraro¹⁴:

Pensar em rede significa conceber a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulneráveis ou em situação de risco social ou pessoal.

A importância da intersetorialidade e da articulação com os demais setores, buscando a construção de redes de atendimento e pensando no aluno como cidadão inserido em um espaço mais amplo que a escola, é destacada por Goes e Machado¹⁴. As autoras ressaltam a necessidade de a educação trabalhar os contextos sociais nos quais os alunos estão inseridos, buscando formar cidadãos mais conscientes e questionadores em busca da transformação da realidade da comunidade a que pertence.

Devemos também ter consciência de que a escola não é o único instrumento de desenvolvimento social e sim mais um instrumento, pois a escola não está sozinha naquela comunidade e deve contar com os demais

serviços oferecidos pelo poder público, trabalhando intersetorialmente em prol do crescimento e superação de violências.

Lopes e Malfitano¹⁵, no relato sobre o Projeto Rotas Recriadas, que foi desenvolvido pela Universidade Federal de São Carlos e que tinha como objetivo reduzir a exploração sexual em territórios já conhecidos por essa situação, descrevem a dificuldade em criar e manter o trabalho em rede:

É relevante destacar que o aspecto mais desafiador, verificado também na experiência aqui apresentada, diz respeito à concretização da intersetorialidade nas práticas das ações, na integração entre os eixos de intervenção – sendo que nosso trabalho buscou, com muito empenho, concretizar essa interface entre o cuidar e o prevenir – e na efetivação de um compartilhamento de saberes, com horizontalidade e integração de diferentes profissionais e ações, para o qual as relações hierarquizadas e de poder em nada contribuem¹⁵.

Dificuldade também percebida nas escolas, onde ainda existe muito desconhecimento em relação aos demais serviços e até mesmo certo preconceito, pois acreditam que quem está de fora do dia a dia escolar não entende o que se passa ali e desta forma não pode contribuir.

A importância de os cursos de graduação trabalharem a sensibilização dos alunos, assim como uma formação voltada para a prática da intersetorialidade, é fundamental para que ocorra a mudança desse olhar e, conseqüentemente, facilite a prática do atendimento em rede. As autoras enfatizam a importância do trabalho em conjunto para o enfrentamento e suporte para situações vulneráveis em que se encontram crianças e jovens. Segundo Lopes e Malfitano¹⁵:

Por fim, ressaltamos a viabilidade e adequação de propostas que dêem enfrentamento ao desafio da constituição de projetos intersetoriais e interdisciplinares, traçando elos conectivos entre as áreas, almejando um campo mais efetivo técnica e politicamente, onde saúde, educação e cultura se entrecruzem e se conectem, somando esforços para a diminuição das vulnerabilidades, e onde se criem e se fortaleçam as redes sociais de suportes para a infância e juventude¹⁵.

Sabendo que as questões das violências englobam e afetam todos os aspectos da vida dos envolvidos, fica clara a necessidade de se trabalhar com todos os equipamentos disponíveis no território onde a escola está inserida, buscando uma educação respaldada na Declaração de Direitos Humanos com o objetivo do enfrentamento das violências sofridas e da prevenção, para que o ciclo não se perpetue e alunos e familiares tenham novas perspectivas e encontrem formas não violentas de se relacionar com os demais.

Objetivos

Objetivo geral

Desenvolver estratégias de trabalho em conjunto com os serviços da rede de proteção de forma a identificar, encaminhar e buscar a resolução de situações de violência.

Objetivos específicos

- Reconhecer os serviços da rede de proteção, buscando o fortalecimento das ações integradas;
- Qualificar os encaminhamentos por meio de atividades de acesso à informação e promoção da reflexão temática;
- Compreender as questões de violência explícitas e implícitas por meio de novas perspectivas profissionais e comunitárias;
- Identificar situações de violência criando um ambiente de observação e escuta;
- Perceber momentos de discriminação dentro do ambiente escolar e comunitário.

Metodologia

Para atingir os objetivos deste projeto serão realizadas reuniões, rodas de conversa e palestras, contando também com material impresso e visual.

Serão convidados, por meio eletrônico e impresso, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos e coordenadores dos serviços de saúde e assistência social mais acessados pela comunidade. São eles: CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), USF (Unidade de Saúde da Família) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

Será utilizada a infraestrutura da escola, usaremos a sala de informática, que conta com *smart TV*, *datashow*, aparelho de DVD, mesa auxiliar, cadeiras e quadro.

O público-alvo são os docentes e a equipe gestora da escola, profissionais formados em diversas licenciaturas e estagiários. A faixa etária varia entre 19 e 65 anos e abrangerá alunos, professores, merendeiras, serviços gerais, profissionais das redes de saúde e assistência.

Plano de ação

O trabalho consiste em convidar para atividades quinzenais na escola os profissionais dos serviços de saúde e assistência social do território onde a escola está inserida. Serão realizados dez encontros a partir de março de 2020, com duração de duas horas cada.

Participarão todos os funcionários da escola, no total de 18 pessoas, sendo 11 professores, a diretora, a coordenadora pedagógica, a coordenadora do Projeto Movimentos e Vivências na Educação Integral (MOVE), duas merendeiras e duas auxiliares de serviços gerais.

O registro será por meio de diário de campo organizado pela responsável pelo projeto e cada participante receberá um caderno identificado para fazer as anotações dos encontros, suas observações e sentimentos.

Os quatro primeiros encontros serão de reconhecimento dos serviços, a fim de qualificar os encaminhamentos realizados pela escola. Nos três encontros seguintes será trabalhada a temática da violência de forma mais abrangente, buscando novos olhares e compreensões a respeito do assunto. Já os três últimos encontros servirão para os professores dialogarem sobre os casos que acreditam serem necessários e pensar nos encaminhamentos possíveis. A

avaliação será feita após cada encontro, ocasião em que os envolvidos poderão relatar suas opiniões e dar sugestões.

Cronograma de ação

As atividades estão previstas para ocorrerem entre os meses de setembro de 2019 e julho de 2020, sendo realizada no mês inicial a elaboração do projeto e nos meses posteriores às ações estratégicas.

O início das ações ocorrerá após as férias escolares, com a realização da primeira movimentação em fevereiro. Neste momento será realizada uma reunião na escola escolhida para apresentação do projeto e agendamento das datas para realizar a intervenção. Também em fevereiro serão contatados os serviços da rede de assistência e saúde (CRAS, CAPS I, UBS e USF) do território para informar sobre as atividades previstas e para convidá-los a participar das ações planejadas.

Nos meses de março e abril ocorrerão reuniões quinzenais para esclarecimento do funcionamento e fluxo dos serviços. Em maio e junho, serão realizadas palestras com a temática da violência e será assistido ao filme *Cidade de Deus*.

Concomitantemente, a partir do início de junho, até a finalização do semestre, em julho, serão realizadas rodas de conversa e discussões de caso.

Resultados esperados e Discussão

Conhecendo a importância do trabalho em rede, o projeto espera buscar estratégias para facilitar a vinculação com os serviços da saúde e assistência, buscando novas formas de intervenções para o enfrentamento das violências a que são submetidos os alunos. Quando refletimos sobre trabalho em rede, entendemos que nossa prática profissional, aliada aos demais serviços oferecidos pelo poder público, amplia a possibilidade de superação das questões sociais encontradas naquele ambiente escolar e no seu território.

Voltando à citação de Zluhan e Raitz⁵, “Não se pode imaginar um projeto de educação em direitos humanos único e inflexível, que deva ser aplicado

uniformemente nas diferentes realidades sociais brasileiras”, podemos perceber a importância de pensar em cada escola e território como único, e buscar alternativas para aquela realidade. A partir disso, podemos utilizar os recursos da rede para pensar, criar e aplicar intervenções da melhor forma para cada espaço escolar.

Sabendo que a violência é uma questão social que impacta diretamente na saúde mental, e está muito presente nos espaços escolares, a intersetorialidade tem a capacidade de diminuir a sobrecarga dos professores, uma vez que traz novos olhares, perspectivas e discussões acerca de formas de enfrentamento das violências sofridas.

Enquanto atores pertencentes a essa realidade, os alunos trazem múltiplas situações que necessitam de um atendimento mais abrangente. Para que a viabilização de direitos seja um fato e não apenas uma ideia, o projeto espera ampliar a rede de atendimentos, visando realizar um trabalho integral e humanizado, melhorando a qualidade de vida de alunos e professores.

Como já citado anteriormente, para Assis e Marriel¹, “A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos estabelecidos, comunitários e sociais, sendo necessário ter sempre em mente as interseções e conexões existentes entre os diferentes níveis [...]”. Essa importante citação deixa clara a necessidade e importância de um trabalho em rede comprometido com os atores envolvidos em determinada realidade apresentada, para que se possa buscar a superação da violência.

Importante, também, retornar a Lopes e Malfitano¹⁵:

Por fim, ressaltamos a viabilidade e adequação de propostas que dêem enfrentamento ao desafio da constituição de projetos intersetoriais e interdisciplinares, traçando elos conectivos entre as áreas, almejando um campo mais efetivo técnica e politicamente, onde saúde, educação e cultura se entrecruzem e se conectem, somando esforços para a diminuição das vulnerabilidades, e onde se criem e se fortaleçam as redes sociais de suportes para a infância e juventude¹⁵.

Na citação encontrada acima e no corpo do texto, as autoras ressaltam a importância do trabalho intersetorial para a efetivação de direitos. Sabendo

que o trabalho em rede ainda é uma ação pouco utilizada pelas escolas, este projeto foi pensado para que os espaços educacionais e os profissionais lá inseridos conheçam os demais serviços da rede, se apropriem e possam pensar além dos muros da escola, utilizando os demais serviços para realização de atividades e encaminhamentos pertinentes.

Acredito também ser importante ressaltar que a proposta de trabalho transversal apresentada para conclusão da pós-graduação realizada foi a criação de um projeto de intervenção pertinente e aplicável nas instituições de ensino onde estávamos inseridos, que resultou neste projeto apresentado.

Espera-se com a efetivação da intervenção proposta neste artigo, que possa ser o início de um trabalho com um olhar cuidadoso e sensível para o enfrentamento das violências no ambiente escolar, fortalecendo a rede de proteção à criança e ao adolescente e proporcionando que a escola, com toda a sua potencialidade, possa ser um espaço de construção de possibilidades para o cuidado em rede e em saúde mental.

Considerações finais

A partir das leituras realizadas, pude concluir que o trabalho intersetorial precisa avançar muito para que seja uma prática real para o enfrentamento da violência. A dificuldade de manter a rede de atendimentos é percebida por outros autores, assim como percebo na escola onde atuava e na rede socioassistencial onde estou inserida atualmente, pois ainda há muito desconhecimento sobre a atuação dos demais profissionais e serviços das redes de saúde e assistência.

É necessário mais estudo para que possamos conhecer estratégias intersetoriais onde a escola seja participante, pois ela ainda é um espaço que atua prioritariamente sozinho, dificultando a efetivação da garantia de direitos dos alunos. Com este projeto existe a perspectiva de uma maior efetivação do atendimento intersetorial, com a escola trabalhando em parceria com os serviços da rede que estão inseridos em seu território. Espera-se com esse trabalho ampliar as ações de enfrentamento às situações de violência na escola, da escola e contra a escola, assim como em seu território.

Referências

1. Assis SG, Marriel NSM. Reflexões sobre violência e suas manifestações na escola. In: Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Ministério da Educação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Cardia N, Schiffer S. Violência e desigualdade social. *Cienc. Cult.* 2002; 54 (1): 25-31.
3. Conselho Regional de Serviço Social. Serviço Social na Educação. Brasília: Conselho Regional de Serviço Social; 2001. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/SS_na_Educacao\(2001\).pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/SS_na_Educacao(2001).pdf). Acesso em: 17 mar. 2019.
4. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Declaração Universal dos Direitos Humanos; 2009. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.
5. Zluhan MR, Raitz TRA educação em direitos humanos para amenizar os conflitos no cotidiano das escolas. *Rev. Bras. Estud. Pedagog.* 2014; 95(239):31-54.
6. Barbiani R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. *Saúde debate.* 2016; 40(109):200-211.
7. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out.
8. Santos E. A educação como direito social e a escola como espaço protetivo de direitos: uma análise à luz da legislação educacional brasileira. *Educ. Pesqui.* 2019; 45: e184961.
9. Charlot B. Prefácio. In: Abramovay M, Valverde DO, Barbosa DT, Avancini MM, Castro MG. Cotidiano das escolas: entre violências. Brasília: UNESCO/Observatório de Violência/Ministério da Educação; 2006.
10. Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Ministério da Educação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
11. Chrispino A, Gonçalves DE. Políticas públicas sistêmicas para a redução da violência: a visão de futuro e a resiliência. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* 2013; 21 (81):821-838.
12. Gomes CA, Pereira MM. A formação do professor em face das violências das/nas escolas. *Cad Pesqui.* 2009; 39 (136):201-224.
13. Lorencini BDB, Ferrari DCA, Garcia MRC. Conceito De Redes. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Agora; 2002.
14. Goes FT, Machado LRS. Políticas educativas, intersetorialidade e desenvolvimento local. *Educ Real.* 2013. 38 (2):627-648.
15. Lopes RE, Malfitano APS. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(20):505-515.

ESPAÇOS ARQUITETÔNICOS DA LOUCURA PRODUZINDO SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES: UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE PODER E ESPAÇOS DA LOUCURA NO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Leticia Paladino Rezende*
Paulo Duarte de Carvalho Amarante**

Introdução

Espaços invisíveis

Estou no segundo e último andar de um prédio, sala de brinquedos, a última sala do espaçoso corredor à esquerda. Por volta de três crianças brincando e desenvolvendo diversas atividades, uma adolescente (15 anos) folheando uma revista de fofoca procurando por Michael Jackson, seu ídolo. Está chegando a hora do almoço, a adolescente não almoça ali, mas sim no prédio ao lado. É a minha primeira semana naquele espaço, ainda não conheço bem como tudo funciona, mas é minha tarefa levar a adolescente para almoçar. Saímos da sala, eu e a adolescente, ela ainda com a revista nas mãos. Ela me fala do Michael e estamos no corredor, mas não é um desses corredores estreitos que apenas conectam salas, é um corredor mais largo e não tão comprido, bem iluminado. Ela me fala o quanto gosta dele, mas não aquela iluminação branca

* Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UERJ). Pesquisadora-colaboradora (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). Assistente de Coordenação e Docente do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Psicóloga Clínica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: leticia-paladino@gmail.com

** Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Psiquiatria (UFRJ). Graduado em Medicina (EMESCAM). Pesquisador Sênior (ENSP/FIOCRUZ). E-mail: pauloamarante@gmail.com

que quase faz você querer fechar os olhos, é mais branda. Ela diz que queria conhecer ele e as luzes são brancas, mas a iluminação não. Ela diz que ouve as músicas dele e as paredes são de um amarelo-claro e suave, que constrói com a luz branca uma iluminação *soft*. Ela diz que o Michael fala com ela e a sala da frente tem crianças realizando atividades nos computadores. Pergunto o que ele fala para ela e as salas seguintes estão com atendimentos individuais. Passamos pela porta, à direita está a secretaria, ela entra, *Olá*, abraços e do balcão vemos um sofá, cadeiras e uma mesa com caixas de brinquedos, papéis e giz de cera. Ela diz que vai fazer um desenho do Michael para deixar na secretaria e descemos a escada, uma escada aberta, e ela diz que o Michael dança muito bem e um espaço logo abaixo, com sofás, revistas, televisão, banheiro e bebedouro. E passamos pela porta e a revista que não tem o Michael nas mãos e estamos no corredor do térreo, semelhante ao corredor do andar de cima e uma imitação de como o Michael dança e um pequeno refeitório à esquerda conectado a uma pequena cozinha e uma risada de ambas as partes e à direita uma sala com alguns computadores ligados, uma sala de reuniões, uma sala com instrumentos musicais, uma sala com TV, fitas cassete, DVDs, gibis, livros, uma sala com brinquedos, uma sala com almofadas e colchões e ainda a risada. E a refrigeração das salas faz com que o corredor fique levemente frio e ela diz que sente frio e passamos pela porta, o quintal, um escorrega, uma piscina fechada, um pequeno jardim e sol. *O sol tá bom*.

O sol estava realmente bom e ficamos um pouco em silêncio e a revista do Michael sem o Michael, nas mãos. O quintal com duas portas, a da direita e a da frente. A da frente é a da saída que dá em um pequeno pátio, usado como estacionamento. A da esquerda, bom, a da esquerda é a que nos liga com o prédio ao lado. É na da esquerda que devemos entrar. É necessário bater na porta, ela está trancada. O vidro grosso não deixa perceber detalhes do espaço do outro lado. Um rapaz se aproxima do outro lado, o silêncio e a espera do lado de cá. A porta se abre. Ele, alto, forte, uniformizado de azul-marinho reconhece a adolescente: *Oi, tudo bem?* Tudo. *Boa tarde*. Boa tarde. A porta fecha atrás de nós. A porta tranca atrás de nós. Um molho de chaves,

muitas chaves e o corredor tem dois lados. A procura da chave continua e o corredor é escuro e a luz vem da porta ao fundo do corredor, que dá para um pátio. E a chave abre o cadeado da porta de ferro em grades e a gente passa. A porta se fecha atrás de nós e sei que temos que subir a escada. O cadeado se fecha e subimos a escada. Um lance, dois lances, corredores. Não sei qual corredor pegar, jalecos brancos e crachás para todos os lados, pergunto pela enfermaria, *a enfermaria feminina? É. É para aquele lado*, vamos para aquele lado. Corredor comprido. Muitos quartos. Nenhuma placa. Todos com janelas de vidro que dão para o corredor. Andamos. Paredes gastas, luzes não tão confortáveis. Chegamos na enfermaria, pergunto pela responsável, disse que trouxe a adolescente para almoçar. *Ótimo, vamos levar ela para o quarto que o almoço dela já está lá*. Podemos ver seu quarto pela enfermaria, através do vidro. É o único quarto em que a janela dá para a enfermaria diretamente e não para o corredor. Ela me mostra, quer que eu o conheça. Entramos no quarto. Um quarto grande, apenas uma cama de enfermaria em um canto. Sua muda de roupa no pé da cama. Ela põe o uniforme, uma blusa com o nome da instituição por cima da roupa que estava antes. Embaixo da cama, revistas, talvez ela ainda ache o Michael em uma delas. Um ventilador de teto, um pé direito alto demais para que o vento chegue com alguma qualidade até o chão. Um basculante fechado no alto e no final do quarto. Tenho que deixá-la para almoçar. Aviso que mais tarde alguém irá lá buscá-la para voltar ao prédio ao lado depois do horário do almoço, que é quando ela toma seus remédios. Nos despedimos, um tchau triste. De ambas as partes. Ela ali para almoçar sozinha. Ela ali sozinha. Enquanto saio do quarto, a enfermeira vem, me entrega o prontuário para atualizar o horário da volta da adolescente. A porta do seu quarto se fecha atrás de mim. O cadeado na porta do seu quarto se fecha atrás de mim. Memória sonora intensa. Cara de estranhamento, *é para a segurança dela*. Entrego o prontuário, saio pelo lado errado do corredor, *aonde você vai? A saída é para lá*, apontando para a direção oposta. Um leve riso constrangido e corredor comprido. Muitos quartos. Nenhuma placa. Todos com janelas de vidro que dão para o corredor. Ando. Paredes gastas, luzes não tão confortáveis.

Jalecos brancos e crachás para todos os lados, um lance de escada, dois lances de escada. E o homem uniformizado de azul-marinho me vê, procura a chave dentre muitas chaves. Espero. E a chave abre o cadeado da porta de ferro em grades e eu passo. E a porta fecha e o cadeado fecha e eu espero. E o corredor é escuro e a luz vem da porta ao fundo do corredor. E ele procura a chave dentre outras chaves e gira a chave e abre a porta. O sol. E a porta se fecha atrás de mim e a chave fecha a porta atrás de mim.

Do tema, das implicações e da relevância

A vivência relatada acima aconteceu em 2013. Estava no 6º período do curso de Psicologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Essa era a primeira vez que eu saía do mundo protegido que é a universidade. Meu primeiro estágio na área prática e na área da Saúde Mental. Era a primeira vez que me defrontava na prática com as diferenças entre um espaço concebido pós-reforma psiquiátrica e outro com características manicomiais, principalmente estruturais e arquitetônicas. Talvez por estarem tão perto, separados apenas por uma porta e, ao mesmo tempo, apresentarem tantas diferenças, que essa discrepância tenha me atravessado de forma tão potente. Não posso deixar de mencionar o caráter simbólico que esses espaços que, vivem lado a lado, compartilhando profissionais e usuários do serviço, carregam no que tange às tensões entre o modelo manicomial e o antimanicomial.

Afinal, quanto a arquitetura dos espaços é capaz de afetar as pessoas que vivem e circulam neles?

Onde posso ir, onde devo comer, como faço para chegar em outro setor, se tem muro alto é porque não posso ver o mundo, se tem amarra na minha cama é porque sou perigoso, se tem janela na minha porta é porque nunca posso estar só, se tem grade na janela do quarto é porque estou preso. Todas essas normas fazem desses espaços lugares de moradia e não de habitação, como diz Carvalho¹, “no espaço habitável o indivíduo faz escolhas, modifica o ambiente, podendo sair e entrar livremente [...]”. Os manicômios e as

instituições totais, por concepção, são constituídos para que eles modifiquem os sujeitos, enquanto o contrário é vedado.

O conceito de espaço, tal qual estamos fazendo uso aqui neste texto, segue uma perspectiva antropológica trabalhada pela socióloga francesa Marion Segaud, que considera que a relação do indivíduo e do grupo com o espaço corrobora com a identidade de cada um. A autora assume também “que o espaço não é uma noção homogênea, mensurável, existente a priori, independentemente das culturas, dos tempos históricos e das representações que uns e outros fazem dela”². Dessa forma, temos clara a necessidade de estudar juntamente com os espaços, o momento histórico, as mudanças econômicas e sociais e fundamentalmente as relações de poder de cada tempo.

Se alguns teóricos do campo da arquitetura consideram que “o desenvolvimento da arquitetura e das cidades vinculam-se intimamente com as relações sociais e o desenvolvimento da civilização humana e são, portanto, um reflexo especular das ações e pensamentos de um determinado grupo de pessoas enquanto estrutura social”³, acreditamos e apostamos que devemos dar um passo adiante e tomar aqui a arquitetura não apenas como um *reflexo especular* e sim como um dispositivo que serve a interesses políticos e econômicos de um certo tempo histórico em uma certa sociedade, entendendo os espaços como dispositivos de saber e poder, na perspectiva denominada por Segaud² de *pedagogia do espaço*. O dispositivo, como diz Foucault⁴, responde a uma urgência histórica e tem, assim, uma função. Portanto, podemos dizer que as arquiteturas dos espaços se atualizam à medida que as relações de poder se modificam, e que essas relações de poder são operadas por meio das arquiteturas desses espaços.

No campo da arquitetura brasileira, a arquiteta Miriam de Carvalho realizou estudos que se debruçam sobre a “relação entre ambiente construído e comportamento espacial”⁵ e alertava para a importância desses estudos no âmbito do processo Reforma Psiquiátrica brasileira por considerar que a crescente implantação de serviços substitutivos deveria garantir os preceitos deste processo. Sabemos que alguns espaços que hoje são destinados à assistência

de pessoas em sofrimento psíquico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sofreram apenas algumas adaptações dos espaços manicomial. No âmbito de políticas públicas, não tivemos direcionamentos específicos quanto à construção desses novos espaços substitutivos aos manicômios e nem esses espaços foram contemplados pela Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, que lançou em 2004 pelo Ministério da Saúde, a Cartilha intitulada *Ambiência*. Nesta cartilha, a ambiência não é definida por si só, mas em conjunto com a palavra hospitalar. Logo, diz-se que,

[...] ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem \times espaço.⁶

Mesmo apenas três anos após a promulgação da Lei 10. 216, “que redireciona o modelo assistencial em saúde mental”⁷ e questiona a centralidade do Hospital Psiquiátrico nesta assistência, mesmo apenas dois anos após a publicação da Portaria n.º 336/GM, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em meio à muitas discussões no campo, esta cartilha não se preocupa nem em tratar da ambiência (ou a completa falta dela) nos Hospitais Psiquiátricos e nem em discuti-la nos dispositivos substitutivos que estão surgindo, como os CAPS. Na literatura, portanto, o que se encontra sobre o tema, são poucos estudos que se apropriam do conceito desta cartilha, redirecionando-o para a discussão da importância da ambiência no processo terapêutico.

Se pensarmos que, segundo o Saúde Mental em Dados 12, publicado em 2015, temos no Brasil em funcionamento no Sistema Único de Saúde 167 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 25.988 leitos, um total de 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (em suas diversas modalidades) e 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)⁸, podemos arrematar que esses espaços estão presentes enquanto espaços físicos que se destinam à assistência em saúde

mental e que, portanto, precisamos estudá-los. É preciso começar a pensar o espaço para além de descrevê-los, e é isso que Foucault faz em *Vigiar e Punir* em 1975 com os espaços da prisão. É também isso que ele propõe em 1977, em uma entrevista a Jean-Pierre Barou, intitulada “O Olho do Poder”, publicada originalmente no livro *Le Panoptique*, em que ele diz:

[s]eria preciso fazer uma “história dos espaços” – que seria ao mesmo tempo uma “história dos poderes” – que estudasse desde as grandes estratégias da geopolítica até as pequenas táticas do habitat, da arquitetura institucional, da sala de aula ou da organização hospitalar, passando pelas implantações econômico-políticas⁴.

É com essa perspectiva que Foucault nos traz sobre o estudo dos espaços que pretendemos responder à questão: como a arquitetura dos *espaços da loucura* impõe e produz relações e comportamentos no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira?

Objetivos

Objetivo geral

Refletir sobre como a arquitetura dos espaços da loucura impõe e produz relações e comportamento no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Objetivos específicos

- Analisar a relação entre as tecnologias de poder (soberano, disciplinar e biopoder) e as arquiteturas dos espaços da loucura ao longo de sua história e quais mudanças foram sendo produzidas nesses espaços para atender a essas relações de poder;
- Investigar e analisar se e como comportamentos podem ser produzidos e influenciados pela arquitetura dos espaços institucionais;
- Investigar e analisar quais relações podem ser produzidas e

impostas pela arquitetura dos destes espaços;

- Investigar como a questão dos espaços é pensada nas novas construções no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Fundamentação teórica

Penso, logo não-sou-louco

A figura socialmente ocupada pelo leproso até a segunda metade do século XVI virá a ser ocupada pelo louco no século seguinte. Em decorrência da lepra, que assolou a Europa desde a Alta Idade Média até o fim das Cruzadas, uma grande quantidade de leprosários foi construída ao longo desse período, “para um milhão e meio de habitantes no século XII, Inglaterra e Escócia tinham aberto, apenas esses dois países 220 leprosários”⁹. Esse grande número de construções, já a partir do século XIV, passa a receber cada vez menos leproso. O fim das cruzadas possibilitou a quebra com os focos orientais de infecção. Além disso, a extrema segregação das pessoas acometidas com a doença ajudou na diminuição do contágio. Os leprosários eram muito menos um lugar de tratamento médico e muito mais um espaço de separação e segregação do resto da sociedade, onde se era posto para esperar a morte. Uma espécie de depósito. Com a queda crescente e o quase desaparecimento da lepra na Europa, essa figura social do leproso deixa um certo vazio, assim como ficam os leprosários, espaços que serão ocupados pelos loucos.

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado⁹.

Mas antes de assumir de vez o lugar social e físico que era destinado à lepra, a loucura sofreu um período de latência, que, segundo Foucault⁹, durou dois séculos. Essa latência foi essencial para que ocorresse a mudança da experiência-loucura tal qual na Idade Média para o que conhecemos como a experiência clássica, que se dá pela “perda” da razão.

Já no século XVIII ocorrem grandes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais. Estamos falando de um momento de ápice do estabelecimento definitivo da Modernidade, algo que já acontecia desde os séculos XV e XVI; da Revolução Industrial que potencializa o mercantilismo como prática econômica (que resultará no capitalismo), assim como fortalece a burguesia; do Iluminismo, que acredita na razão como o melhor caminho para o conhecimento, disponibilizando um terreno fértil para o avanço da ciência; e, por fim, a Revolução Francesa. A Revolução Francesa, enquanto marco simbólico, ao cortar a cabeça do Rei Luís XVI, também faz um corte mais profundo nas relações de poder daquela sociedade. Até então, predominava a tecnologia de poder soberana, mas ao longo deste século, todas essas mudanças começaram a refletir em uma nova estrutura de poder: o poder disciplinar, que embute, gradativamente, o poder soberano. Segundo Foucault¹⁰, o poder disciplinar opera nos corpos de maneira a dominá-los, ou melhor, discipliná-los a partir de determinadas técnicas que

[...] eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho [...]¹⁰.

O corpo foi descoberto como objeto do poder na época clássica, desde então, este recebe uma atenção maior no que diz respeito “ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil, ou cujas forças se multiplicam”¹¹. São esses corpos que sofrem cortes, são dissecados, catalogados, estudados, são esses corpos que também são presos, são afastados

da sociedade, sofrem castigos. A Revolução Francesa derruba o absolutismo e propõe uma sociedade pautada nos ideais de Igualdade, Liberdade e Fraternidade – desde que essa sociedade não seja louca, claro.

A loucura como objeto do poder médico: o surgimento dos manicômios

Aos loucos está reservado um lugar nos manicômios, atravessados pelo poder médico e psiquiátrico e sob um regime disciplinar. A Revolução Francesa desloca o foco do poder soberano para a disciplina, que passa a se fazer presente na vida dos homens, incidindo diretamente em seus corpos e no seu cotidiano. Pela primeira vez na história ocidental-europeia, a loucura ganha um espaço específico, *os manicômios*, separada de todos os outros “desviantes” e passa a ser de interesse da ciência, mais precisamente da medicina.

A medicina, como as ciências da época, tanto era influenciada pelo racionalismo iluminista como já manifestava algumas características do positivismo que viria a se firmar como movimento no início do século XIX. Nesta conjuntura, o saber médico estabelecia uma relação de objetividade com o foco de estudo, em que ao médico cabe um olhar neutro e objetivo, e, para que isso fosse possível, era necessário o estabelecimento da ordem – papel que a tecnologia disciplinar visa cumprir. Essa relação de mão dupla entre disciplina e saber médico possibilitou que os hospitais passassem a ser atravessados pelo poder médico. A entrada desse saber nos hospitais desencadeia uma série de mudanças. Mudanças estas que chegam aos *asilos* pelas mãos de Philippe Pinel (1745-1826). Assim, Pinel liberta os loucos das correntes nas instituições semijurídicas, mas mantém o internamento como condição terapêutica. Para ele, a terapêutica da loucura é “a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais seja capaz de estabelecer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas idéias”¹².

É, também, no final do século XVIII, em meio a todas essas mudanças sociais, econômicas e políticas, que a arquitetura sofre uma mudança considerável da sua atuação na sociedade, dessa forma,

[...] a arquitetura começa a se especializar, ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo. Outrora, a arte de construir respondia sobretudo à necessidade de manifestar o poder, a divindade, a força. O palácio e a igreja constituíam as grandes formas, às quais é preciso acrescentar as fortalezas; manifestava-se a força, manifestava-se o soberano, manifestava-se Deus. A arquitetura durante muito tempo se desenvolveu em torno destas exigências. Ora, no final do século XVIII, novos problemas aparecem: trata-se de utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos.⁴

A construção e organização dos espaços evidenciam as relações de poder na sociedade, à medida que também lhes dão sustentação. O século XVIII é um momento de grandes mudanças, no qual as relações de poder mudam de forma considerável e a arquitetura, enquanto saber, acompanha essas mudanças. Na França o rei é degolado e o poder soberano já não existe mais. As relações de poder mudam. O poder se descentraliza e os castelos e as fortalezas já não fazem mais sentido nessa sociedade. A partir desse momento, outros espaços serão pensados. Mudam as prisões, os hospitais, a cidade e até mesmo os espaços de moradia. Liberdade, igualdade, fraternidade e disciplina.

Essa mudança desse campo de saber, entrando, de fato, na produção e na organização dos espaços com objetivo econômico-político, é muito bem expressa no modelo panóptico de Jeremy Bentham (1748-1832), que, em 1787, idealiza um modelo arquitetônico que garante a vigilância constante e a disciplina. A disciplina passa a organizar o espaço, os corpos e os corpos no espaço. A arquitetura passa a ser um saber e um dispositivo que atua diretamente no espaço, sendo, portanto, “a arte que determina e articula o espaço”¹³.

Manicômios como instituições totais

A essas instituições que operam nessa lógica de vigilância constante, com um alto grau de fechamento ao mundo externo, fechamento este que muitas vezes é concreto, pois se dá no esquema físico, Goffman¹⁴ dá o nome de instituições totais. Partindo da perspectiva do internado, o autor trabalha os

desdobramentos dessas instituições na vida dos que nela vivem, lançando mão do que ele chama de processo de *mortificação do eu*. Ainda nesta questão das produções das instituições, o autor britânico Russell Barton¹⁵, discute em sua obra *Institutional Neurosis*, como os espaços e as instituições podem produzir nos internados o que ele chama de “neurose institucional”, que pode estar relacionada com o ambiente destes espaços.

Do campo da arquitetura, traremos para dialogar a arquiteta Mirian de Carvalho, que além de discutir a perspectiva estética dos espaços, provoca uma inquietação ao falar de síndromes espaço-comportamentais, que seriam respostas comportamentais relacionadas com espaços projetados de forma não adequada¹. Outra teórica importante é Marion Segaud, socióloga que se dedica ao estudo da arquitetura e dos espaços, tendo fundado um grupo de pesquisa na França com arquitetos para aprofundar os estudos do tema. Essa abordagem também será bastante explorada, assim como Sommer¹⁶ com a noção de espaço pessoal.

Falamos do modelo panóptico e não podemos deixar de citar duas obras que serão essenciais para falar desse assunto em específico, que são: *O Panóptico/ Jeremy Bentham*, organizado por Tomaz Tadeu e *Vigiar e punir*, de Michel Foucault. Michel Foucault, inclusive, terá muitas de suas obras presentes neste trabalho, devido a sua vasta publicação do tema. Dessa forma, estarão presentes algumas obras-chave, como *História da Loucura na Idade Clássica*, *O Poder Psiquiátrico*, *O Corpo Utópico*, *as Heterotopias*, assim como alguns capítulos do *Microfísica do Poder* e do livro *Em defesa da Sociedade*. Robert Castel também entra para essa discussão com *A Ordem Psiquiátrica: a era de ouro do alienismo*. Os teóricos não se esgotam por aqui, muito pelo contrário, novos estudos trazem novas referências nesse primeiro momento de descobertas.

No Brasil: enclausuramento da loucura e a Reforma Psiquiátrica brasileira

A chegada da Família Real portuguesa no Brasil em 1808 provocou mudanças importantes nas grandes cidades brasileiras e na cultura do país. Se antes, a loucura era indissociada das outras párias sociais, a partir desse

momento ela passa a ser objeto da medicina e a ganhar um lugar específico na cidade, a saber, os manicômios. Assim, na criação da Sociedade de Medicina, é proclamado o lema “Aos Loucos o Hospício”. Há, ainda, o emblemático Decreto de n.º 82, decretado por D. Pedro II, em 18 de julho de 1841, em que é deliberada a criação do primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se ao tratamento de alienados, o Hospício de Pedro II. Na pesquisa, será necessário entender como se deu a construção desse primeiro hospício, qual era a importância, o que muda a partir desse momento na história da loucura brasileira. Aqui, a arquiteta Ana Paula Vieceli com sua tese de doutorado intitulada *Lugares da Loucura* pode nos ajudar com a sistematização e análise de alguns espaços como o Hospício de Pedro II. Mais a frente no tempo, teremos as colônias de alienados, a Liga de Higiene Mental. Os autores que podem contribuir nesse momento são Roberto Machado, com *Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Jurandir Freire Costa, com *História da Psiquiatria no Brasil*, entre outros que nos ajudarão a construir uma compreensão acerca do cenário que culminou nas inúmeras *Barbacenas*.

Após essa contextualização, estudaremos como se deu a questão do espaço nos diferentes movimentos de reforma, principalmente os mais relevantes. Segundo a definição proposta por Joel Birman e Jurandir Freire Costa¹⁷, no relatório *Organização e instituições para uma psiquiatria comunitária*, teríamos dentre os movimentos mais importantes: a Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França), ambos preocupados com a reforma do espaço asilar visando a recuperação de seu caráter terapêutico. Críticas a esses projetos têm por base a centralidade no espaço asilar sem preocupação com a transformação do saber médico e psiquiátrico; a Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), que propunham que a internação fosse apenas uma etapa do processo terapêutico e que a maioria dele fosse realizada na própria comunidade. A Psiquiatria Comunitária ainda propunha estratégias de intervenção na comunidade, visando à prevenção e à promoção da saúde mental; a Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática Italiana

(Itália) foram movimentos radicais no que diz respeito às críticas tanto ao saber quanto à prática psiquiátrica.

Entre esses movimentos definidos por eles, temos a *Psiquiatria Democrática Italiana*, que, dentre as diferentes experiências, foi a que mais inspirou o processo brasileiro de reforma, inclusive, a visita de Franco Basaglia, que “liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste”¹⁸, em 1979 ao Hospital Colônia de Barbacena, é considerada um marco para o movimento. Faz-se necessário, então, neste momento, tentar se aprofundar na experiência italiana, traçando paralelos e distanciamentos com a nossa experiência, claro, resguardando as inúmeras diferenças de contexto e de possibilidades entre elas. O que acredito que para esse trabalho seja mais fundamental, foi a maneira com a qual as duas experiências enfrentaram os manicômios, como a questão desses espaços é posta e discutida nesses movimentos. A Psiquiatria Democrática Italiana foi a primeira

[...] a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com pessoas em sofrimento mental e cuidar delas. O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado estava expressa não apenas pelos novos serviços que substituíam os manicômios, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros.¹⁸

Grosso modo, apenas para ilustrar um dos pontos de tensão, na experiência italiana não se admite mais tais espaços como os manicômios, conforme os livros de Franco Basaglia, como *A Instituição Negada e Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Já na experiência brasileira, não se consegue colocar, em termos legais, um prazo para a sua total extinção. Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se inicia como um movimento no final dos anos 1970, a partir do episódio conhecido como “Crise da DINSAM”. Iniciado por jovens trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental, o movimento de greve se espalhou rapidamente por alguns

estados e, posteriormente, deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que ao longo do tempo foi sendo incorporado por membros da sociedade civil, como os próprios usuários e seus familiares e, transformou-se em 1987, no Movimento da Luta Antimanicomial.¹⁹

Pleiteando o fim dos manicômios, o cuidado em liberdade e em dispositivos de base territorial, buscando mudanças na sociedade e no imaginário social da loucura, além de apostar na retomada e fortalecimento da cidadania para aqueles que experienciam a loucura, a Reforma Psiquiátrica brasileira se construiu como um processo social complexo que requer mudanças em diversos âmbitos e dimensões.²⁰⁻²¹ Para abordar a questão dos espaços de cuidado em contexto de Reforma Psiquiátrica brasileira, partiremos dessa noção de processo social complexo.

Metodologia

Este projeto consiste em uma proposta de pesquisa qualitativa na qual serão trabalhados os objetivos por meio de uma revisão da literatura. Tomamos aqui, a metodologia de uma pesquisa como a linguagem pela qual desenvolvemos os objetivos propostos. A escolha de uma metodologia em detrimento de outras, portanto, significa uma escolha de lentes pela qual vamos olhar uma temática e, como toda escolha, ela é feita de um lugar posicionado e não neutro. Levando em conta essas considerações, escolhemos como orientação teórico-metodológica para desenvolver a futura pesquisa a arqueogenalogia.

A arqueogenealogia é uma proposta de caminho metodológico que tem base e inspiração na obra de Foucault, que em suas obras olhava a história suspendendo os universais, preocupava-se em entender as possibilidades dos acontecimentos em seu momento histórico, assim como os jogos de força, os poderes e as relações que estavam colocadas ali. Sendo assim, a partir dessa perspectiva, Foucault nos trouxe uma forma de olhar a história e os acontecimentos que pode compor uma caixa de ferramentas, expressão usada pelo próprio autor, ressaltando o caráter não totalitário da ciência²². Assim, a revisão bibliográfica estará preocupada tanto com os “porquês” quanto com os “comos”.

Principais resultados esperados

- Ao analisar a relação entre as tecnologias de poder (soberano, disciplinar e biopoder) e as arquiteturas dos espaços da loucura ao longo da história, projeta-se encontrar uma associação estreita entre ambos. Essa associação pode determinar a forma como os espaços são construídos arquitetonicamente e, principalmente, onde esses espaços são construídos nas cidades. A escolha de um lugar afastado dos centros urbanos, por exemplo, denota uma forma de cuidado e de abordagem da loucura que é diferente de quando se escolhe trazer esses espaços para o cotidiano da cidade. Assim, esperamos poder contribuir para a discussão sobre desinstitucionalização, sobre o cuidado em liberdade e, em suma, para a defesa de um cuidado antimanicomial.
- Ao investigar e analisar comportamentos que podem ser produzidos e influenciados diretamente pela arquitetura dos espaços institucionais, projeta-se encontrar uma forte correlação entre eles e comportamentos que expressam, por exemplo, dependência, falta de autonomia, entre outros. Dessa forma, esperamos poder colaborar com as discussões acerca dos espaços institucionalizados e institucionalizantes de cuidado e atenção em saúde mental.
- Ao investigar e analisar quais relações podem ser produzidas e impostas pela arquitetura dos espaços institucionais de cuidado em saúde mental, esperamos encontrar características como hierarquização entre equipe e usuários e, ainda, entre os próprios usuários, além de relações de dependência, entre outras. A partir disso, esperamos contribuir com a discussão sobre autonomia e institucionalização.
- Ao investigar como a questão dos espaços é pensada nas novas construções no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, pretende-se fornecer subsídios teóricos para pensar novos espaços de cuidado em saúde mental que sejam consonantes com os preceitos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Conclusão

Sabemos dos inúmeros avanços que foram conquistados ao longo dos anos no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira no que concerne às inúmeras mudanças no cuidado e, especialmente, nos espaços de cuidado em saúde mental. Mas sabemos também dos desafios que ainda não foram superados, como, por exemplo, o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, novos desafios foram surgindo, como o aparecimento, a proliferação e a entrada das Comunidades Terapêuticas – instituições que usam o isolamento, a internação e a total abstinência como prática de cuidado – na Rede de Atenção Psicossocial, demonstram um deslocamento da atenção em saúde mental que deveria ser de base territorial para instituições com características manicomial. Dessa forma, percebemos ser mais do que necessário, é urgente estudar e analisar os espaços de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial.

Referências

1. Carvalho MA. Poética da casa: a tessitura dos espaços do habitar. In: Ferreira G, Fosséca Paulo, organizadores. *Conversando em Casa*. Rio de Janeiro: 7Letras; 2000.
2. Segaud M. *Antropologia do Espaço: habitar, fundar, distribuir, transformar*. São Paulo: Edições Sesc São Paulo; 2016.
3. Vieceli AP. *Lugares da Loucura: Arquitetura e Cidade no Encontro com a Diferença*. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
4. Foucault M. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal; 2013.
5. Carvalho M. Ambiente construído e Comportamento Espacial na Instituição Psiquiátrica: questões éticas em observação participante. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58):48-56.
6. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: ambiência*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. 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. Brasília: Diário Oficial da União 2001; 6abr.
8. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 11 mar. 2018.

9. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2012.
10. Foucault M. Aula de 17 de março de 1976. Em Defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
11. Foucault M. Vigiar e Punir. 38 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
12. Foucault M. O Poder Psiquiátrico: Curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
13. Chuhurra OL. El espacio. In: _____. Estética de los Elementos Plásticos. Barcelona: Labor; 1971.
14. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva; 2015.
15. Barton R. Institutional Neurosis. California: Wright; 1966.
16. Sommer R. O Espaço Pessoal. São Paulo: EPU/EDUSP; 1973.
17. Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
18. Amarante P. Rumo ao Fim dos Manicômios (cap. 5). In: _____. Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Seleccionados. 1 ed. São Paulo: Zagodoni; 2015.
19. Amarante P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
20. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 1990.
21. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
22. Baptista TWF, Borges CF, Matta GC. Contribuições da arqueologia do saber para estudos da saúde coletiva. In: Baptista Azevedo CS, Machado CV, editores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

A INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Lucélia Jaqueline Barbosa dos Santos Oliveira*
Valdinei Santos de Aguiar Junior**

Introdução

No Brasil o termo “adolescente” define toda pessoa com idade entre 12 a 18 anos incompletos, juridicamente reconhecidos como sujeitos em processo de desenvolvimento e que, por isso, ainda não alcançaram a maioridade civil para o exercício pleno de alguns direitos. A legislação brasileira reconhece os adolescentes como público prioritário na garantia de seus direitos, incluindo o direito à saúde. Porém, adolescentes, de modo geral, se deparam com obstáculos para acessar serviços de saúde, em muitas circunstâncias ficando invisíveis aos serviços de saúde. E se essa parcela da população encontra barreiras de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), a situação dos adolescentes em conflito com a lei é ainda mais complexa, sobretudo aqueles que se encontram privados de liberdade, que, por estarem confinados, se tornam vulneráveis a doenças e agravos à saúde^{1,2,3,4}.

Garantir a atenção integral à saúde de adolescente em conflito com a lei que cumprem medidas socioeducativas de privação de liberdade é um grande desafio ao SUS e o princípio da equidade deve ser observado, considerando que este grupo possui necessidades, diversidades e especificidades que devem ser considerados de modo a garantir acesso igualitário à atenção integral à saúde pelo SUS.

* Especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Políticas Públicas e Socioeducação (UNB). Graduada em Serviço Social (UFES). E-mail: jaqueufes@gmail.com

** Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Psicologia (UCL). E-mail: vival_rj@hotmail.com

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) que passou a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um avanço no campo das políticas de saúde, especialmente pelo caráter intersetorial que a caracteriza. O caráter intersetorial que norteia a PNAISARI se consolidou em 2014, ao incorporar os princípios da incompletude institucional e intersetorialidade, contidos na Lei n.º 12.594, de 18 de janeiro de 2012, a qual institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Logo, com os avanços no campo da política de atendimento ao adolescente em conflito com a lei e com o avanço das políticas de saúde destinadas a esse público, ficou estabelecida a prioridade dos adolescentes em conflito com a lei aos serviços do Sistema Único de Saúde, principalmente no caso dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas privativas de liberdade, os quais devem fazer uso prioritário dos serviços de saúde externos às Unidades Socioeducativas. A instituição da PNAISARI repercutiu ainda na criação da Nota Técnica Conjunta Ministério da Cidadania e Ministério da Saúde – n.º 42/2021, beneficiando, assim, em termos legais, a saúde de adolescentes em conflito com a lei em cumprimento das medidas socioeducativas em meio aberto^{5,6,7}.

Objetivos

Esse texto aborda análise e reflexão sobre a relação entre saúde e direitos humanos possibilitadas pelo resultado de pesquisa bibliográfica que buscou compreender como as produções científicas analisam as necessidades de saúde de adolescentes inseridos no sistema socioeducativo e as barreiras de acesso à atenção integral à saúde enfrentadas por esse grupo populacional. Buscamos analisar a intersetorialidade no campo da saúde de adolescentes em conflito com a lei e colaborar para o aprimoramento da atenção integral à saúde desse grupo populacional fundamentada na concepção ampliada de saúde e na permeabilidade das instituições executoras das medidas socioeducativas ao SUS^{4,5,6}.

Metodologia

Realizou-se um estudo de caráter qualitativo, por meio de pesquisa bibliográfica. Os documentos selecionados e analisados foram coletados nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e ARCA – Repositório Institucional da FIOCRUZ. Os descritores utilizados na busca dos documentos foram: “Adolescente”, “Atenção Integral à Saúde do Adolescente”, “Adolescente em Conflito com a Lei”, “Medidas Socioeducativas”, “Medida Socioeducativa”. No que tange ao recorte temporal, foram selecionados materiais publicados desde a instituição do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (2012) até o ano de 2022. Como critérios de inclusão de bibliografia, foram selecionados materiais que possibilitassem: construir um panorama das necessidades que essa parcela da população apresenta em relação a sua saúde; compreender os determinantes sociais desse grupo populacional; nortear a atenção integral à saúde de adolescentes inseridos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo em uma perspectiva intersetorial. Foram incluídos os artigos relacionados à intersecção entre a política de saúde e a política de socioeducação e excluídos aqueles relacionados à intersetorialidade entre a política de saúde e outras políticas como lazer e educação. Os dados foram analisados e discutidos com base nas seguintes categorias: (1) necessidades em saúde e barreiras de acesso à saúde enfrentadas por adolescentes em conflito com a lei e a (2) ação intersetorial.

Resultados e Discussão

Necessidades em saúde e barreiras de acesso à atenção integral à saúde enfrentadas por adolescentes em conflito com a lei

Os estudos analisados abordam diferentes aspectos da saúde de adolescentes em conflito (saúde física, sexual etc.). Porém, a maioria dos estudos refere-se à saúde mental. Os estudos discutem as barreiras enfrentadas por esse grupo populacional quanto ao acesso à atenção integral à saúde frente às reais necessidades em saúde que esse grupo populacional apresenta.

No que tange às demandas e necessidades em saúde, observa-se uma lógica perversa nas Unidades Socioeducativas privativas de liberdade destinadas a adolescentes em conflito com a lei, que produz como resultado: negligência, omissão e descaso frente às necessidades reais de adolescentes em conflito com a lei, simplesmente por não haver serviços adequados para atendê-las. E, como agravante desse processo, há prevalência de um tipo de atenção engessada, padronizada e inflexível frente à dinâmica das necessidades em saúde de adolescentes em conflito com a lei, sobretudo estes que se encontram institucionalizados⁸.

Ao discutir os problemas de saúde mental que afetam adolescentes institucionalizados, Ribeiro⁸ aponta a ocorrência dos seguintes agravos: alterações de humor, déficit de atenção, hiperatividade, quadros depressivos pós-internação e transtorno de estresse pós-traumático, insônia, uso de drogas, sofrimento devido à internação e à privação de liberdade, angústia, ansiedade, sofrimento psíquico acompanhado ou não de transtorno mental⁸. Faz-se necessária a análise desses problemas de saúde mental articulada à sua determinação social e, desse modo, abordagens que evitem o risco de patologização do comportamento desses adolescentes, que, em sua maioria, constitui uma parcela mais pobre da população⁸.

Há ainda os problemas referentes à saúde física que comumente incidem sobre adolescentes em conflito com a lei: carência nutricional, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, doenças de pele e dependência de substâncias químicas⁹. Nogueira¹⁰ verifica também a ocorrência de problemas dermatológicos (coceira, fungos etc.), respiratórios (asma ou bronquite) e relaciona tais problemas às condições de insalubridade, má ventilação e superlotação existentes nas Unidades Socioeducativas de Internação¹⁰. Em relação a esse aspecto é importante mencionar a contribuição de Sánchez *et al.*¹¹, que indicam que a permanência das pessoas em situação de privação de liberdade em locais que favorecem a transmissão de doenças infectocontagiosas, como a covid-19, viola seu direito à saúde, não somente física quanto mental, devido também ao estresse, medo e preocupações provocados pela pandemia¹².

Logo, a redução da superlotação e do encarceramento em massa se constitui em estratégias que devem ser adotadas, tanto pelo Poder Executivo, quanto pelo Poder Judiciário, que podem salvar a vida das populações que se encontram em privação de liberdade, sobretudo adolescentes em conflito com a lei^{11,12}.

Em relação à superlotação, Nogueira¹⁰ a relaciona à ocorrência de problemas ortopédicos tais como dores no pescoço, costa e coluna de adolescentes institucionalizados. Apresenta também os seguintes problemas de saúde física que atingem adolescentes em conflito com a lei: doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardíacas, dengue, zika ou chikungunya, câncer, tuberculose e HIV/aids, e ainda chama a atenção para os adolescentes que apresentam alguma deficiência física, mental, intelectual, auditiva, seja de caráter parcial ou total¹⁰, bem como para a violência física, o qual se constitui um fenômeno relatado pelos próprios adolescentes.

Em estudo realizado pelo autor, identificou a existência de lesões físicas permanentes, como deformidade ou rigidez constante de dedo, mão, ou braço, ou de pé, perna ou coluna; incapacidade para reter fezes ou urina; seio, rim ou pulmão retirado; paralisia de qualquer tipo; e dedos ou membros amputados¹⁰. De acordo com o autor, tais problemas de saúde são relatados pelos adolescentes como tendo sido adquiridos após entrada na unidade socioeducativa, assim como mortes e suicídios que, conforme o autor, são decorrentes da institucionalização¹⁰. Nesse sentido, informa ainda em seu estudo, que os adolescentes relataram piora em seu estado de saúde após entrada na Unidade Socioeducativa¹⁰.

A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em conflito com a lei é um assunto que merece destaque, dado que é frequente a ocorrência de relações sexuais entre adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas¹³. Nascimento, Uziel e Hernández¹³ afirmam que o desconhecimento do próprio corpo e do corpo do sexo oposto, dificuldade de se comunicar com a equipe técnica quando descobrem sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e informações insuficientes sobre os sintomas se constituem barreiras para o acesso à atenção integral a saúde sexual.

O fato de a sexualidade ainda ser um tabu nas unidades socioeducativas, traz implicações nefastas para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em conflito com a lei que se encontram institucionalizados. Sinaliza-se ainda que a maioria dos adolescentes institucionalizados são do sexo masculino e fazem uso esporádico dos serviços de saúde, nesse sentido, é grande a necessidade de se discutir acerca da influência do gênero no acesso a serviços de saúde, principalmente por haver códigos rígidos que regem as relações nas Unidades Socioeducativas como, por exemplo, regra implícita de não poderem falar sobre seu corpo e sobre sua genitália com mulheres aos quais estão submetidos à sua autoridade¹³. Tais elementos devem ser considerados na efetivação de ações de cuidado em saúde no sistema socioeducativo, assim como em ações e estratégias de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) dispostas na legislação em vigor¹³.

Problemas de saúde bucal também são descritos por Nogueira¹⁰, o qual afirma que mais da metade dos adolescentes de uma unidade de internação sofrem com dores de dente e perda dentária. Casarin *et al.*¹⁴, ao analisarem a questão da saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei, especificamente os motivos que levam a perda dentária de adolescentes institucionalizados, consideraram, em uma perspectiva ampliada de saúde, as variáveis sociodemográficas, econômicas, médicas, comportamentais e autopercepção de saúde bucal.

Nessa lógica, atribuem às más condições de saúde bucal desses adolescentes a uma atenção precária ao longo da trajetória de vida e que se agrava ao adentrarem o sistema socioeducativo¹⁴. Relacionam o uso de medicamentos como antipsicóticos, anticonvulsivos, antidepressivos e ansiolíticos à prevalência de perda dentária, sendo um possível indicativo de que a farmacologização do comportamento dos adolescentes em conflito com a lei pode ter consequências para a saúde bucal desses adolescentes, provocando um ciclo de agravos à sua saúde física e emocional¹⁴⁻¹⁵.

Souza e Costa¹⁶, ao abordar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por adolescentes em conflito com a lei, afirmam que muitos adolescentes só têm acesso a algum cuidado em saúde quando adentram as unidades de

internação (como, por exemplo, tratamento odontológico, exames de sangue, acesso à vacinação contra doenças evitáveis e alimentação diária). Em relação a esse aspecto, é importante esclarecer que o debate referente à eliminação de barreiras de acesso à saúde pelos adolescentes em conflito com a lei inclui o reconhecimento da contradição relacionada ao fato de que o envolvimento em atividades ilícitas pelos adolescentes institucionalizados está relacionado à violação de direitos básicos em suas trajetórias. Ao mesmo tempo, dessa violação decorre a garantia de acesso aos serviços de saúde, levando a necessidade de reconhecer a prioridade de atendimento em saúde que deve ter esse grupo populacional de modo a garantir direitos que lhes foram negados em sua trajetória de vida¹².

Conforme aponta Nogueira¹⁰, muitos adolescentes já haviam utilizado o Sistema Único de Saúde antes de iniciarem o cumprimento da medida socioeducativa de internação, porém de forma pontual, e, durante a internação o acesso ocorre de forma precária ou inexistente, apontando inclusive a ocorrência de situações de interrupção de tratamento na rede de saúde como consequência da internação, refletindo assim a negligência e inoperância do Estado em relação às necessidades de saúde desse grupo populacional. Sánches *et al.*¹¹ chama a atenção para a falta de remédios e outros insumos básicos nas Unidades Socioeducativas, muitas vezes, são fornecidos pelas próprias famílias dos adolescentes institucionalizados ou pelas equipes profissionais.

Ribeiro *et al.*¹⁷ também chamam a atenção para o encaminhamento de adolescentes aos serviços de saúde mental no interior das Unidades Socioeducativas. Conforme apontado por esses autores, os encaminhamentos aos serviços de saúde mental parecem ser imediatos quando os adolescentes institucionalizados apresentam comportamentos que fogem à disciplina e à ordem esperada nas entidades de atendimento, privilegiando assim as necessidades dos funcionários em controlar os adolescentes. Portanto, as necessidades reais em saúde mental dos adolescentes institucionalizados são desconsideradas, isto é, em se tratando de outras necessidades legítimas dos adolescentes e jovens institucionalizados relativas à saúde

mental que fogem à questão da disciplina, este acesso não é possibilitado de forma imediata, ou sequer é ofertado, e nas ocasiões em que ocorre não é permitido o contato deles com os serviços de saúde mental, senão por intermédio de agentes institucionais¹⁷.

Ao que parece, a situação dos profissionais que atuam no atendimento socioeducativo são elementos que comprometem a oferta da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, conforme aponta Robert *et al.*¹⁸. De acordo com Sánches *et al.*¹¹, embora parte expressiva das Unidades Socioeducativas apresentem uma boa estrutura física/ambulatorial, o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda. Robert *et al.*¹⁸ assinala os seguintes elementos enquanto fatores que comprometem o atendimento socioeducativo: (1) dificuldades na comunicação entre trabalhadores(as) e no acesso às informações sobre os(as) adolescentes, a (2) escassez de reuniões de equipe, (3) precária estrutura física, (4) defasagem de recursos humanos, (5) distanciamento da gestão.

De acordo com Checa *et al.*¹⁹, o fato de que muitos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade já faziam uso de drogas antes de cometerem ato infracional, mas somente a partir de sua inclusão no sistema socioeducativo passarem a receber algum tratamento, evidencia o maior investimento em políticas de punição em detrimento do investimento em políticas de proteção. Sendo assim, em uma perspectiva ampliada de saúde, Ribeiro⁸ apresenta alguns elementos ligados ao uso de drogas por adolescentes em conflito com a lei que devem ser considerados em relação às necessidades em saúde: “frequência do uso de drogas antes da internação, circunstâncias e objetivos em que ocorria o uso, existência ou não de uso abusivo e avaliação de parâmetros utilizados para identificação dos casos prioritários”⁸.

Ribeiro *et al.*¹⁷, Nogueira¹⁰, Perminio HB *et al.*²⁰ sinalizam que o acesso aos serviços de saúde do SUS por adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa não é visto de forma positiva como requer a legislação em vigor, levando ao comprometimento da atenção integral à saúde desse grupo

populacional, uma vez que acabam por não terem sequer acesso à Atenção Básica, cuja atribuição é coordenar o cuidado e ordenar a rede de saúde que o SUS dispõe para o atendimento desse público. Em relação a esse aspecto, Nascimento, Uziel e Hernández¹³ afirmam que, apesar dos debates que buscam romper o estigma em torno dos adolescentes em conflito com a lei, parece que ele está presente no acesso aos serviços de saúde nas ocasiões em que os adolescentes realizam atendimento nos serviços do SUS:

[...] esse acesso causa certa tensão no cotidiano das unidades de saúde. Em uma das unidades pesquisadas, houve relatos da reação da população em geral contra esses jovens adultos – identificados devido aos seus uniformes, cabeças raspadas e agentes socioeducativos – em postos de saúde ou hospitais. Esses jovens são vistos pela população em geral como delinquentes que têm privilégios nos serviços de saúde, em contextos precários de saúde pública¹³.

É importante destacar que na discussão das barreiras de acesso à atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei deve ser considerado o processo de “criminalização da pobreza” em que a manutenção da ordem de classes e a manutenção da ordem pública se confundem contra as “vidas nuas do presente”²¹. Deste modo, em meio às iniquidades em saúde vivenciadas por adolescentes em conflito com a lei, não se pode perder de vista que a atenção integral à saúde dessa parcela da população pressupõe o entendimento de uma concepção ampliada de saúde, ou seja, que compreenda a saúde como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, cultura, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade etc. Além disso, depende das condições de acesso, em todos os níveis de atenção e em todo o território nacional, aos serviços de promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

A ação intersetorial

Os estudos acerca da intersetorialidade na atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei parecem escassos. No que se refere à operacionalização da intersetorialidade entre a política de saúde e a política de

atendimento ao adolescente em conflito com a lei, apenas foram encontrados estudos que envolvem a saúde mental, não havendo sido encontrados estudos referentes, por exemplo, à saúde física desse grupo populacional.

As necessidades em saúde de adolescentes em conflito com a lei e a constatação das barreiras que enfrentam para o acesso à atenção integral em saúde são fatores que apontam para a importância de fomentar a intersetorialidade entre as políticas de saúde e socioeducação, devendo esta forma de gestão ser implementada de forma qualificada para fortalecer o acesso dos socioeducandos aos serviços de saúde externos às Unidades Socioeducativas. Principalmente diante do fato de que as unidades de internação possuem sua lógica própria – a lógica da punição – a qual compromete a atenção integral à saúde dos adolescentes institucionalizados²⁰.

Em relação a este ponto, Nogueira¹⁰ orienta ser necessário que gestores, profissionais de saúde e do próprio sistema socioeducativo compreendam sua responsabilidade quanto ao atendimento e garantia de direitos desses adolescentes e se comprometam a eliminar as barreiras de acesso à saúde desse público prioritário. Conforme aponta Rocha²³, a integração do Sistema Socioeducativo com o SUS permitirá a efetivação de uma Rede de Atenção à Saúde, organizada e estruturada, que possibilite aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa ter acesso a ações e serviços tanto na Atenção Básica, quanto na Atenção Especializada e na Atenção às Urgências e Emergências²².

Ribeiro *et al.*¹⁷, analisando a atenção intersetorial à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei, afirmam que embora seja de competência das Secretarias de Saúde incorporar adolescentes institucionalizados na população de abrangência dos serviços territoriais, o que se percebe é que as relações entre os órgãos gestores das medidas socioeducativas de privação de liberdade (vinculados aos estados) e as Secretarias de Saúde municipais são marcadas por conflitos e dificuldades, acarretando acessos pontuais à rede de saúde por adolescentes. A gestão e a organização dos serviços de saúde mental do SUS não estão conectadas com as Unidades Socioeducativas, de modo que a falta de alinhamento político se constitui entrave para acesso dos adolescentes à rede de atendimento.

Faz-se necessário instituir um fluxo entre os atores da rede, bem como a operacionalização desse fluxo no cotidiano. Pois, a falta de articulação política acarreta a manutenção de problemas estruturais que precarizam o atendimento à saúde dos internos como, por exemplo, a superlotação das Unidades Socioeducativas, a falta de transporte para garantir o acesso dos adolescentes e dos profissionais aos serviços da rede e a pouca quantidade de agentes socioeducativos para acompanhar os adolescentes aos serviços de saúde ofertados extramuros, visto que somente podem se ausentar das unidades de atendimento sob a guarda dos agentes¹⁷. Nessa perspectiva, é importante considerar os avanços nos debates no campo da saúde mental e sua contribuição ao debate sobre a intersetorialidade entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Socioeducativo.

As principais contribuições ao debate sobre a intersetorialidade entre o SUS e o SINASE são encontradas nos estudos referentes à saúde mental desse grupo populacional. Tais estudos apontam que com o advento da Reforma Psiquiátrica, busca-se a implementação da lógica da Atenção Psicossocial fundamentada na atenção centralizada na pessoa, ao invés da atenção ao tratamento da doença, orientada também pela utilização da rede territorial como estratégia para desenvolver as relações entre os usuários e seus familiares com os recursos existentes na comunidade, “criando alianças sociais com diversos setores, valendo-se da intersetorialidade como forma de compor uma articulação e cooperação simultânea entre diversos seguimentos”²⁵.

Nunes *et al.*²⁴ compreendem a intersetorialidade como uma “articulação entre pessoas e setores diversos, permitindo, portanto, integrar saberes, compartilhar ações conjuntas, poderes e vontades diversas”. Nesse sentido, se por um lado alguns estudos acerca da saúde dos adolescentes em conflito com a lei tendem para a psicopatologização, existe outra linha de pesquisa nesse campo que aponta para a ação intersetorial em saúde mental. E é justamente essa vertente que deve ser considerada no que diz respeito à construção de uma proposta de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei por ser portadora de uma intencionalidade de atenção intersetorial para

a atenção a saúde desse grupo populacional e por ter como potencialidade a possibilidade de interação com os âmbitos social e de saúde:

Outra potencialidade apontada trata da integração entre a rede e o serviço de saúde mental, a partir da circulação dos usuários em sofrimento psíquico pelos vários âmbitos social e de saúde, sejam eles, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou de mais espaços comunitários de lazer do território, ampliando assim, a visão dos trabalhadores para o cuidado na atenção primária, e em outros serviços que não somente os especializados de saúde mental²⁵.

Além disso, Braga e D'Oliveira²⁵ destacam, por outro lado, que o novo paradigma de atenção instituído pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, ao requerer a presença dos usuários na rede de atenção psicossocial abre espaço para que participem da luta pela garantia e produção de direitos, incluindo adolescentes em conflito com a lei. Esses autores apontam que o modelo de Atenção Psicossocial se fundamenta em uma “escuta atenta das necessidades reais dos sujeitos e a garantia de escuta da voz deles, que podem dizer de si e de seu sofrimento” e também na articulação e corresponsabilização de diferentes setores na construção e funcionamento de uma rede de atendimento²⁵.

Ademais, é importante salientar, que os estudos no campo da saúde mental de adolescentes em conflito com a lei apontam que já não cabe mais adotar uma perspectiva biomédica em relação aos agravos que atingem esse grupo populacional, visto que as discussões em torno desta questão têm se dado no sentido de superar a concepção de que a farmacologização se constitui como única modalidade de tratamento aos agravos de saúde que esse grupo populacional venha a enfrentar¹⁷.

De acordo com Nunes *et al.*²⁴ a atenção psicossocial e intersetorial compreende “intervenções terapêuticas de cuidado compartilhado, com corresponsabilização entre os diversos setores e profissões” no sentido de romper com o modelo médico-hegemônico caracterizado por uma lógica que reduz e individualiza as questões de saúde que afetam os indivíduos, não considerando os fatores biopsicossociais²³.

Convém destacar, conforme aponta Soares *et al.*²³, que, das medidas privativas de liberdade como a internação e a semiliberdade, decorre a precarização do território do adolescente, relegando os adolescentes institucionalizados a um atendimento meramente clínico e ambulatorial. Por outro lado, no caso das medidas socioeducativas não privativas de liberdade como a Liberdade Assistida e a Prestação de Serviço à Comunidade tende a ocorrer menor precarização da relação do adolescente com seu território.

Conforme apontam Neto, Constantino e Assis⁹, a assistência e a promoção da saúde do adolescente cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade se caracterizam como desafio complexo e multifatorial, que se relaciona à fragmentação das ações no atendimento socioeducativo e à dificuldade de articulação da rede de saúde no atendimento ao adolescente institucionalizado influenciadas pela persistência da lógica menorista (punitiva, coercitiva) nos estabelecimentos destinados à socioeducação.

Sendo assim, se faz necessário, mesmo em um contexto de crescente institucionalização de adolescentes – que vige em detrimento da aplicação de medidas não privativas de liberdade – avançar na construção de uma rede de serviços de saúde cujas barreiras de acesso sejam inexistentes, exigindo o compromisso dos atores envolvidos em impulsionar e desenvolver ações intersetoriais para garantir a saúde a esses adolescentes que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas, sobretudo aqueles que estão em regime de privação de liberdade¹⁰.

Considerações finais

É evidente que a trajetória de vida da maior parte dos adolescentes em conflito com a lei é privada de acesso a políticas públicas, sobretudo à saúde. Embora o SINASE apresente a responsabilização de adolescentes em conflito com a lei como finalidade das medidas socioeducativas e, ao mesmo tempo, preconize que durante o cumprimento das medidas socioeducativas sejam ofertados aos adolescentes infratores a garantia do direito à saúde, e, no caso dos adolescentes institucionalizados o acesso à saúde deva ser extramuros, o

acesso ao direito à saúde por adolescentes em conflito com a lei parece ser secundário ou inexistente.

Mesmo com a materialização da intersectorialidade do Sistema Socioeducativo com o Sistema Único de Saúde materializado na PNAISARI, na prática a intersectorialidade entre essas políticas não se efetivou, pois os adolescentes infratores são duplamente penalizados pela privação de liberdade e pela negação do direito à saúde. Os dados dessa pesquisa apontam que eliminar as barreiras de acesso à atenção integral à saúde enfrentadas por adolescentes em conflito com a lei é reafirmar a prioridade de atendimento desse grupo populacional. Tal prioridade implica no acesso à saúde extramuros, conforme previsto na PNAISARI, isto é, fora das Unidades Socioeducativas, pois isso representa a possibilidade de romper com o paradigma da instituição total que marca a trajetória das políticas públicas destinadas à infância e adolescência no Brasil. Ademais, a saúde, a partir da perspectiva do cuidado, apresenta potencial em contribuir para o processo socioeducativo, desde que sejam eliminadas as barreiras de acesso a esse direito fundamental e também que sua oferta seja articulada às demais políticas setoriais.

Referências

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf> . Acesso em: 01 set. 2021.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Aguiar JRV, Vasconcelos LCF. Trabalho Infantil: desafios e abordagens em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
4. Presidência da República. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República 1990; 13jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 set. 2021.
5. Presidência da República. Lei no 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Brasília: Presidência da República 2012; 18jan. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 04 out. 2021.

6. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação/GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde 2017; 28set. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 fev. 2022.
7. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta Ministério da Cidadania e Ministério da Saúde – nº 42/2021. Orientações gerais para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) para o meio aberto; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/cidadania-e-saude-se-unem-para-ampliar-acao-da-politica-nacional-de-atencao-a-saude-de-adolescentes-em-conflito-com-a-lei-para-o-meio-aberto/19042021_notatecnica.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.
8. Ribeiro DS. Discursos das equipes de saúde mental das unidades de internação do DEGASE-RJ sobre as demandas de atendimento e a articulação com a rede de saúde pública. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34156/2/ve_Debora_Stephanie_ENSP_2017. Acesso em: 14 nov. 2021.
9. Arêas NT, Constantino P, Assis SG de. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis*. 2017;27(3):511–40.
10. Nogueira RBA. A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37640/2/ve_Rodolfo_Brandao_ENSP_2018. Acesso em: 02 out. 2021.
11. Sánchez A, Garcia AM, Almeida BC, Melo BD, Pereira DR, Julião E et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: COVID e a população privada de liberdade. [Cartilha]. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES; 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41680/2/CartilhaSistemaPrisional.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.
12. Presidência da República. Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020: Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília: Diário Oficial da União 2020; 6fev. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 06 jan. 2022.
13. Nascimento MAF, Uziel AP, Hernández JG. Homens jovens em centros de detenção juvenil no Rio de Janeiro, Brasil: gênero, sexualidade, masculinidades e implicações para a saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(2):e00177916.
14. Casarin M, Nolasco W da S, Colussi PRG, Piardi CC, Weidlich P, Rösing CK, et al. Prevalence of tooth loss and associated factors in institutionalized adolescents: a cross-sectional study. *Ciênc saúde coletiva*. 2021Jul;26(7):2635–42.
15. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução n. 177, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Brasília: Diário Oficial da União 2015; 18dez.
16. Souza LA, Costa LF. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de

- adolescentes privados de liberdade. *Psico-USF, Bragança Paulista*. 2013; 18(2):277-288.
17. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(10):3837-46.
 18. Robert C, Stefanello S, Silva MZ, Ditterich RG, Santos DVD. “A gente fica institucionalizado também!”: cotidiano, saúde mental e processos de trabalho na percepção das equipes de unidades socioeducativas. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210290.
 19. Checa MEP, Vitta ALS, Sousa LHS, Scisleski ACC, Dias MJ. Desobediência, Alargamento da Punição e Segurança Pública: Jovens Usuários de Drogas em Conflito com a Lei. *Psicol cienc prof*. 2018;38(spe2):252-64.
 20. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Morais CMA, Silva JPAB, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(9):2859-68.
 21. Souza TLS, Pedrinha RD. A criminalização da pobreza e o sistema penal brasileiro: registros do autoritarismo e do direito penal do inimigo. Rio de Janeiro: Revista da Faculdade de Direito da Universidade Candido Mendes (vol.20); 2015.
 22. Rocha PV. Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade: atenção integral ou desintegrada? [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27001/2/ve_valeria_rocha_ENSP_2018.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.
 23. Soares RH, Oliveira MAF, Leite KC, Nascimento GCG. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(60):123-31.
 24. Nunes CK, Olschowsky A, Silva AB, Kantorski LP, Coimbra VCC. Mental health in children and adolescents: vision of the professionals on challenges and possibilities in building up intersectoral networks. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180432.
 25. Braga CP, D'oliveira AFP. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(2):401-10.

INOVAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA PANDEMIA COM FOCO NOS AUTORES DE AGRESSÃO

Luciana Nogueira Martins de Medeiros*

Maria Lucia Freitas dos Santos**

Sônia Maria Gomes de Carvalho***

Introdução ou Caracterização da experiência/problema

Observa-se o crescimento do registro de violência de gênero no Brasil. Gênero, segundo a antropóloga Adriana Piscitelli¹, refere-se ao caráter cultural das distinções entre homens e mulheres e entre ideias sobre feminilidade e masculinidade. Ou seja, gênero diz respeito às representações do masculino e do feminino na sociedade, não estando necessariamente vinculado ao sexo biológico. Isso significa que o gênero está vinculado com o comportamento e o papel social que são atribuídos a homens e mulheres, o que, conseqüentemente, cria estereótipos e generalizações.

A Pandemia do coronavírus agravou mais esses números de violência, pois a maioria dos agressores é próxima às vítimas. O estudo conduzido pelo pesquisador Wagner Batella², do departamento de Geociências da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), comparou os dados do primeiro semestre de 2020, 2019 e 2018, apontando para uma diminuição de 15% do número de registros de crimes domésticos no ano de 2020, apesar de um aumento de 27% de denúncias feitas pelos telefones 180 e 190, da Central de Atendimento à

* Especialista em Gestão Urbana e Saúde (ENSP/FIOCRUZ). MBA em Gestão de Pessoas (FGV). Graduada em Psicologia (UCP). E-mail: lumartinsmedeiros@gmail.com

** Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ). Professora de Ensino Superior (EEAN/UFRJ). E-mail: marialf.santos@gmail.com

*** Especialista em Antropologia Social (UFRJ). Especialista Sociologia Urbana (Instituto Universitário de Pesquisas -IUPERJ). Graduada em Serviço Social (PUC/SP). E-mail: marialf.santos@gmail.com

Mulher em Situação de Violência, em todo o Brasil. “Isso se deve ao fenômeno da subnotificação, agravado na pandemia, pois ficou mais difícil sair de casa para procurar ajuda presencial”, explica o pesquisador.

A Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha³, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

Seção II

Das Medidas Protetivas de Urgência que Obrigam o Agressor

Art. 22. Constatada a prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos desta Lei, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras:

VI – comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação; e

VII – acompanhamento psicossocial do agressor, por meio de atendimento individual e/ou em grupo de apoio⁴.

Os atendimentos aos autores de agressão têm um papel importante na redução da reincidência da violência contra as mulheres e, portanto, a mudança na lei é uma vitória a ser comemorada por todas e todos.

Como a promotora Gabriela Mansur aponta no documentário *O silêncio dos homens*⁵, sem os grupos, 65% dos homens que cometeram uma agressão acabam reincidindo e cometendo outra. Quando os autores de agressões passam a frequentar os grupos, a reincidência cai para 2%.

A cidade escolhida para este estudo foi Petrópolis, o qual é um município localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no

estado do Rio de Janeiro, no Brasil, também conhecida como Cidade Imperial. Ocupa uma área de 795,798 km², sua população no ano de 2018 era de 305.687 habitantes segundo a estimativa do IBGE. Além de ser a maior e mais populosa cidade da Região Serrana Fluminense e da Região Geográfica Intermediária de Petrópolis, também detém o maior PIB e IDH da região.

Por meio da metodologia do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) foi possível utilizar a flexibilidade no uso das técnicas, podendo adaptá-las a cada realidade, com recursos disponíveis no local, é notável a rapidez com que se obtém as informações a partir da colaboração das pessoas envolvidas, a ampliação de possibilidades de aprofundamento, sob diversos pontos de vista.

Observa-se, a partir de algumas ferramentas do DRP, como o levantamento de dados, informações e observações, que o número de casos de violência em Petrópolis não foi diferente do restante do país, apresentando números de subnotificação, segundo dados fornecidos pelo Departamento de Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificações)⁶. O SINAN é um sistema informatizado de base de dados gerenciado pelo Ministério da Saúde, alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Existe em Petrópolis o CRAM, que significa o Centro de Referência em atendimento à mulher, onde recebem atendimento especial para a superação da situação. Onde há atendimento e acompanhamento psicológico, social e jurídico realizado por uma equipe multidisciplinar especialmente preparada para este fim; auxílio na obtenção do apoio jurídico necessário a cada caso específico; orientação sobre prevenção, apoio e assistência às mulheres em situação de violência; articulação com outras instituições para o acesso aos programas de educação formal e não formal e os meios de inserção no mundo do trabalho.

Petrópolis possui a sala lilás e o ônibus lilás, onde as equipes oferecem serviços multidisciplinares, incluindo psicólogos e auxílio jurídico. A ideia é acolher e orientar as mulheres vítimas de violência doméstica, sendo o objetivo provocar reflexões sobre as questões de gênero, a comunicação e expressão dos

sentimentos, apresentar a Lei Maria da Penha, entre outros temas, buscando quebrar o ciclo da violência doméstica.

Essas são ações importantes, ainda que se entenda que o ciclo de violência não cessa com o empoderamento das mulheres, mas sim com a harmonização das relações interpessoais.

Gráfico 1. Apresentação da evolução do registro da violência contra mulher no município de Petrópolis no período de 2006 a 2021



Fonte: Departamento de Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, SINAN

Na leitura do gráfico, observa-se que a partir da promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, a comarca de Petrópolis inaugurou 37 casos. Seis anos depois, observa-se um aumento brutal dos registros, o que resultou na criação do Grupo Reflexivo no Fórum de Petrópolis.

Segundo o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2020 até novembro de 2021, período pandêmico, foram registrados 3.376 casos de violência contra a mulher na comarca de Petrópolis, mostrando, conseqüentemente, o número de autores.

O Brasil é um dos países onde mais se comete feminicídio no mundo. Mulheres que perderam suas vidas em razão de seu gênero, de acordo com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

Observa-se a necessidade de olhar para as mulheres como um grupo específico, pois vivemos em uma sociedade que discrimina mulheres por seu gênero. Criando-se um ambiente de desigualdade social, econômica e política.

Em 2006, o Estado brasileiro fez a reparação simbólica, nominando a Lei n.º 11.340/2006, que cria dispositivos para “coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres”, conhecida como “Lei Maria da Penha”¹.

Maria da Penha Maia Fernandes, uma brasileira natural do Ceará, sofreu duas tentativas de assassinato em 1983, por parte de seu marido. Como resultado, ela ficou paraplégica.

Como o Judiciário brasileiro demorava em tomar providências para responsabilizar o autor da violência, 15 anos depois, em 1998, com a ajuda do Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), ela conseguiu que seu caso fosse analisado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Um dos méritos da Lei Maria da Penha é a proposta do trabalho articulado entre as esferas de governo e a sociedade civil. Somente este trabalho articulado em rede, com ampla participação cidadã, poderá propiciar não só a assistência adequada para as vítimas, como também uma reflexão por parte da sociedade sobre que tipo de relações entre homens e mulheres deseja consolidar.

Estão previstos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher na Lei Maria da Penha: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial – Capítulo II, art. 7º, incisos I, II, III, IV e V¹.

A violência física é considerada qualquer conduta que seja ofensiva à integridade ou saúde corporal da mulher. Já a violência psicológica, é aquela que causa danos emocionais e que prejudica o desenvolvimento da mulher. Nela, o agressor tenta controlar ou rebaixar as suas ações, seus comportamentos e suas decisões.

A violência moral é aquela que configura calúnia, difamação ou injúria. A violência sexual é qualquer conduta que constranja a mulher, forçando-a a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada. Isso é feito por intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Já a violência patrimonial é aquela na qual o agressor retém, subtrai ou destrói, mesmo que parcialmente, objetos da mulher.

Segundo dados do Instituto Maria da Penha, fundado em 2009, após a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, há três principais fases do ciclo da violência doméstica. O Instituto se baseia em um estudo da psicóloga norte-americana Lenore Walker⁷, que identificou que as agressões cometidas em um contexto conjugal ocorrem em um ciclo que é constantemente repetido, mesmo tendo diversas especificidades.

A primeira fase é conhecida como “Aumento de Tensão”, e nesse primeiro momento, o agressor se mostra uma pessoa tensa e irritada, normalmente por razões que são insignificantes, chegando a ter acessos de raiva. Há também humilhação da vítima, ameaças e destruição de objetos da casa. Em geral, a vítima nega que isso está acontecendo com ela. Porém, essa tensão pode durar dias ou anos, mas como aumenta cada vez mais, é provável que a situação levará à segunda fase.

A segunda fase é a da agressão, quando o agressor chega ao limite do ato violento. Aqui, toda a tensão da primeira fase é materializada em violência verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial. Normalmente, mesmo a mulher tendo consciência de que o agressor está fora de controle, ela se paralisa e não consegue ter reação. Este é um momento em que a mulher pode buscar por ajuda, pedir separação ou até se esconder em casa de amigos, ou parentes. Geralmente ela se afasta do agressor por um tempo.

A terceira fase é conhecida como “Fase Lua de Mel”. Ela acontece quando o agressor diz se arrepender, e, assim, se torna amável para conseguir uma reconciliação. Normalmente a mulher se sente pressionada a manter seu relacionamento, principalmente se o casal tem filhos. Durante a terceira fase, há um momento de calma, em que há um misto de sentimentos. Por fim, a tensão volta, e o ciclo retorna à primeira fase.

Segundo Silva⁸, a violência estrutural é um complexo social que constitui o processo de reprodução do capital na contemporaneidade. Tendo como referência principal as ricas contribuições marxianas sobre a emancipação política e a emancipação humana, a “sociabilidade violenta” urbana não apenas é tolerada, mas também é moralmente lícita, fazendo parte intrínseca da sociabilidade dos indivíduos. Ela “está no centro de uma formação discursiva que expressa uma forma de vida constituída pelo uso da força como princípio organizador das relações sociais”.

Segundo dados do I Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher da Comarca de Petrópolis, o projeto de grupos reflexivos com autores de violência foi instituído pelo juiz titular do Juizado de Violência Doméstica desta Comarca, Dr. Afonso Henrique Castrioto Botelho, por requerimento da Desembargadora Cristina Gauller, na época responsável pelos projetos referentes à Lei n.º 11.340/2006 – Lei Maria da Penha. O projeto é respaldado no artigo 45 da referida Lei, que trata da criação dos grupos reflexivos para homens autores de violência contra a mulher. Este projeto existe desde setembro de 2013, tendo atendido em média de 700 a 800 homens em 38 grupos realizados, com reincidentes praticamente nulos.

Os homens são selecionados pelo juiz, ou a pedido do Ministério Público, sendo imediatamente encaminhados ao setor responsável, que se encarrega de realizar os primeiros contatos, quando são oferecidas as orientações necessárias sobre o trabalho a ser desenvolvido.

Os grupos reflexivos são realizados em 12 encontros, uma vez por semana, que acontecem no Fórum de Itaipava, em uma sala pequena, que comporta no máximo 12 pessoas.

No 1º encontro/individual – é feita entrevista preliminar/anamnese, buscando conhecer a história do homem, suas condições psíquicas para se submeter a um trabalho de grupo e a disponibilidade para tal.

No 2º encontro em grupo – os integrantes se apresentam individualmente, revelam ao grupo um pouco de sua história de vida, se assim desejar, e os motivos de estarem ali.

Do 3º a 11º encontro em grupo: são tratados temas de gênero, os tipos de violência doméstica, crenças, valores culturais e temas relacionados aos geradores de conflitos familiares, entre outros. São utilizados vários recursos audiovisuais (como vídeos, músicas etc.) facilitando assim os debates sobre os temas abordados.

O 12º encontro em grupo/reencontro – realizado após um intervalo de um mês do 11º encontro – tem como finalidade avaliar os resultados e oferecer apoio aos participantes com relação a situações familiares que ainda possam ser geradoras de conflitos.

Sendo o panorama cultural de uma sociedade patriarcal que legitima, banaliza, promove e silencia diante da violência contra a mulher. Mudar essa mentalidade e combater os estereótipos de gênero é uma maneira de enfrentar e não tolerar mais esse tipo de agressão.

Este projeto de constituição de grupos reflexivos baseia-se no conceito de “justiça restaurativa”, que consiste em um processo colaborativo voltado para a resolução de um conflito caracterizado como crime, envolvendo principalmente a participação do infrator e da vítima. Surgiu no exterior, na cultura anglo-saxã. As primeiras experiências vieram do Canadá e da Nova Zelândia e ganharam relevância em várias partes do mundo. Na prática, existem algumas metodologias voltadas para esse processo. A mediação vítima-ofensor consiste basicamente em colocá-los em um mesmo ambiente, garantido por segurança jurídica e física, com o objetivo de buscar um acordo que envolva a resolução de outras dimensões do problema além da punição. Isso inclui, por exemplo, a reparação de danos emocionais.

O aumento do número de violência de gênero no município de Petrópolis, levando muitas notificações e processos no fórum do município, levou também a grande demanda para formação de grupos reflexivos para os autores de violência. Outro fator observado foi o número restrito de profissionais para a execução dos grupos, comparado ao grande número de agressores. Devido à pandemia, houve a redução do número de participantes e acesso ao fórum.

O grupo reflexivo dentro do Poder Judiciário é o espaço adequado para a realização dos grupos e por meio da implicação dos agressores na história, um trabalho responsabilizante para refletir sobre a violência que cometeram e se responsabilizem e repensem sobre outras formas de resolver conflitos que não seja por meio da violência e agressão. Os grupos de reflexão tendem a produzir efeitos para o futuro. Mudar a subjetividade e o imaginário.

A expectativa social para a violência é a prisão, mas observa-se que a prisão não é a solução. Entra a contradição. O que se faz com o agressor? As leis penais mais graves seriam adequadas às transformações culturais necessárias? O sistema prisional brasileiro não é o adequado. O agressor, na maioria das vezes, é o pai dos filhos das denunciadas, o homem que a mulher compartilhou a vida, ou um conhecido, o impacto social prisional é grave inclusive para as vítimas.

Criminalizar a violência é desafiador devido aos relatos das vítimas. O elevado número de prescrições, muitas vezes, é atribuído à responsabilidade da vítima que, ao ser intimada, não comparece à audiência, pois o processo é uma lembrança negativa. Embora o ciclo da violência já tenha sido interrompido, o Judiciário tem a obrigação de seguir até o final, sendo, por vezes, necessário conduzir a vítima para que compareça à audiência.

O grupo participante da proposta de intervenção será composto por homens autores de agressão que já passaram pelos grupos reflexivos. A ideia é que passem a ser multiplicadores da cultura da paz e proporcionar aprendizado sobre o que é a violência de gênero. Isso será realizado por meio do Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica (NAFAVD), que oferece acompanhamento psicossocial às pessoas envolvidas em situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres. Esse acompanhamento se estende tanto às mulheres vítimas quanto aos autores dessas violências.

O núcleo pode abranger o Projeto Violeta já existente no fórum da comarca de Petrópolis, sendo o objetivo provocar reflexões sobre as questões de gênero, a comunicação e expressão dos sentimentos, a Lei Maria da Penha, entre outros temas, buscando quebrar o ciclo da violência doméstica.

Potencializando o grupo de autores de agressão para mudança de valores em relação à violência doméstica e familiar.

Objetivos

A proposta compreende na elaboração de um espaço para atendimentos de familiares e autores de agressão no intuito de ter uma abordagem psicossocial, para abranger atendimento psicológico individual, as questões sociais relativas à violência doméstica e familiar. Portanto, o atendimento profissional se debruça não somente nas questões pessoais de cada homem, mas principalmente sobre as dimensões sociais da violência.

O núcleo tende a fortalecer o Projeto Violeta da comarca de Petrópolis que tem como objetivo garantir a segurança e a proteção máxima das mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, acelerando o acesso à justiça daquelas que estão com sua integridade física e até mesmo com a vida em risco, além da parceria com os grupos reflexivos também existentes em uma justiça restaurativa.

Existem dez NAFAVDs no Distrito Federal (DF). Eles são geridos pela Secretaria da Mulher do DF, em parceria com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Atendem famílias em situação de violência doméstica, inclusive homens acusados de agressão às mulheres. Esse trabalho é preconizado pela ONU e está previsto na Lei Maria da Penha.

A ideia é responsabilizar e reeducar os autores de agressão para que adotem um comportamento respeitoso e pacífico e, quando possível, restabelecer a harmonia no lar. Os homens passam por sessões semanais, entre quatro e seis meses. Nas sessões, assistem a palestras e participam de dinâmicas de grupo.

Dados da Promotoria do MPDFT de Brazlândia mostram que 87% dos homens atendidos pelo NAFAVD local não voltaram a cometer agressões.

Segundo as Políticas para as Mulheres do Distrito Federal, os NAFAVDs nasceram de um termo de cooperação técnica com o Ministério Público e prestam atendimento aos autores de violência doméstica e também aos familiares envolvidos. Segundo os dados do NAFAVD, esse atendimento objetiva o empoderamento e a escuta terapêutica das mulheres e dos seus dependentes,

vítimas da violência e, quanto aos agressores, busca a responsabilização pelas violências praticadas em um contexto reflexivo que favorece a construção de alternativas à violência para a resolução de problemas familiares.

De acordo com o psicólogo Luís Henrique Aguiar⁹, coordenador das Tardes de Reflexão, explica que os homens encaminhados ao programa – parceria do Ministério Público com o governo do DF – procura desmistificar a violência como algo banal ou naturalizado. “Eles precisam assumir o que fizeram para que haja alguma mudança ou aprendizado”, explica em vídeo postado no YouTube (<https://goo.gl/KtYzk2>).

Quadro 1. Descrição das técnicas, métodos ou processos de trabalho implementados ou em planejamento

TÍTULO	INDICADORES	MEIO DE VERIFICAÇÃO	FATORES EXTERNOS
Objetivo geral	Um espaço para atendimentos de familiares e autores de agressão no intuito de ter uma abordagem psicossocial, para abranger atendimento psicológico individual, as questões sociais relativas à violência doméstica e familiar.	Dados da Promotoria do MPDFT.	Identificação e subnotificação do aumento do número de violência de gênero na pandemia.
			Expandir o número de atendimentos a autores de agressão.
Objetivo específico	Criação do NAFAVD que oferece acompanhamento psicossocial às pessoas envolvidas em situação de violência doméstica e familiar contra as mulheres, tanto às mulheres vítimas quanto aos (às) autores (as) dessas violências em Petrópolis.	Ferramentas do diagnóstico rápido participativo.	Expandir o número de atendimentos dos autores de agressão no município de Petrópolis.
		Levantamento de dados do SINAN.	Identificação do aumento do número de violência de gênero na pandemia no município de Petrópolis.
		Dados do I Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra a mulher da Comarca de Petrópolis.	Impacto no Projeto Violeta da comarca de Petrópolis.

Resultados esperados	Diminuição do índice de violência doméstica e reincidência de agressão.	Avaliação de caráter qualitativa e quantitativa.	Panorama cultural de uma cultura patriarcal.
	Acelerar o acesso à justiça daquelas que estão com sua integridade física e até mesmo com a vida em risco.	Avaliação de todos os envolvidos no processo.	Empoderamento e a escuta terapêutica das mulheres e dos seus dependentes, vítimas da violência e, quanto aos agressores.
	Responsabilizar e reeducar os agressores para que adotem um comportamento respeitoso.	Pesquisas feitas em períodos determinados.	Escuta dos autores de agressão.
	Articulação com outras instituições para o acesso aos programas de educação formal e não formal e os meios de inserção no mundo do trabalho.		Apoio dos Três Poderes.
	Promoção à saúde.		Justiça restaurativa.
	Abordagem em saúde em todas as políticas.		Apoio do CRAM, CRAS, CREAS, APS/SUS, Sala Lilás.
	Maior qualidade de vida e saúde.		
Atividades	Acolhimento aos familiares e autores de agressão.	Registro de participação no projeto de acolhimento.	
	Apoio jurídico.	Acompanhamento jurídico.	
	Atendimento psicológico individual.	Participação nos encontros e atividade de atendimentos/acompanhamentos.	
	Atendimento em grupo.		
	Palestras de sensibilização.		
	Promoção à saúde.		
	Apoio psicossocial.		

Parceiras	Prefeitura de Petrópolis.		
	I Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra à mulher da Comarca de Petrópolis.		
	Ministério Público Estadual.		
	Ministério Público Federal.		
	Fórum Itaboraí.		
	ENSP/Fiocruz.		
	Autores políticos e fiscalizadores.		
	Universidades e empresas da região.		
Insumos	Pagamento de equipe multidisciplinar (gestão, clínica e elaboração de projetos).		

Fonte: Elaborado pelos autores.

Principais resultados

A experiência permitiu uma análise da proposta quanto à avaliação de caráter qualitativa e quantitativa do NAFVD. A avaliação no trabalho do Núcleo abrange todos os envolvidos no processo do núcleo, por meio de pesquisas feitas em períodos determinados com objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos atendimentos, da gestão e ampliar a importância da saúde em todas as políticas.

A abordagem Saúde em Todas as Políticas (*Health in All Policies*), disseminada pela Organização Mundial de Saúde, a partir da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, ocorrida em Helsinque, em 2013, é uma abordagem às políticas públicas, transversal a todos os setores governamentais, que se baseia no propósito de considerar, sistematicamente, as implicações de todas as decisões sobre a saúde, buscando sinergias e evitando impactos prejudiciais à saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde.

Objetiva melhorar a responsabilidade dos formuladores de políticas pelos impactos na saúde em todos os níveis de formulação de políticas. Visa promover uma agenda governamental orientada à geração de sinergias que assegurem políticas públicas sustentadas e sustentáveis na promoção do bem-estar da população, da equidade e da garantia do direito à saúde, por meio do planejamento e implementação de ações coerentes e coordenadas entre diferentes setores governamentais e níveis decisórios.

Segundo o relatório do encontro internacional sobre saúde em todas as políticas, Declaração de Adelaide 2010¹⁰, os ministérios ou departamentos de saúde, ao adotar a estratégia Saúde em Todas as Políticas, terão novas responsabilidades, que deverão incluir os itens abaixo:

- compreender a agenda política e os imperativos administrativos de outros setores;
- construir o conhecimento e a base de evidências relativas às políticas e estratégias;
- avaliar comparativamente as consequências sobre a saúde de cada opção relativa ao processo de desenvolvimento das políticas;
- criar plataformas regulares para o diálogo e solução de problemas com outros setores;
- avaliar a eficiência do trabalho intersetorial e da formulação intersetorial de políticas;
- desenvolvimento de capacidades através da instituição de melhores mecanismos e recursos, assim como de um maior apoio por parte da agência e através de recursos humanos mais preparados e dedicados;
- trabalhar com outros setores do governo no cumprimento de SUAS metas e, assim, melhorar as condições de saúde e ampliar o bem-estar.

Conclusões

Este trabalho possibilitou uma maior compreensão sobre a violência contra a mulher e como ela foi gerada ao longo dos anos, por meio da questão social, tendo

a influência do capitalismo, do racismo e do patriarcado, o qual tem como sua estrutura a desigualdade das relações de gênero. Dentro desse sistema, os homens se tornam violentos e aprendem que a violência é uma forma de linguagem, sendo atribuída a eles pelo poder e pela força. As inovações no enfrentamento à violência com o foco aos autores de agressão são de extrema importância para deixar os preconceitos de lado para o aprofundamento da temática, e, também, combater a culpabilização da mulher, a naturalização e normalização da violência, através da justiça restaurativa e de uma abordagem em Saúde.

As inovações no enfrentamento à violência, com foco nos autores de agressão, são de extrema importância para deixar os preconceitos de lado, promovendo o aprofundamento da temática. Além disso, contribuem para combater a culpabilização da mulher, a naturalização e normalização da violência, através da justiça restaurativa e de uma abordagem em Saúde em Todas as Políticas.

Proporcionar a criação do NAFVD no município de Petrópolis amplia as expectativas de diminuir o índice de violência doméstica e reincidência de agressão, ao mesmo tempo que responsabiliza e promove um comportamento respeitoso e pacífico com intuito de restabelecer a harmonia, por meio da mudança de paradigmas.

Em síntese, observa-se que, ao longo dos anos, a violência contra a mulher começou a ser visualizada, possibilitando inúmeras conquistas em políticas públicas visando o desenvolvimento de uma cultura de paz, de equidade e igualdade.

Referências

1. Tavassi APC, Rê E, Barroso MC, Marques MD [Internet]. Equidade de Gênero: o que isso quer dizer? São Paulo: Instituto Mattos Filho; 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/equidade/blogpost/equidade-de-genero/>. Acesso em: 2 fev. 2023.
2. Batella W [Internet]. Aumento da violência doméstica durante a pandemia é tema de podcast. UFJF Notícias. 2022; 12ago. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/noticias/2021/08/13/aumento-da-violencia-domestica-durante-a-pandemia-e-tema-de-podcast/>. Acesso em: 2 fev. 2023.
3. Presidência da República. Lei 11.340, de 7 agosto de 2006. Cria mecanismos para

- coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República 2006 7ago. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 08 nov. 2021.
4. Presidência da República. Lei 13.984, de 03 de abril de 2020. Estabelece como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial. Brasília: Presidência da República 2020; 3Abr.
 5. Papo de Homem e Instituto PdH [Internet]. “O Silêncio dos Homens”; YouTube. 2019; 29ago. Disponível em: <https://papodehomem.com.br/o-silencio-dos-homens-documentario-completo/>. Acesso em: 2 fev. 2024.
 6. Ministério da Saúde. Portaria Gm/Ms N° 104, de 25 de Janeiro De 2011, Dispõe sobre: Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Diário da União 2011; 25jan.
 7. Walker L. The battered woman. New York: Harper and How; 1979.
 8. Silva LAM. Sociabilidade Violenta. Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano. Sociedade e Estado, Brasília. v. 19, n. 1, p. 58, jan./jun.
 9. Instituto de Justiça Ensaia [Internet]. Projeto “Tempo De Despertar” ressocialização e grupos reflexivos de homens autores de violência doméstica e familiar contra a mulher. 2018; 7nov. Disponível em: <https://www.justicadesaia.com.br/tratar-o-agressor-solucao-inovadora/>. Acesso em: 2 fev. 2024.
 10. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2010.

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA EQUIPE DE AJUDA ENTRE PARES COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES: UMA PROPOSTA DE PROJETO-INTERVENÇÃO

Marina Santos Rocha*
Letícia Gonçalves**

Introdução

O presente texto objetiva apresentar um projeto de intervenção que se encontra em fase de planejamento e foi construído como produto da Especialização Impactos da Violência na Saúde, ofertada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O projeto-intervenção tem como foco a prevenção da violência autoprovocada e promoção da cultura de paz entre adolescentes.

A partir da perspectiva de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, composta por equipes multiprofissionais de saúde, é possível perceber, já há algum tempo, um aumento significativo da procura do serviço por problemas relacionados ao sofrimento mental de adolescentes. São jovens com quadros de ansiedade, abuso de álcool e outras drogas, autolesões e tentativas de suicídio.

O serviço de psicologia tem recebido, nos últimos anos, um número crescente de solicitação de atendimento para esse público feito por outros

* Especialista em Avaliação e Diagnóstico Psicológico (PUC/MG). Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (PUC/MG). Psicóloga clínica do SUS na Prefeitura de Belo Horizonte. E-mail: marinasrpsi@gmail.com

** Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF). Mestre em psicologia (PUC/MG). Graduada em Psicologia (PUC/MG). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (UFJF). E-mail: leticia1goncalves@yahoo.com.br

serviços, pela família e, cada vez mais, pelo próprio adolescente, em função de violência autoprovocada. São jovens e adolescentes, cada vez mais novos, que atentaram contra o próprio corpo ou a própria vida. Muitas vezes, é possível perceber como o sofrimento que levou ao adoecimento está, em grande parte, relacionado a outras violências experienciadas por eles.

Este quadro ficou ainda mais evidente com o advento da Pandemia de covid-19, em que escolas e espaços de esporte, lazer e cultura permaneceram fechados por quase dois anos. Esse isolamento social, antes desejado por uma parcela desse público, passou a ser obrigatório, aumentando o tempo passado no mundo digital, em uma fase em que o convívio social é a base para a construção da identidade e de habilidades sociais e expondo os jovens a um maior risco de violência intrafamiliar e aos perigos da internet, gerando ainda mais sofrimento.

Em Belo Horizonte, de acordo com o Boletim da Vigilância em Saúde sobre Violências interpessoais/autoprovocadas¹, publicado em 2018, a violência autoprovocada foi a segunda mais frequente na faixa etária de 10 a 19 anos e a primeira em jovens e adultos de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, segundo dados analisados a partir das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de agosto de 2007 a dezembro de 2017.

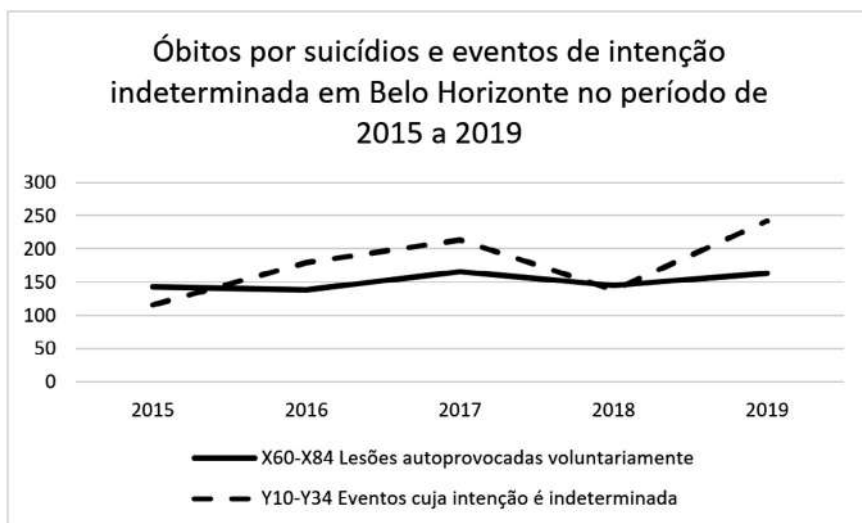
Foram 936 notificações de violência autoprovocada de 10 a 19 anos nesse período. Sabendo que a notificação de violência só se tornou compulsória a partir de 2011 e que a violência ainda hoje é muito subnotificada, podemos pensar que esse número é ainda maior.

Nesse mesmo período, ocorreram 1.225 óbitos por suicídio em residentes de Belo Horizonte registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sendo 67 na faixa etária de 10 a 19 anos, 4,6% do total. A maioria, 65,5%, foi na população de 20 a 29 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS)² estima que, para cada suicídio consumado, temos pelo menos outras 20 tentativas.

Apesar de alguma variação, temos em média 151 casos de suicídio por ano em Belo Horizonte, se considerarmos o período de 2015 a 2019. Foram

48 suicídios na faixa etária de 10 a 19 anos. Isso sem contar os eventos cuja intenção é indeterminada, que apresentam sozinhos uma média de 177 óbitos nesse período (Gráfico 1).

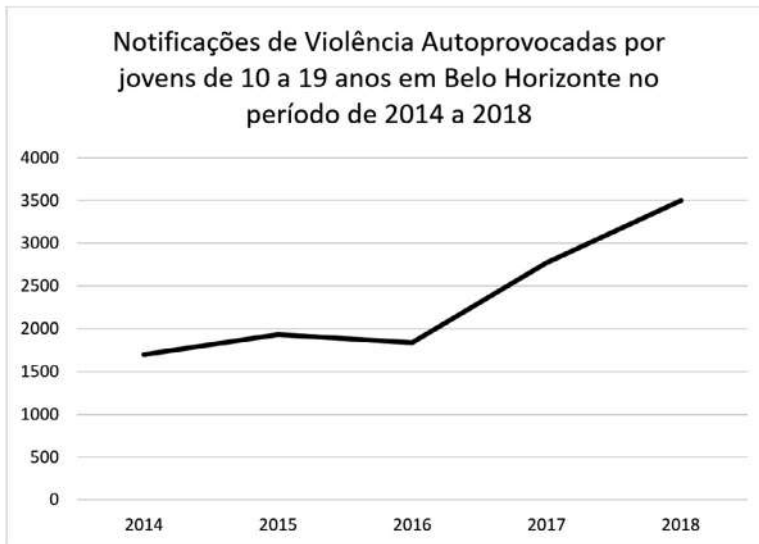
Gráfico 1. Óbitos por suicídios e eventos de intenção indeterminada em Belo Horizonte no período de 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Só em 2019, tivemos 164 óbitos por suicídio, o que foi responsável por 11,5% do total de causas externas, e 195 internações por tentativas de autoextermínio, sendo 24 de jovens de 10 a 19 anos. O número de notificações por violências autoprovocadas dessa faixa etária vem aumentando consideravelmente, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2. Notificações de VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADAS POR JOVENS de 10 a 19 anos em Belo Horizonte no período de 2014 a 2018



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Dessa forma, podemos pensar em duas hipóteses: que houve um aumento na visibilidade desses casos, ou que o número de jovens que cometem violência contra si mesmos realmente aumentou. Esta última concorda com Abasse *et al.*³, quando dizem que:

A Análise da Situação de Saúde em Minas Gerais, realizada pela Superintendência de Epidemiologia/SES-MG, mostrou um aumento nas taxas de mortalidade por suicídio nos jovens de 15 a 29 anos, de 47,5%, entre 2000 e 2004, sendo que, neste último ano, passou a ser o segundo grupo etário de maior risco de morte por essa causa.

Esses dados refletem a carência de intervenções sobre esse problema que atinge a todos e sofre a interferência de fatores individuais, ambientais e sociais.

O projeto-intervenção proposto baseia-se no modelo espanhol de apoio entre pares, e objetiva criar e implementar uma equipe de ajuda formada pelos próprios adolescentes em uma escola da cidade de Belo Horizonte/

Minas Gerais. Tal equipe deverá ser capacitada e supervisionada por uma equipe de saúde, incluindo saúde mental, para acolher e escutar os colegas com algum tipo de demanda de fala ou sofrimento que a procure. Também deve ser preparada para identificar e encaminhar aos serviços especializados aqueles que necessitem de tal intervenção. Espera-se que, com a implantação desse projeto, os adolescentes desenvolvam habilidades capazes de melhorar o convívio consigo próprio e com o outro, através da valorização do protagonismo juvenil. Foi elaborado um cronograma com as fases de implantação e técnicas utilizadas em parceria com profissionais da escola em questão. A seguir apresentamos os objetivos do projeto, seguidos por uma breve discussão teórica e a descrição metodológica.

Objetivo geral

Implementar uma equipe de ajuda em uma escola pública de Belo Horizonte composta pelos próprios alunos para atuação junto aos colegas.

Objetivos específicos

- Articular ações em rede para o trabalho intersetorial da saúde e da educação, identificando os atores-chave e adequando a metodologia do projeto enquanto ferramenta teórico/metodológica.
- Capacitar a equipe de ajuda selecionada para identificar, acolher, apoiar e encaminhar aos serviços especializados, se necessário, os jovens em situação de sofrimento com fatores de risco para a violência autoprovocada.
- Supervisionar os membros da equipe e monitorar os casos acolhidos por eles.

Revisão de literatura

1) Violência autoprovocada e adolescência

A violência é um fenômeno complexo, multifatorial e vem se inserindo cada vez mais na agenda da saúde. Podemos conceituá-la como sendo o ato ou ação intencional de ferir, ou causar danos a si mesmo, ou a outrem e, para compreendê-la, devemos considerar o contexto histórico, social e cultural em que está inserida. Segundo Minayo *et al.*⁴:

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde.

No que tange à violência autoprovocada, podemos dividi-la, segundo Minayo⁵, em comportamento suicida e automutilações. O comportamento suicida compreende os pensamentos ou ideias suicidas, que podem ter graus de intensidade e risco variados (com ou sem planejamento de como e quando), as tentativas, ou comportamento suicida não-fatal, e o ato suicida em si. Já as automutilações, ou autolesões, em que não existe a intenção de acabar com a própria vida, podem ser classificadas em graves (ao decepar partes do corpo, por exemplo), estereotipadas ou repetitivas e superficiais.

Esse tipo de violência, presente em todas as sociedades de que se tem conhecimento, tem crescido entre jovens de todo o país. Para termos ideia da dimensão do problema, devemos ainda considerar o problema da subnotificação e da falta de dados totalmente confiáveis, existente não só no Brasil, principalmente por este ser um tema tabu. A autora levanta a hipótese que “entre adolescentes e jovens as tentativas costumam estar ligadas a crises de identidade, problemas socioafetivos e dificuldades de administrar os desafios do crescimento e da competição social”⁵.

De acordo com a OMS², a adolescência vai dos 10 aos 19 anos. Costuma se iniciar com as mudanças hormonais e corporais da puberdade e termina com a consolidação da personalidade e emancipação econômica, embora este último limite esteja atualmente em discussão.

A adolescência é frequentemente conceituada como um período de transição entre a infância e a vida adulta. Esta concepção, transformada em consenso científico a partir de Erikson em 1976, segundo Quiroga e Vitalle⁶, leva a pensar essa fase não como um fim em si mesma, mas como algo a ser transposto, superado, cujo único sentido consiste em chegar à fase adulta. Soma-se a isso uma visão negativa, tendo Erikson cunhado a expressão “crise da adolescência”, de que essa fase é marcada pela instabilidade, rebeldia, crise e turbulência.

Bock⁷ critica essa visão naturalizante, quando se assume que todos os adolescentes são iguais, independentemente de origem étnica, cultural e da época, e entende e descreve a adolescência como um processo de construção social e histórico, ao conceber o homem como “um ser com características forjadas pelo tempo, pela sociedade e pelas relações, imerso nas relações e na cultura das quais retira suas possibilidades de ser e suas impossibilidades.”

Apesar de a adolescência ser um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais, Bock⁷ afirma que tratá-la apenas como uma fase de perturbações e conflitos é reduzi-la a uma visão negativa e antiquada.

Não podemos desconsiderar que a adolescência é uma fase de transformações, com muitas alterações hormonais, variações de humor e reações típicas. Teorias psicológicas recentes se referem a isso como “síndrome normal da adolescência”⁷. Os adolescentes podem apresentar dificuldade em lidar com fatores estressores pela incompletude do desenvolvimento cognitivo e ter a tendência de expressar suas emoções por meio das ações de modo impulsivo, mas isso não é regra.

Por ser neste período que se dá a construção da identidade e o desenvolvimento de ideias próprias, é provável a perda da identificação com os

pais e a busca de pertencimento em grupos de amizades, o que pode propiciar conflitos familiares/intergeracionais. Com a entrada na puberdade, temos também nessa fase, o início dos interesses amorosos e, conseqüentemente, suas frustrações.

Assim, a adolescência vai se consolidando cada vez mais como uma fase legítima por si só, refletindo o momento histórico e social em que está inserida.

Minayo⁵ relata que os comportamentos suicidas, desde as ideações até o suicídio consumado, estão presentes, universalmente, na adolescência. E que existem diversos estudos sobre a relação entre esses fenômenos e os problemas vividos nessa fase.

A autora também chama atenção ao fato que os números reais de suicídio são muito maiores do que os divulgados, dentre outros motivos, por ser um tema tabu que ainda sofre “interferências de ordem cultural, religiosa e moral”⁵.

Cabe diferenciar e destacar que a automutilação sem intenção suicida tem sua maior prevalência entre os adolescentes⁸. Nela, os sintomas se confundem, já que a autolesão não necessariamente quer dizer desejo de morrer.

Le Breton⁹, ao falar sobre as escarificações na adolescência, diz que elas podem ser pensadas como uma nova pele, ou um rito de passagem, um modo de enfrentamento às dificuldades da vida. Como se, ao controlar a dor física, o adolescente fizesse com que a dor emocional ficasse temporariamente suportável. Perde-se uma parte para guardar o essencial. Nesses casos, os cortes dizem, não da vontade de morrer, mas de um grito desesperado por viver.

Mariz e Zornig¹⁰ se referem aos cortes e marcas no corpo como o excesso que compromete a simbolização. E dizem que “Num período de vida no qual o psiquismo ainda está em formação, o corpo testemunha aquilo que permaneceu no campo dos afetos, da pulsão propriamente dita”. Sendo o corpo a primeira forma de inscrição na linguagem, o adolescente atua no corpo, aquilo que ainda não nomeia.

As marcas corporais testemunhadas pelo analista retratam a busca pela construção de um sentido. Como uma cena congelada, as atuações no corpo expressam o que permaneceu como excesso, no nível do transbordamento pulsional, extrapolando as possibilidades de mediação¹⁰.

Portanto, podemos pensar que oferecer outras possibilidades, como ajudar a transformar a dor em palavra, por meio da escuta e da compreensão, pode ajudar a lidar com o sofrimento de crescer.

2) Prevenção das violências e intersetorialidade

Para prevenir a violência autoprovocada, precisamos saber suas causas. Para tal, utilizamos o modelo ecológico descrito no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que diz que devemos considerar os fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, além de suas complexas interações.

O comportamento suicida tem um grande número de causas subjacentes. Os fatores que colocam os indivíduos em risco de suicídio são complexos e interagem entre si. Identificar esses fatores e compreender seu papel tanto no suicídio fatal como no não-fatal é fundamental para evitarmos os suicídios².

Como fatores individuais, podemos identificar o risco de impulsividade associado à adolescência, o abuso de substâncias tóxicas e os transtornos psiquiátricos. Mas para além dos fatores de risco em cada nível desse modelo, é importante identificar e potencializar os fatores de proteção associados. Características pessoais como segurança, autoestima e resiliência podem ser consideradas fatores de proteção.

A violência contra crianças e adolescentes, como *bullying*, violência doméstica, interpessoal e/ou sexual, é fator de risco para desenvolver depressão, automutilação e comportamento suicida, conforme mostram vários dos autores estudados²⁻⁵. Portanto, atuar contra a violência autoprovocada passa por prevenir também outras formas de violência, principalmente a violência física e sexual na infância.

As relações sociais próximas, com família, amigos e início das relações amorosas, bem como a escola e a religião, podem atuar como fator de risco ou proteção, dependendo de como se dão essas relações, se são saudáveis ou não, tendo em vista a intensa convivência.

Deslandes e Coutinho¹¹ nos alertam para os riscos que o isolamento social provocado pela pandemia e o consequente aumento da exposição dos adolescentes à internet trazem um aumento das violências autoinflingidas. Os autores relacionam a sociabilidade pelo meio digital ao aumento da prática recreativa de “desafios” que envolvem autolesão.

A prática mostra que os adolescentes ainda acessam pouco os serviços de saúde espontaneamente, seja por não se sentirem acolhidos e compreendidos em um espaço com funcionamento burocrático, seja por certo descuido com o autocuidado. Isso dificulta as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos dessa população, como nos casos de gravidez precoce, abuso de drogas e as diversas formas de violência.

Mesmo que as estratégias integradas e intersetoriais ainda sejam um desafio, conforme mostram Minayo *et al.*⁴, elas podem potencializar a escola enquanto fator de proteção, haja vista ela ser um local onde esse público passa boa parte do seu tempo. Para isso, diversos outros serviços e atores também são importantes, como o Conselho Tutelar e a assistência social como um todo, visando à garantia da proteção dos direitos dos nossos jovens.

3) Intervenções com adolescentes

a) o modelo espanhol de Sistema de Apoio entre Iguais

A ideia de implementar equipes de ajuda, inspirada no modelo espanhol de Sistema de Apoio entre Iguais proposto por José Maria Avilés Martinez, como forma de prevenção ao *bullying* nas escolas, já existe no Brasil desde 2015 e vem sendo desenvolvido em escolas públicas e particulares no Brasil por um grupo de pesquisadores brasileiros (Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Moral, UNESP/UNICAMP), coordenado no Brasil pela professora Doutora Luciene R. P. Tognetta.

Apesar de não ter como parte de seus objetivos a prevenção também da violência autoprovocada, conforme explicado mais adiante, vem apresentando resultados que apontam nessa direção. Baseada no conceito de protagonismo

juvenil e visando favorecer a promoção da cultura de paz no ambiente escolar, pode se tornar uma valiosa ferramenta que atue na identificação e diminuição dos casos de automutilação e tentativas de suicídio em jovens e adultos.

b) protagonismo juvenil e grupo de apoio entre pares

A representação social do adolescente sobre si próprio, conforme estudo de Assis *et al.*¹², difere da visão que o adulto e a sociedade têm dele. Em geral, eles mostraram uma visão positiva de si mesmos, que deve ser considerada na implantação de políticas públicas de promoção da saúde.

É a partir dessa concepção positiva que as ações de prevenção e de promoção de saúde podem encontrar terreno fértil e se tornarem efetivas, estimulando o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, e incentivando a participação e o protagonismo juvenil para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde¹⁴.

Lapa¹⁴ aponta que pesquisas nacionais e internacionais mostram que jovens em situações de instabilidade procuram mais os pares para contar sobre seus problemas do que os adultos. Desta forma, equipes de ajuda formadas pelos próprios adolescentes, podem, potencialmente, atingir mais facilmente esses jovens e suas famílias, ao mesmo tempo que possibilitam a eles adquirirem competência e segurança na autogestão de sua vida.

Cowie e Wallace, citados por Lapa¹⁴ em sua dissertação de mestrado, apontam as razões para a eficácia dos sistemas de apoio entre pares. Os jovens são capazes de detectar as manifestações de violência em estágios anteriores do que professores e outros adultos, isso pode possibilitar que mais jovens em sofrimento cheguem aos serviços de saúde em tempo oportuno. Os participantes adquirem valiosas habilidades interpessoais, diminuindo conflitos. Muitas vezes há entre os participantes um grande número de jovens que já foram vítimas de violência e isso faz com que eles tenham empatia pela experiência, formando uma comunidade escolar na qual o apoio e a ajuda predominam.

Os resultados das pesquisas por meio das experiências brasileiras¹⁴ mostram que as equipes de ajuda trazem uma série de consequências que atuam como fatores de proteção à violência autoprovocada, como o aumento do autoconhecimento entre os jovens e o desenvolvimento de habilidades como autonomia, formação de personalidade ética, melhora na comunicação, nas relações interpessoais, na saúde emocional e no bem-estar dos estudantes. Os jovens aprendem, por meio de treinamento apropriado, a compartilhar informações, respeitando a privacidade dos demais e a refletir sobre suas próprias emoções.

As equipes de ajuda também estimulam o sentimento de pertencimento, bem como a melhora na convivência escolar, tornando conseqüentemente o ambiente mais agradável, acolhedor e diminuindo as situações ou vivências estressoras. Os participantes, se sentindo aceitos, se tornam mais seguros, espontâneos, participativos e desenvolvem competências socioemocionais que levarão para a vida adulta. Dessa forma, podendo, a longo prazo, diminuir os casos de violência autoprovocados também nessa faixa etária.

Metodologia

O presente trabalho tem como projeto de intervenção a criação e implementação de uma equipe de ajuda em uma escola, formada pelos próprios adolescentes, buscando contribuir para o desenvolvimento do protagonismo juvenil, no que tange à prevenção da violência autoprovocada e à promoção da cultura de paz. Por meio da interlocução e do trabalho intersetorial, os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde, incluindo psicólogas, enfermeira, assistente social, dentre outros, atuarão diretamente na escola.

1) Campo de intervenção

Propõe-se que o projeto seja desenvolvido na Escola Estadual Professora Maria Muzzi Guastaferrero, localizada na Rua Irineu Pinto, 255, ao lado do Centro de Saúde Santo Antônio, em região central e antiga de Venda

Nova, regional do município de Belo Horizonte. Essa regional, por ser mais periférica em relação ao centro da cidade, além de bastante antiga, abriga uma população mais vulnerável e, em sua maioria, SUS-dependente. A escola recebe estudantes de vários bairros da regional, por estar em local mais central, comercial e de fácil acesso.

2) Público-alvo

Pretende-se atingir todos os aproximadamente 960 alunos da escola que estudam nos períodos da manhã e da tarde, desde a 6ª série do Ensino Fundamental até o final do Ensino Médio. Não será foco do projeto neste momento os alunos do Ensino Médio do turno da noite e da EJA-Educação de Jovens e Adultos.

3) Descrição geral das estratégias da intervenção

a) Métodos

Inicialmente, serão realizadas reuniões entre os profissionais do serviço de saúde que participarão do projeto e a escola, com membros da direção e do corpo docente. Definir-se-ão atores-chave em cada serviço para interlocução entre profissionais e estudantes. Será feita, em conjunto, articulando os diversos saberes, a revisão da metodologia do projeto, buscando adaptá-la à realidade atual ao nível local. Previsão para iniciar em outubro de 2020 e concluir em fevereiro de 2021.

Será feita a apresentação do projeto aos alunos e, posteriormente, aos seus familiares, esclarecendo riscos associados, formas de prevenção desses riscos e benefícios esperados. Serão selecionados aproximadamente três alunos por série, a partir da 8ª série do Ensino Fundamental, totalizando 15 alunos para compor a equipe de ajuda. Tal seleção será realizada a partir do interesse pessoal e da indicação dos colegas, com desempate de acordo com avaliação dos profissionais da escola. Previsão para acontecer de fevereiro a março de 2022.

Serão realizados encontros sistemáticos parcialmente estruturados com os adolescentes membros da equipe, visando o desenvolvimento de habilidades

de escuta e empatia, não julgamento, respeito às diversidades, aspectos da comunicação não violenta, da necessidade de se garantir o sigilo, bem como a compreensão dos fatores relacionados ao impacto das violências na saúde mental de toda a comunidade escolar e quando há necessidade de encaminhamento a serviços de saúde mental especializados. Previsão para acontecer de março de 2022 a dezembro de 2023, respeitando-se o calendário de férias escolares.

Nesse mesmo espaço, serão realizadas também as discussões dos casos acolhidos, buscando em conjunto, formas de apaziguar o sofrimento e minimizar os danos. Serão registrados, para fins de monitoramento e categorização, dados sobre os tipos de queixas e violências apresentadas aos membros da equipe, bem como as tratativas dadas aos casos (se houve encaminhamento a outras pessoas e/ou serviços, ou não) e reincidências. Previsto também para acontecer de março de 2022 a dezembro de 2023.

Será realizado o monitoramento dos impactos da intervenção, buscando-se conhecer a percepção de seus efeitos pelos alunos e professores por meio de questionário semiestruturado respondido de forma anônima em novembro de 2022 e novembro de 2023.

b) Instrumentos utilizados

Para atingir os objetivos, serão utilizadas, principalmente, ações coletivas, como reuniões, palestras, grupos reflexivos, rodas de conversa, oficinas e discussão de casos, de acordo com o objetivo de cada fase. Pretende-se ainda utilizar questionários individuais para monitoramento dos indicadores.

As reuniões dos profissionais com a equipe de ajuda serão realizadas em uma sala com cadeiras disponibilizada pela escola.

Como a maior parte do projeto será realizada por meio da fala e da escuta, o orçamento previsto para sua realização é de apenas duas resmas de papel A4, R\$44,00, e tinta para impressão/cópia, R\$55,00.

A disponibilização de carga horária dos profissionais envolvidos não gerará custo extra, tendo em vista que a realização do projeto se dará no horário de trabalho dos profissionais.

c) Parcerias e articulação intersetorial na perspectiva do trabalho em rede

Para aplicação do atual trabalho, será realizada aproximação e parceria entre profissionais de diversas categorias dos setores de saúde e educação, especialmente, mas não somente, da Unidade Básica de Saúde e da escola em questão.

Quadro 1. Perspectivas-procedimentos de monitoramento

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	CRONOGRAMA		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO E SUPERVISÃO
		INÍCIO	FIM	
Articular ações em rede para o trabalho intersetorial da saúde e da educação, identificando os atores-chave e adequando a metodologia do projeto enquanto ferramenta teórico/metodológica.	Reunião inicial com a diretora da escola para apresentar o projeto e estabelecer o vínculo entre os serviços.	Setembro de 2021.	Setembro de 2021.	Autoras.
	Reuniões com o grupo de trabalho.	Setembro de 2021.	Março de 2022.	Autoras na UBS e diretora da escola na escola.
	Reuniões para revisão e adaptação da metodologia.	Fevereiro de 2021.	Março de 2022.	Profissionais-chave dos serviços de diversas categorias.
Capacitar permanentemente a equipe de ajuda selecionada para identificar, acolher, apoiar e encaminhar.	Palestras, oficinas e rodas de conversa temáticas (acolhimento, escuta, sigilo, empatia, transtornos mentais, violência).	Março de 2021.	Novembro de 2022.	Autoras, psicóloga do NASF, enfermeiras da UBS.
Supervisionar os membros da equipe e monitorar os casos acolhidos por eles.	Discussão de casos e grupos reflexivos.	Março de 2021.	Novembro de 2022.	Autoras e psicóloga do NASF.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Como indicadores quantitativos, podemos avaliar o número de alunos que procurarem apoio da equipe, sua variação ao longo do tempo de atuação do projeto, os motivos que levaram a essa procura e sua incidência e reincidência, bem como quantos foram encaminhados para serviços especializados, dados colhidos durante a supervisão ao longo do projeto e

por meio dos questionários aplicados nos momentos determinados. Outro indicador possível é a rotatividade dos membros da equipe.

Como indicadores qualitativos, teremos as avaliações, por meio de rodas de conversa e questionários, com depoimentos sobre a percepção do significado e experiência do projeto, se possibilitou a ampliação do diálogo entre estudantes e membros da equipe de ajuda e entre estes e os professores e coordenação da escola. No questionário também haverá tópicos sobre percepção de mudanças no convívio familiar dos estudantes.

Resultados esperados

Espera-se que o presente trabalho contribua para a ampliação do diálogo entre os jovens e os adultos/profissionais/familiares de seu círculo de convivência e dos jovens entre si, possibilitando o resgate da socialização, prejudicada pelo período de pandemia, de forma pacífica e, ainda, com respeito à singularidade de cada um. Que a violência autoprovocada dê lugar à palavra e à escuta, à troca de afetos e ao apoio mútuo. Que o jovem seja reconhecido em seu potencial no presente além do futuro. Que os casos graves sejam encaminhados a tempo aos serviços de saúde, prevenindo os desfechos fatais. Que os jovens cheguem à idade adulta autoconfiantes e resilientes, mais preparados para lidar com as adversidades da vida e que, assim, a longo prazo, possamos verificar queda nos números de suicídio, não só dos jovens, mas de toda a população atingida pelo projeto.

Considerações finais

A elaboração desse projeto de intervenção ocorreu de forma paralela aos estudos sobre violências e foi resultado da junção do interesse prévio no tema da violência autoprovocada na adolescência com o processo de compreensão e aprofundamento em toda a temática da violência provocada pelo curso. Percebe-se que a violência é extremamente complexa, perpassada por fatores culturais, estruturais e multicausais e, portanto, necessita de abordagens amplas e multidirecionadas.

Desta forma, o projeto pode e deve ser revisto e ampliado para outras escolas após sua conclusão e avaliação, levando-se em conta os resultados atingidos e o interesse em sua ampliação. Os casos de sofrimento mental, automutilação e tentativas de suicídio em jovens vêm crescendo ao longo dos anos e é necessária uma maior compreensão do momento atual da sociedade para continuarmos lutando por melhores condições de vida e desenvolvimento dos nossos jovens e, conseqüentemente, de um melhor futuro para a população.

Referências

1. Prefeitura de Belo Horizonte. Boletim da Vigilância em Saúde: Violência interpessoal/autoprovocada. 1 ed. ano VIII. n1. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/boletim-de-vigilancia-em-saude-violencia-ed-n-1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.
3. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(2):407-16.
4. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMS, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2018;23(6):2007-2016.
5. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.
6. Quiroga FL, Vitale MSS. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. Physis. 2013; 23 (3):863-878.
7. Bock AMB. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. Psicol. Esc. Educ. 2007; 11(1):63-76.
8. Basil, Ministério da Saúde. Noções Gerais sobre Automutilação. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020. Disponível em: <https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/41473-f1-prevencao-da-automutilacao.pdf>. Acesso em 20 nov. 2021.
9. Le Breton D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. Horiz. antropol. 2010; 16(13).
10. Mariz NN, Zornig SMA-J. Violência precoce e constituição psíquica: limites e possibilidades de representação no corpo. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2011; 14(3):426-439.

11. Deslandes SF, Coutinho T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da Covid-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25:2479–86.
12. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(3):669–79.
13. Assis SG, Avanci JQ, Duarte CS. Adolescência e saúde coletiva: entre o risco e o protagonismo juvenil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015Nov;20(11):3296–.
14. Lapa LZ. Valentes contra o bullying: a implantação das equipes de ajuda, uma experiência brasileira. [dissertação de mestrado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2019.

PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL À POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA CHAMADA AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Naessa Santos Borges Zure*
Letícia Gonçalves**

Introdução

O crescimento populacional expressivo, concomitante ao acréscimo do número das infrações penais e dos decretos de prisão, resultaram no aumento significativo de pessoas privadas de liberdade no Brasil. Segundo as informações do sistema penitenciário, o crescimento é exponencial nos últimos 20 anos, o que colocou o Brasil em terceira posição no ranking de maiores populações carcerárias do mundo, estando atrás apenas dos Estados Unidos e Rússia¹⁻³.

Em números, isso implica em um total de 811.707 pessoas em situação de cárcere, em um sistema penitenciário que comporta aproximadamente 446,7 mil pessoas. Como resultado dessa discrepância, têm-se os principais entraves das penitenciárias brasileiras: o déficit de vagas e a superlotação, pois apesar dos esforços para ampliar o setor, nunca foi possível equiparar a infraestrutura, logística, segurança pública, recursos humanos e financeiros^{2,5}.

Conforme o arcabouço legislativo brasileiro, todos os cidadãos são iguais perante a lei e devem gozar dos mesmos direitos constitucionais. Sendo a saúde, um direito que deve ser provido e assegurado pelo Estado. Destarte,

* Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador PPGAT (UFU). Graduada em Odontologia (UFU). E-mail: naessasantos@yahoo.com.br

** Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF). Mestre em psicologia (PUC/MG). Graduada em Psicologia (PUC/MG). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (UFJF). E-mail: leticia1goncalves@yahoo.com.br

quando um cidadão infringe a lei e é colocado em cárcere, perde apenas o direito de ir e vir e tem os demais preservados, devendo ter suas necessidades básicas garantidas pelos órgãos de gestão penitenciária⁶⁻¹⁰.

A população carcerária foi o último grupo populacional a ser introduzido no Sistema Único de Saúde (SUS) e precisou de legislação específica, com importantes marcos normativos que subsidiaram a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema Prisional (PNAISP). Trata-se de uma iniciativa importante, com foco na organização e implantação de ações e serviços relacionados à saúde dos presos, visando promover a integralidade do cuidado na promoção, prevenção e recuperação da saúde. A PNAISP ressalta ainda que a saúde bucal é um componente imprescindível para a integridade física, mental e social dos detentos e a presença da equipe odontológica é uma exigência normativa na composição multiprofissional da assistência prisional¹⁰⁻¹¹.

Não obstante, contradizendo a legislação, percebe-se que, assim como outras minorias, a população privada de liberdade não consegue acessar seus direitos, de modo que as prisões brasileiras operam às margens da constituição. O estigma e o preconceito da sociedade em relação à população carcerária é um grande impasse, que reforça o cenário de insalubridade, de insuficiência no âmbito da saúde, alimentação, assistência jurídica e segurança, aumentando a vulnerabilidade das pessoas, um fato que é retratado desde a origem histórica das prisões no Brasil até os dias de hoje, visto que a dinâmica institucional tende a inércia¹²⁻¹⁴.

É importante ressaltar que os agravos em saúde de toda ordem, que acometem a população geral, são potencializados nesse retrato do sistema penitenciário e tendem a ser muito mais incidentes, não só pelas condições de confinamento, mas também pelo perfil da população que adentra as unidades prisionais, com predominância de características socioeconômicas precárias, marginalização social e histórico de dependência química que expande a vulnerabilidade populacional¹⁷⁻¹⁹.

Toda essa complexa gama de problemas força o senso comum a imaginar que as questões de saúde bucal sejam irrelevantes e secundárias, ignorando as

experiências cotidianas de vulnerabilidade vivenciadas no confinamento prisional, onde a alta incidência e prevalência de doenças bucais, as sintomatologias dolorosas e agravos odontogênicos evitáveis são resolvidos predominantemente em caráter de urgência, exigindo operações complexas e custosas que impactam negativamente a rotina do trabalho, da segurança prisional e dos cofres públicos²⁰⁻²².

A negação desses direitos básicos à população privada de liberdade configura em um ato de violência institucional, apontada como negligência, uma vez que as ações e omissões partem do poder público e causam prejuízos diretos à vida dessas pessoas, provocando novas demandas na esfera da saúde, justiça e segurança pública²³⁻²⁴.

Portanto, desvelando o impacto que a negligência provoca, reverberando no aumento da violência social e negação dos direitos humanos contra a pessoa privada de liberdade, espera-se impulsionar os atores sociais a refletirem e promoverem ações intersetoriais que busquem a promoção da saúde com o aporte da cultura da paz, garantindo a não violação de direitos, para que possamos desfrutar de uma sociedade cada dia mais pacífica, igualitária e inclusiva²⁵⁻²⁶.

Este texto foi produzido a partir da experiência de realização da Pós-graduação “Impactos da Violência na Saúde”, ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que teve como proposta a construção de um projeto de intervenção, com foco nesta temática e articulado aos mais variados serviços de saúde. Considerando a atuação profissional da primeira autora, cirurgiã-dentista em uma Unidade Prisional localizada no estado de Minas Gerais, o projeto, em parte aqui exposto, possibilitou a produção de reflexões sobre os entraves para a efetivação do direito integral à saúde de pessoas presas, especificamente sinalizando para a invisibilidade do direito à saúde bucal, o que foi caracterizado como violência institucional. O objetivo geral é sensibilizar atores sociais acerca da promoção da saúde bucal como estratégia para atenuar a violência institucional sofrida pela população privada de liberdade. Metodologicamente, o projeto-intervenção visa à produção de material audiovisual. Inicialmente abordaremos os aspectos teóricos que fundamentarão tal produto.

Quadro teórico

Estigmas e vulnerabilidade das populações privadas de liberdade

Presente desde as sociedades antigas, o estigma é uma “marca” que o indivíduo passa a carregar por apresentar uma característica física, psíquica ou de caráter que se manifesta diferente do que é considerado padrão normal, fazendo com que seja reconhecido como inferior pelos seus pares. Uma vez estigmatizadas, essas pessoas passam a receber pré-julgamentos e rejeição social e, desse modo, lidam com o descrédito e com o preconceito¹⁴.

É evidente o estigma que carregam aquelas pessoas que possuem o rótulo do encarceramento¹⁴. Essa influência a respeito do modo como determinados grupos são “enxergados/cerceados”, e a forma que se posicionam na sociedade, são refletidas no contexto de vida desses sujeitos e vão reproduzindo as situações de injustiça. Por despender omissão do poder público, tanto no acesso às políticas públicas, como na proteção social, na validação das lutas reivindicatórias de direitos e nas liberdades de expressão, reverberam em uma conjuntura que define a vulnerabilidade¹².

O conceito de “vulnerabilidade” diz respeito ao modo com que a imersão das pessoas em um contexto social, econômico, ambiental e cultural definidos amplia os múltiplos fatores que fragilizam os indivíduos no exercício de sua cidadania, abarcando ainda mais fragilidades para enfrentar os riscos associados, aos quais são frequentemente expostos. Vale ressaltar que o enfrentamento de determinados riscos não se relaciona exclusivamente com a vontade ou capacidade individual das pessoas, principalmente aqueles relacionados à determinação social da saúde, que são impactados diretamente por abordagens coletivas, populacionais e contextuais²⁷.

Em reflexo disso, o indivíduo vulnerável não necessariamente materializará os danos aos quais está sujeito, mas, por possuir desvantagens, se encontra mais suscetível a eles, podendo ter problemas crônicos na vida

em sociedade, se atendo a permanecer nos patamares mais baixos de exclusão social, o que é determinante do modelo de vida e saúde do indivíduo¹².

No entanto, faz-se necessário afirmar que, assim como o estigma, é possível modificar os padrões de vulnerabilidade de uma pessoa ou comunidade tentando reduzi-los, desde que sejam articulados os setores sociais, econômicos, sanitários, políticos e outras esferas no enfrentamento dos riscos, dando aporte ao enfrentamento dos problemas contextuais ignorados para que sejam transformadas as situações de desigualdade e minimizados os estigmas e vulnerabilidades^{12,17}.

A violência institucional nos presídios

A incorporação da violência como uma questão de saúde pública sinaliza para um duplo reconhecimento: por um lado, o de que as múltiplas violências produzem danos à saúde e à vida e, por outro, de que é possível promover ações de prevenção e redução. No entanto, em muitos momentos, de forma contraditória e incoerente, os serviços de saúde e seus recursos humanos têm colaborado para aumentar essas marcas, praticando atos de uma violência muitas vezes silenciosa, aplicada pelas instituições que deveriam acolher os indivíduos²³.

A esse fenômeno sutil, de natureza impessoal, praticado pela própria organização pública, denominamos violência institucional, que se define pelo conjunto de ações e omissões que, pela forma como são ofertados e/ou negligenciados os serviços corporativos, terminam por induzir o sofrimento físico, psicológico ou simbólico aos usuários das instituições. De acordo com a população, as instituições públicas que mais cometem essa tipologia de violência são o setor da saúde, a segurança pública e a seguridade social, contemplando assim os órgãos que afetam diretamente o sistema penitenciário, fazendo com que sejam reproduzidas as estruturas sociais de injustiça²⁸.

A expressão dessa violência no âmbito da saúde é comumente manifesta pelo descaso no atendimento, pela violência verbal, pelo tratamento grosseiro dos pacientes, pela repreensão descabida ou exagerada, uso de tons

de ameaças, ataques de violência física, incluindo a negação do cuidado e do alívio da dor; e até a prática do abuso sexual e moral²³.

Mesmo diante de uma legislação consistente, com recomendações protetivas aos internos do sistema prisional, são muitos os relatos de desrespeito aos direitos humanos²⁹. Por isso, é preciso chamar atenção e dar visibilidade às práticas já identificadas que possam alertar a comunidade na mobilização, sensibilização e enfrentamento de toda e qualquer forma de violência institucional, principalmente a negligência, para promover a cultura da paz^{23,29}.

Odontologia em foco no sistema prisional

Diante das complexidades a respeito do sistema prisional, e a estigmatização das pessoas presas, a sociedade alimenta a ideia de que a saúde da comunidade em reclusão, principalmente de saúde bucal, seja uma questão irrelevante no contexto carcerário. Esse equivocado senso comum agrava os entraves no enfrentamento dos altos níveis de problemas bucais dentre a população prisional, que já é desafiador pela ambiência e contexto, passando a atingir níveis emergenciais devido ao fato de não ser priorizado¹⁷⁻¹⁹.

A assistência odontológica se ocupa dos agravos epidemiológicos principais que acometem os indivíduos, de modo que, para assistir à população prisional, é necessário combater a escassez de dados confiáveis, de pesquisas e de publicações nessa temática e também organizar as políticas para que aumente o número de equipes de saúde do nível local. Tal ampliação é necessária para interferir positivamente no quadro sanitário seguindo os preceitos do SUS e dar respostas menos curativistas e mutiladoras, em virtude da prevalência e gravidade das doenças, certificando que o serviço de saúde tenha condição de controlá-los^{15,29}.

As doenças bucais mais prevalentes na população privada de liberdade são as mesmas presentes na população em geral: cáries, doença periodontal e câncer de boca, cujos cuidados são negligenciados no sistema prisional, acarretando agravos na saúde dos presos. A assistência adequada para essas enfermidades seria tratamento restaurador, controle de placa e diagnóstico

precoce, no entanto, percebe-se que a pessoa presa não acessa esses serviços quando precisa, encontrando dificuldades para o atendimento odontológico e insatisfação com as condutas terapêuticas ofertadas intramuros^{11,13}.

Sendo assim, os serviços prestados no sistema penitenciário são em caráter emergencial e acontecem quando essas doenças se agravam, os elementos dentários fraturam, infecções odontogênicas se instalam e/ou são referidas experiências de dores insuportáveis pelos presos. Nesse estágio o tratamento odontológico resume-se a extrações dentárias em caráter de urgência, levando a deterioração da saúde bucal, potencializando os efeitos negativos na reintegração social, pois o cidadão sofrerá consequências irreparáveis da experiência mutiladora de assistência odontológica no período de cárcere e poderá reverberar por toda a vida²⁰⁻²².

Objetivos

Objetivo geral

Sensibilizar atores sociais acerca da promoção da saúde bucal como estratégia para atenuar a violência institucional sofrida pela população privada de liberdade.

Objetivos específicos

- Desenvolver o roteiro para a produção do vídeo, baseado no panorama da Assistência Odontológica no sistema prisional brasileiro, refletindo sobre entraves e potencialidades da PNAISP;
- Produzir o vídeo por meio de recursos tecnológicos da comunicação para elucidar as repercussões da privação de atenção odontológica em instituição prisional, atentando para o modo como é ofertado, negado ou negligenciado esse direito;
- Promover divulgação em espaços estratégicos, como forma de ampliar a visibilidade e legitimidade das ações em saúde bucal, por ser parte fundamental da vida, saúde, recuperação e ressocialização das pessoas privadas de liberdade.

Procedimentos metodológicos

Esta proposta abarca a realização de um projeto-intervenção pela intencionalidade do diálogo entre a comunicação e as práticas educativas, objetivando a “des-construção” de ideais e valores que possam sensibilizar a sociedade civil à criação conjunta de novas realidades necessárias ao enfrentamento da violência institucional nos presídios³⁰.

Recomenda-se a educocomunicação, que trata da apropriação de recursos tecnológicos, artísticos, midiáticos e culturais disponibilizados para influenciar comunidades de relacionamento humano, comuns nessa era da informação, empregando esse recurso para impulsionar a conscientização e articulação coletiva³¹.

Nessa perspectiva, a intervenção pretende mobilizar alternativas inovadoras para a mediação e resolução do problema investigado, para elucidar processos transformadores das realidades desacertadas que incluem desde a exploração humana, a opressão, as ações conflituosas, as irregularidades até a supressão de direitos básicos³¹.

Intentando, mediante a demonstração de referenciais com potencial modificador, impulsionar tanto as ações como mudanças possíveis que ainda não estão sendo vislumbradas ou são silenciadas/ignoradas para, enfim, alcançar as transformações socioculturais via intervenção não impositiva³⁰.

Descrição geral das estratégias de intervenção

Propõe-se trabalhar com a produção de um vídeo sobre a negligência de assistência em saúde bucal no sistema prisional para sensibilizar gestores, profissionais de saúde e demais pessoas da sociedade de sua importância como mecanismo de enfrentamento da violência institucional, buscando a combinação da comunicação sensorial-cinestésica com a audiovisual, segundo Morán,³² por trazer uma linguagem dinâmica que foca inicialmente na afetividade e posteriormente na razão. Os vídeos exploram os ângulos emocionais, contraditórios e inesperados, o que é de grande valia para despertar

a sensibilidade, a curiosidade, a motivação e conscientização a respeito das temáticas inovadoras, podendo facilitar o aprofundamento em assuntos “polêmicos”, para além das informações que precisam ser apreendidas.

Método: etapas

O projeto-intervenção será realizado mediante três fases relacionadas ao produto-resultante da pesquisa (o vídeo), organizadas em pré-produção, produção propriamente dita e pós-produção³³. Cada uma das etapas será programada em momentos e com públicos divergentes, resultando em encontros, oficinas e reuniões sobre o tema: “Saúde bucal no contexto prisional: A violência institucional camuflada em negligência”, com finalidade de sensibilização dos atores sociais envolvidos nesse contexto, com duração média de duas horas por atividade. Serão realizadas as seguintes ações:

Fase 1, pré-produção: essa etapa consiste na programação de reuniões com a equipe do núcleo de saúde do sistema prisional para a elaboração de conteúdo e produção do roteiro para o vídeo. Nesses momentos, os profissionais de saúde – trabalhadores do sistema prisional – realizarão uma discussão da literatura revisada sobre o contexto de trabalho, selecionarão depoimentos importantes e elencarão conteúdos sensibilizadores. Para tanto, serão agendadas duas reuniões iniciais com esse coletivo, podendo ser incluída uma terceira mediante necessidade, e a partir dessa discussão e seleção de conteúdo, será roteirizado o produto digital.

Fase 2, produção: nessa fase, serão realizadas duas oficinas com a participação da equipe odontológica proponente e dois estagiários do laboratório de inovação tecnológica da universidade local, técnicos da área de comunicação (*videomaker* e designer gráfico) para montagem do vídeo, compondo a equipe profissionais responsáveis pela captação do roteiro, edição e finalização de materiais audiovisuais.

Para nortear a construção do roteiro do vídeo, serão elencados os pontos mais significativos a partir da identificação/descrição e seleção dos problemas contextualizados, apropriação da linguagem adequada ao objetivo e a transmissão da linguagem ao público alvo.

Na preparação do material didático, serão selecionadas imagens a serem aplicadas ao roteiro e proceder-se-á à gravação de áudio para ser sincronizado com as imagens. A produção compreenderá as etapas de síntese do roteiro, preparação do vídeo e finalização do material³⁴.

E na etapa de finalização, o vídeo será “montado” e testado, para tanto, será utilizado como ferramenta em tecnologias de programação, o *software* VideoScribe: um programa que propicia a criação de vídeos animados no “estilo de mão desenhando”, para ser apresentado nas oficinas propostas.

Fase 3, pós-produção: uma vez concluído, será realizado um momento “teste” de exibição com a equipe do núcleo de saúde do sistema prisional, e após aprovação do conteúdo digital, o material servirá de elemento disparador de aprendizagem em três encontros realizados estrategicamente, com finalidade de sensibilizar diversos atores sociais a respeito da temática da violência institucional nos presídios (negligência) no campo da saúde bucal. Nesses encontros, a equipe responsável do projeto-intervenção realizará:

- Apresentação do projeto-intervenção: a equipe organizadora receberá os participantes e apresentará os objetivos do projeto e as intervenções propostas aos participantes, convidando-os a refletir sobre a temática;
- Projeção do vídeo sensibilizador: com o recurso de data show, o vídeo de sete a dez minutos será projetado ao grupo de participantes e a equipe proponente se aterá a anotar em diário de bordo as reações corporais simbólicas e expressões observadas durante a apresentação do vídeo;
- Conversa aberta sobre o vídeo: ao final da apresentação, formaremos uma roda e pediremos aos participantes que opinem voluntariamente sobre a temática abordada, versando sobre suas perspectivas e impressões em torno do assunto.

Campo da intervenção/sujeitos envolvidos e amostragem

Por se tratar de etapas programadas subsequentes, os locais e participantes do projeto-intervenção se diferem de acordo com a atividade proposta e o público-alvo, sendo descritos abaixo:

1) Reuniões (1 e 2): local: núcleo de saúde do sistema prisional

A atenção à saúde da população carcerária do município é realizada em rede, o primeiro atendimento de demandas relacionadas acontece no interior dos presídios, em estruturas de consultórios multiprofissionais cujas equipes são formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, cirurgião-dentista, farmacêuticos, policiais penais e equipe técnica e administrativa. Os casos que demandam assistência mais complexa são encaminhados para a rede pública de saúde municipal, com o auxílio da escolta.

A realização dessa oficina será programada para reunir essa equipe de trabalhadores da saúde no sistema prisional, que lida diariamente com esse público e pode discorrer com propriedade sobre os entraves e potencialidades desse serviço.

2) Oficinas (1 e 2): laboratório de mídias digitais

Esse laboratório faz parte do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação (PPGCO) de uma universidade local, sua criação é resposta à demanda regional por qualidade em produção de conteúdo e mídias digitais, tendo como objetivo a formação de pesquisadores, docentes e profissionais para atuarem em universidades, centros de pesquisa e empresas envolvidas com tecnologia. As oficinas contarão com a participação de estagiários do laboratório de mídias digitais e da equipe de saúde bucal proponente do projeto-intervenção.

Encontro 1 – Local: sala de reunião do sistema prisional

O sistema prisional local possui uma equipe gestora formada por diretorias vinculadas ao governo de Minas Gerais, que é responsável por

toda a gerência da instituição, incluindo a gestão dos serviços essenciais e acordos com as instituições parceiras. A coordenação do serviço de saúde é de responsabilidade partilhada entre o estado/município e demanda reuniões periódicas para seu pleno funcionamento. Essa oficina será pactuada com a coordenação a ser realizada no momento da reunião periódica das diretorias do sistema prisional e da Atenção Primária à Saúde do município (ordenadora dos fluxos da rede de atenção à saúde local), reunindo todos os gestores vinculados ao atendimento da população carcerária como público-alvo.

Encontro 2 – Local: sala do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é o órgão colegiado que atua e delibera sobre a formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros, as estratégias e a promoção do processo de controle social, no âmbito dos setores público e privado municipal. O Conselho é composto por representantes da sociedade civil, trabalhadores da saúde, instituições governamentais, prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde.

Cabe também ao CMS exercer ações intersetoriais de Atenção Básica, educação permanente e organização de eventos, além do controle, planejamento e fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, sendo que, são programados encontros mensais com pessoas ligadas às diversas atividades relacionadas à saúde e é recomendada e permitida a toda a comunidade participar das reuniões do Conselho que, na cidade em questão, acontece na última quarta-feira do mês às 18h30, esse será o espaço “sede” do segundo encontro para divulgação do conteúdo digital.

Encontro 3 – Local: salão de palestras da ABO (Associação Brasileira de Odontologia) regional.

Trata-se de uma instituição de utilidade pública, sem fins lucrativos, que visa congregar os cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia para trabalhar em prol do desenvolvimento da odontologia, de forma a valorizar o contexto técnico-científico e sociocultural e contribuir com a política de promoção de saúde bucal da população.

A associação é promotora e divulgadora de palestras, cursos e eventos que tratam desde a celebração de datas comemorativas, campanhas de saúde, dimensões da carreira profissional em odontologia e temas científicos variados, colaborando com a informação e capacitação dos recursos humanos na saúde bucal.

Esse terceiro encontro será destinado a essa “mão de obra” potencial, que precisa ser sensibilizada e capacitada a trabalhar com populações em situação adversa de estigma e vulnerabilidade, por isso, apropriando desse espaço, a oficina terá como convidados os profissionais e estudantes de odontologia da região, que se interessem por esses campos da saúde coletiva.

Aspectos éticos

Será apresentado o projeto e realizado o pedido de autorização às instituições participantes, por meio de uma carta de anuência a ser assinada pelos gestores responsáveis dos órgãos envolvidos: Sistema Penitenciário do município, Secretaria de Saúde e Atenção Primária do município.

Embora este desenho de pesquisa não exija o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando a importância ética de acesso a todas as informações referentes à intervenção e o consequente consentimento para participação, cada participante envolvido será devidamente informado da importância, dos objetivos e processos da realização da pesquisa. Sendo as dúvidas sanadas, será motivado a colaborar.

Sendo assim, o presente estudo respeitará os critérios éticos estabelecidos para a pesquisa envolvendo seres humanos determinados em âmbito nacional, pela Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Avaliação do projeto-intervenção

Após a criação e divulgação do vídeo, será realizada uma reunião de fechamento, por meio de uma roda de conversa com alguns dos participantes da intervenção para avaliação do impacto da intervenção em suas experiências

com a saúde bucal e o sistema prisional, na qual será feita a análise se o objetivo de sensibilização foi alcançado³⁵.

Por se tratar de públicos diferentes, os resultados dos encontros serão comparados para verificar as semelhanças e divergências na compreensão da temática nesses diferentes contextos/públicos.

Cada instituição participante receberá uma devolutiva da ação, na qual serão apresentados, aos responsáveis institucionais (gestores) e participantes, os principais resultados e as perspectivas futuras advindas da realização desse projeto-intervenção.

Resultados esperados

Espera-se que este projeto permita sensibilizar os atores importantes nesse contexto a compreender as perspectivas da negligência na realidade carcerária, a identificar os entraves e ampliar a percepção da importância do cuidado em saúde bucal desenvolvido aos internos no sistema penitenciário. Além disso, as ações deste trabalho podem contribuir para o crescimento profissional dos participantes, ampliando a consciência a respeito da privação do acesso a serviços essenciais no cuidado integral da saúde prisional, fundamentais para a reinserção desse público e estratégicos para reduzir a violência institucional nos presídios.

Por fim, por meio desta proposta, espera-se despertar as “pessoas-chave” para favorecer o real cumprimento da legislação brasileira pela quebra de paradigmas, que permita promover a construção de sentido e apropriação de condutas benéficas, colaborativas, compromissadas com a garantia das necessidades e direitos das populações vulneráveis.

Conclusões

Embora o direito à assistência à saúde seja preconizado universalmente, as fragilidades verificadas nos presídios brasileiros acentuam vulnerabilidades e impede o fortalecimento da cidadania de pessoas presas. Como abordado

no projeto, a estigmatização da população carcerária é um aspecto central a ser analisado e enfrentado. No que se refere especificamente à assistência odontológica, soma-se leituras reducionistas que a identificam como privilégio e não uma necessidade básica que, caso não atendida, traz graves consequências à saúde e vida das pessoas. Considerando, portanto, que este é um problema ainda pouco visibilizado, além de complexo, o foco do projeto-intervenção centrou-se na sensibilização, como uma iniciativa que possa colaborar com o surgimento e fortalecimento de ações em saúde.

Referências

1. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema de Informações do Sistema Penitenciário Brasileiro: levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020a.
2. Departamento Penitenciário Nacional. Infopen: 2020. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2020b. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>. Acesso em: 10 fev. 2021.
3. Institute for Crime & Justice Policy Research [Internet]. London: World Prison Brief; 2019. World Prison Brief data of Brazil. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/country/brazil>. Acesso em: 16 ago. 2022.
4. Conselho Nacional de Justiça. O sistema prisional brasileiro fora da Constituição – 5 anos depois: balanço e projeções a partir do julgamento da ADPF 347. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relato%CC%81rio_ECI_1406.pdf?goal=0_069298921c-ae973f0451-288815796&mc_cid=ae973f0451&mc_eid=45c479558c. Acesso em: 16 ago. 2022.
5. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. Civitas: Revista de Ciências Sociais. 2013; (13): 1:93-117.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União 1984; 11julh. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 11 ago. 2021.
7. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out.
8. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil 1990; 19set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 jan. 2019.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde 2014; 2jan. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 11 ago. 2021.
11. Gomes AV, Ferreira RKA, Rodrigues CFC. A saúde na vida do cárcere no Brasil e no Tocantins. *Research, Society and Development*. 2020; 9(9): e981998067.
12. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(3): e00101417.
13. Cristo M, Diniz ML, Conceição VM, Léo MME, Araújo JS, Simoneti RAA. O. A saúde dos homens privados de liberdade no Brasil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2020; 12:288-294.
14. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: LTC; 1998.
15. Oliveira VP, Bartole M C S. A saúde bucal no sistema prisional brasileiro. *Caderno de Odontologia Unifeso*. 2019; 1(1):110-125.
16. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis*. 2020; 30(3): e300325.
17. Ayres JRCM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HCR. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
18. Dourado JLG, Alves RSF. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*. 2019; 39(96):47-57.
19. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(7): 2031-2040.
20. Damasceno S, Cerqueira R, Silva J, Soledade K, Borges-Paluch L. Sistema penitenciário e saúde: avaliação das condições bucais de detentos da região metropolitana de Salvador, BA. *Enciclopedia Biosfera*. 2020; 17(34):470-480.
21. Foucault M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes; 1987.
22. Siqueira MR, Vilas Boas MCR, Abud JIF, Araújo RJG, Reis ACA. Saúde bucal da população carcerária: levantamento epidemiológico. *Journal of Research in Dentistry*. 2019; 7(6):91-106.
23. Ladeia, PSS, Mourão TT, Melo EM. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2016; 26: s398-S401.
24. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/>

p9jv6. Acesso em: 12 nov. 2021.

25. Berberian TP. Serviço social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. *Serviço Social & Sociedade*. 2015;(121):48-65.
26. Malta DC, Souza ER de. A busca de sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. *Rev bras epidemiol*. 2020;23:e200001.Supl 1.
27. Lima SC. Território e promoção da saúde: perspectivas para a atenção primária à saúde. Jundiaí: Paco Editorial; 2016.
28. Deslandes SF. A violência como realidade e desafio aos serviços de saúde. In: Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/frageis-deuses-profissionais-da-emergencia-entre-os-danos-da-violencia-e-criacao-da-vida>. Acesso em: 12 nov. 2021.
29. Lôbo NMN, Portela MC, Sanchez AAMMR. Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(12): 4423.
30. Soares IO. *Educomunicação: o conceito, o profissional, a aplicação: contribuições para a reforma do ensino médio*. São Paulo: Paulina; 2011.
31. Almeida LBC. *Projetos de intervenção em educomunicação*. Campina Grande: Universidade Federal de São Paulo; 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4615056/mod_resource/content/1/Projetos%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.
32. Morán JM. O vídeo na sala de aula. *Comunicação & Educação*. 1995; (2): 27-35.
33. Rodrigues Junior JC, Rebouças CBA, Castro RCMB, Oliveira PMP, Almeida PC, Pagliuca LMF. Development of an educational video for the promotion of eye health in school children. *Texto contexto – enferm*. 2017;26(2):e06760015.
34. Legey AP, Maia M, Espírito Santo AC. Produção de vídeo educativo para sensibilizar profissionais de equipe de enfermagem quanto ao uso de EPIs. *Revista Carioca de Ciência, Tecnologia e Educação*. 2017; 2(1): 1- 14.
35. Branco PI, Pan MAGS. Rodas de conversa: uma intervenção da psicologia educacional no curso de medicina. *Psicologia: teoria e prática*. 2016; 18 (3):156-167.

O IMPACTO DA UBERIZAÇÃO NA REGULAÇÃO DO TRABALHO E NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Néa Miwa Kashiwagi*

Marcone José das Neves**

Introdução

Compartilhar algo é repartir o que tenho com o outro. Esta partilha pode ocorrer de várias formas: um objeto, uma ideia ou uma atitude. Tal conduta nos remete que há uma doação do seu eu para o outro. Em mundo prestativo e solidário, quando compartilho uma xícara de açúcar com o vizinho, dou uma carona para um colega de trabalho ou cuidado dos filhos de um amigo que está doente, estou oferecendo parte de mim para o meu próximo.

Partindo-se desta premissa, a economia do compartilhamento, tradução do inglês *Sharing Economy*, está associada a um significado simbólico positivo em que há a possibilidade de se criar negócios com distribuição de riqueza mais justa, democrática e sustentável. Desses três elementos: a justiça social provém de que a economia do compartilhamento ajuda indivíduos vulneráveis a tornarem-se microempresários e ter governança sobre o seu próprio tempo e força de trabalho. Seu sucesso é fruto de seu talento e dedicação; já a democracia nos remete a visão de que as pessoas possuem direitos, deveres e são livres para investir e negociar diretamente umas com as outras, sem a intermediação de uma corporação distante. Logo, todos que se inscrevem têm chances iguais de competirem no livre mercado e, por fim, é uma alternativa sustentável na

* Mestre em Medicina Preventiva (USP). Especialista em Administração Hospitalar (USP). Graduada em Enfermagem (USP).

** Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Ciências da Natureza (USP). Diretor e Administrador (SMS/SP).

medida em que, ao oferecer o meu excedente ao meu próximo, faço melhor uso do recurso subutilizado^{1,2}.

As plataformas digitais têm papel crucial no crescimento exponencial da economia do compartilhamento. A força conectora da internet expandiu as trocas entre familiares e amigos para interligar estranhos¹, conectando indivíduos e criando oportunidades de compartilhar experiências e informações de forma escalar. Isso depende de um contexto social e político que promova mecanismos para garantir uma sociedade solidária, democrática e sustentável¹.

No entanto, a realidade distanciou-se da concepção inicial, na qual um número seletivo de empresas de tecnologia, as chamadas *Big Techs*, desenvolveram plataformas digitais que oferecem serviços de intermediação de negócios. Propagou-se um livre mercado desregulado, na medida em que investiram ostensivamente no desenvolvimento de algoritmos para potencializar os lucros e aumentar a produtividade econômica. Questões como a exploração do trabalho, dinâmica de “corrida ao fundo do poço” (*race to the bottom dynamics*^{***}), impactos ecológicos perversos, acesso desigual de comunidades minoritárias e de baixa renda, regulação e tributação tem sido constante nesta nova onda de negócios^{1,2}.

Ao contrário do discurso de liberdade em se trabalhar o quanto quiser e quando quiser, são impostos mecanismos de gerenciamento e subordinação do trabalhador às empresas. O trabalhador fica sob constante ameaça de ser desclassificado e banido do sistema. Diante desse cenário, o presente trabalho buscou identificar como este novo modelo de negócios pode afetar as relações de trabalho e quais são os fatores que contribuem para a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar como a uberização afeta as relações de trabalho e a saúde do trabalhador.

*** Race to the bottom: segundo o Cambridge Dictionary, é uma situação em que companhias competem entre si para reduzir custos, pagando salários mais baixos e oferecendo piores condições de trabalho.

Objetivos específicos

- Estabelecer os principais conceitos envolvidos na uberização do trabalho;
- Investigar os aspectos envolvidos nas relações de trabalho entre o prestador de serviços e a empresa mediadora;
- Descrever os fatores que contribuem para a precarização do trabalho e que afetam a saúde do trabalhador.

Metodologia

Trata-se de revisão de literatura na qual se realizou a busca de estudos nas bases de dados eletrônica do MEDLINE e Lilacs. Foram investigadas outras fontes de informação por meio de busca manual utilizando-se a ferramenta de buscas do Google, como documentos publicados em jornais ou revistas, estudos de especialistas ou de agências de opinião que não estão disponíveis nas bases de dados.

Para a busca dos dados foram utilizados os seguintes descritores de saúde (Decs): Serviços Terceirizados/*Outsourced Services*, Risco à Saúde Humana/*Health Risk*, Desenvolvimento Tecnológico/*Technological Development*, Aplicativos Móveis/*Mobile Applications* e Saúde do Trabalhador/*Occupational Health*. Foram incluídos, também, Economia dos bicos/*GIG Economy*, Economia do Compartilhamento/*Sharing Economy*, Plataformas digitais/*Digital Platforms* e Uberização/*Uberization*, que, mesmo sem correspondentes no Decs, são de grande valia para o tema de interesse.

Foram identificadas 40 publicações, das quais 25 são artigos científicos, seguidos por cinco livros, quatro cadernos temáticos, dois relatórios técnicos, duas entrevistas, um editorial, uma apresentação de congresso e uma matéria de jornal por meio de busca nas bases de dados eletrônica. Realizou-se, também, uma pesquisa livre em site de buscas em que foram selecionados relatórios, matérias de jornais e artigos científicos publicados em 2019. Os documentos foram analisados, selecionados e compilados a seguir.

Resultados

O capitalismo gerou um acentuado processo de financeirização e mundialização da economia nas últimas quatro décadas, acelerado pelo desgaste das práticas fordistas que, paulatinamente, foram substituídas por novos modos de gestão do trabalho.

No fim dos anos de 1960, a crise do padrão de acumulação taylorista/fordista provocou um processo de reestruturação da produção que, para manter seu domínio, adotou o modelo toyotista ou de acumulação flexível. Sua gestão organizacional buscou racionalizar os tempos, os processos de trabalho e investiu fortemente em tecnologia para garantir produtos manufaturados em menor tempo e menor custo. A produção, portanto, foi pulverizada em uma estrutura flexível, com a desconcentração produtiva materializada pelas empresas terceirizadas e o conceito de qualidade total buscou reduzir ao máximo o número de trabalhadores com o máximo possível de produtividade³.

Durante a crise global de 2007–2008, houve uma intensificação do discurso de acumulação flexível e, como efeito da globalização, ocorreu uma transferência dos polos de produção para países com mercados emergentes que ofereciam mão de obra extremamente barata e com poucas proteções legais ao trabalhador. Conseqüentemente, agravou-se ainda mais a precarização das condições de trabalho nos processos produtivos. Logo, o trabalho contratado e regulamentado foi se distanciando da realidade da classe trabalhadora. Tal lógica ultrapassou os limites da economia e foram instituídas a volatilidade, efemeridade e descartabilidade no cotidiano, alterando-se a vida social, o modo de trabalho e a vida. A necessidade permanente de inovação no campo da tecnologia, dos negócios e da força de trabalho, tornou obsoletas e descartáveis as posições de muitos trabalhadores, homens e mulheres. Relações de trabalho precárias foram adotadas e a terceirização, a informalidade e os contratos precários têm sido práticas recorrentes para a preservação da lógica do capital³.

No Brasil, na década de 1980, surgiram as primeiras empresas especializadas em locação de mão de obra. Até 1993, o entendimento era

de que a contratação de trabalhadores era ilegal e que deveria haver vínculo empregatício entre o tomador de serviços e a empresa, exceto no trabalho temporário e serviços de vigilância. Em 1993, com a Súmula n.º 331, permitiu-se a terceirização de serviços de conservação, limpeza e serviços especializados ligados à atividade-meio do contratante. Assim, o lucro das empresas terceirizadas ocorria no fornecimento de mão de obra especializada, em que a força de trabalho era o objeto de negociação entre a empresa contratante e a empresa prestadora de serviços, tornando o trabalhador uma mercadoria na cadeia produtiva da sociedade do trabalho⁴.

O principal argumento da contratação de um prestador de serviços pauta-se no compromisso de que empresas terceirizadas desenvolveriam atividades de maior conhecimento e, conseqüentemente, entregariam resultados de maior desempenho e com custo menor do que gerenciados por um serviço próprio. Porém, nem sempre a contratação é determinada pela especialização dos serviços. No entanto, a expectativa difere da realidade, tendo em vista que, a decisão de maior peso seria a compensação financeira em detrimento da qualidade da mão de obra, na maioria das escolhas das contratantes. O barateamento do processo poderá atingir o trabalhador, seja pela contratação de profissionais com salários menores ou pela redução do quadro de funcionários que deverão trabalhar mais e entregar o mesmo montante de resultados de contratos anteriores.

Os recursos para a formação e qualificação profissional de trabalhadores terceirizados são incipientes, resultando em um trabalhador despreparado e sem formação. Qualquer forma de investimento ao trabalhador é vista como ônus para a empresa terceirizada, que não vê a qualificação do trabalhador como um ganho indireto, mas, como diminuição dos lucros e para a empresa contratante, isso se traduz em aumento do valor contratual. A permanência de um trabalhador terceirizado depende da manutenção dos serviços entre a empresa contratante e a contratada, porém não existem garantias de renovação, gerando incertezas quanto ao futuro e o trabalhador tem a sensação de que seu trabalho é dispensável⁴.

Em um levantamento realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (Dieese) em 2014, que comparou atividades econômicas tipicamente terceirizadas com atividades tipicamente contratadas, mostrou que as condições de trabalho e remuneração são menores entre os trabalhadores terceirizados. Os dados também indicaram que a taxa de rotatividade é duas vezes maior, sendo que a proporção de contratos de trabalho novos foi 44,1% contra 23,3%, a jornada de trabalho foi mais extensa entre os terceirizados, houve maior proporção de afastamentos e o salário de atividades tipicamente terceirizadas eram, em média, 23,4% menores que os tipicamente contratados⁵.

Neste contexto, a acumulação do capital se deu pelo consumismo desenfreado e aquisição da maior quantidade de bens possíveis, criando-se uma perigosa relação entre aquisição de bens, identidade e status, isto é, “ter” tornou-se sinônimo de “ser”. Para garantir o ciclo, o barateamento da mão de obra foi regra para garantir lucro máximo a custos mínimos.

A economia do compartilhamento surgiu como alternativa ao capitalismo e ao consumismo, na medida em que levou a uma reflexão sobre a relação do ser humano com os bens materiais. Critica-se a acumulação do capital, em que os recursos estão concentrados em uma pequena parcela da população. Em conjunto com as plataformas digitais, possibilitariam oportunidades a pessoas que nunca teriam chances de adquirir ou negociar no mercado de negócios tradicionais. O comprometimento com a transformação social foi a premissa inicial da economia do compartilhamento nas plataformas digitais¹.

No entanto, as grandes empresas de tecnologia vislumbraram uma brecha neste nicho de negócios e aproveitaram o discurso de transformação social como estratégia de marketing. Valendo-se das formas mais agressivas do capitalismo, isso resultou em forte desregulação de setores tradicionalmente regulados, incentivando novas formas de consumo e proporcionando ainda mais a precarização do trabalho².

Amparadas no discurso da Indústria 4.0 ou Quarta Revolução Industrial****, tais empresas conseguiram harmonizar seus objetivos com a terceirização dos serviços, as plataformas digitais e o discurso empreendedor para justificar novas modalidades de negócios.

No papel de intermediárias entre o prestador de serviços e consumidor, as empresas de tecnologia que desenvolvem serviços sob demanda, não têm a preocupação em garantir a formação e o bem-estar do trabalhador prestador de serviços ou de se comprometer com o desenvolvimento da comunidade local. Pelo contrário, apresentam-se como “subordinadas” e o trabalhador é seu cliente, criando-se uma ideia de que os aplicativos são alugados e que os valores descontados fazem parte de uma comissão para a manutenção dos custos de operação. Aparentemente, não existe vínculo entre o trabalhador e a empresa digital, mas, tal afirmação é questionável, conforme será abordado a seguir.

O cenário foi agravado com a terceirização da atividade-fim e o incremento de novos modelos de gestão da Indústria 4.0 que contribuíram para a redução salarial, perda dos direitos trabalhistas, o enfraquecimento das organizações sindicais e a perda da solidariedade entre os pares da categoria profissional. Com a descaracterização do trabalho em modalidades atípicas – empreendedorismo, cooperativismo, trabalho voluntário – e que ocultam o trabalho assalariado, distanciou os trabalhadores do exercício da Consolidação das Leis do Trabalho, resultado das lutas operárias e que se tornou, ao longo dos anos, uma espécie de constituição do trabalho no Brasil para a classe trabalhadora⁶.

O termo “economia dos bicos” adotado pelo Ministério Público do Trabalho ou uberização² (em inglês: *uberisation*) definiram a relação do trabalho deste novo modelo de negócios, em que as atividades econômicas são pautadas por meio de plataformas digitais que fazem a intermediação entre o prestador de serviços e o consumidor, cujas condições de trabalho caracterizam-se por serem temporárias, instáveis, precárias e sem vínculo empregatício, reforçando-se a precarização do trabalho.

**** A Indústria 4.0 se caracteriza por um conjunto de tecnologias que permitem a fusão do mundo físico, digital e biológico. As principais tecnologias que permitem a fusão dos mundos físico, digital e biológico são a Manufatura Aditiva, a Inteligência Artificial (IA), a Internet das Coisas (IoT), a Biologia Sintética e os Sistemas Ciber Físicos (CPS). Fonte: Ministério da Indústria, Comércio e Serviços do Brasil (<http://www.industria40.gov.br/>).

Relações entre o prestador de serviços e a empresa mediadora

O empreendedorismo aclamado pelas plataformas de serviços on-line deve ser admitido com ressalvas. O trabalhador pode ser livre para se inscrever e gerenciar o seu próprio tempo, tornando-se um microempreendedor. O sucesso de seu negócio dependerá do seu tempo de dedicação e gestão de suas condutas e decisões. Porém, quais escolhas são permitidas nas plataformas digitais?

A liberdade de profissão é um ponto importante para os negócios estabelecidos em plataformas digitais de serviços. A uberização de serviços oferece a possibilidade de que mais pessoas possam ter condições de exercer sua liberdade de profissão, de forma que os consumidores terão preços menores e os trabalhadores, maior autonomia e mais oportunidades de trabalho. No entanto, deve-se compreender que tal liberdade poderia ser plenamente exercida se houvesse respeito à dignidade dos trabalhadores e que fosse evitada a exposição econômica dos mesmos⁷.

Ainda que as empresas de plataformas digitais considerem que o trabalhador seja um empreendedor, um parceiro comercial autônomo e que não tem obrigação quanto a horários ou cumprimento de carga horária, não se pode equipará-los a profissionais tradicionalmente autônomos (médicos, advogados ou engenheiros, dentre outros)⁷.

Os aplicativos possuem um mecanismo de controle e subordinação em que seu prestador de serviços não é totalmente livre para exercer sua autonomia profissional, seja em relação ao exercício do seu trabalho, que é fragmentado por tarefas, como também no controle do tempo e dos movimentos. A realidade mostra um cenário bem mais intransigente que o discurso de autonomia.

Um estudo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e inquérito de saúde em países do Sudeste Asiático e África Subsaariana com trabalhadores de plataformas de serviços on-line, foram identificadas várias formas de monitoramento do trabalho: frequência de digitações, contagem dos movimentos do mouse e de capturas de telas em tempos regulares. 54%

dos participantes referiram pressão por agilidade no trabalho. 60% citaram os curtos prazos de entrega e 22% relataram dor como resultado do trabalho⁸.

Além do monitoramento contínuo do serviço, tais plataformas permitem que clientes em potencial possam contratar milhões de trabalhadores de qualquer parte do mundo, isto é, a concorrência não é local, mas, mundial. Para manter-se no mercado, é preciso ser competitivo e garantir entregas rápidas. Logo, para que o serviço seja entregue no prazo, o trabalhador se estenderá por horas a fio, além do horário comercial (no final do dia, à noite e nos finais de semana), com poucos períodos de descanso e tentará lidar com vários clientes ao mesmo tempo, para diversificar suas fontes de renda. Este ritmo intenso poderá resultar em exaustão, solidão e isolamento social, uma vez que privará o trabalhador do convívio com seus pares profissionais, familiares e amigos⁸.

A alienação do trabalho perdura neste novo modelo de gestão. O trabalhador não conhece quem o contratou e um serviço é segmentado em várias tarefas distribuídas à diferentes pessoas desconhecidas. Assim, ele tem ciência apenas de sua parte e desconhece a contribuição dos outros participantes e do produto entregue ao contratante. Outra questão é o barateamento da mão de obra: a tradução de um texto com mil sentenças, por exemplo, divididos entre os trabalhadores pode ficar pronto em menos de dez minutos e, considerando-se que o valor seja US\$ 2 por hora, este artigo irá custar US\$ 20 para ser traduzido, o que é uma barganha se comparado aos métodos tradicionais⁹.

No cenário urbano paulistano, tornou-se comum nos depararmos com jovens entre 18 e 27 anos com caixas térmicas nas costas, pedalando em bicicletas ou dirigindo motos, realizando serviços de entrega por aplicativos (Rappi, iFood ou UberEats). Em um levantamento realizado pelo Jornal *O Estado de São Paulo* em 2019, trinta mil pessoas estavam cadastradas em aplicativos de entrega na cidade de São Paulo. Elas se dedicavam, em média, 12 horas por dia, sem descanso remunerado e faturavam em torno de R\$ 936 por mês. Alguns jovens relatavam que dormiam nas ruas entre

uma entrega e outra e continuavam a trabalhar de madrugada e nos finais de semana ininterruptamente¹⁰.

Como a própria matéria citou, não se pode atribuir toda a responsabilidade às empresas digitais, pois em países em recessão, sempre haverá um escape para a informalidade¹⁰. Porém, ainda que as plataformas digitais não fossem responsáveis pelo desemprego no país, estas se beneficiam da crise financeira, uma vez que um jovem sem qualificação e sem perspectiva no mercado de trabalho aceitaria qualquer condição de trabalho imposta por essas gigantes da tecnologia, por não haver alternativas para garantir sua sobrevivência e de seus dependentes.

Outro ponto identificado no trabalho sob demanda é que o serviço é determinado por algoritmos que calculam os objetivos que o trabalhador deve atingir para o cumprimento das metas e faz o controle do tempo que este trabalhador está à mercê para atender uma solicitação. O que se espera é a mobilização total e a apropriação não se restringe ao corpo, mas de seus espíritos, pois, impinge uma obediência mecânica para atingir os objetivos traçados e que a todo o momento é observado pelo sistema¹¹.

Assim, a subordinação, que se caracterizava pelo controle direto de ordens dadas no modelo taylorista ou no cumprimento de metas no modelo toyotista, configura-se em uma liberdade programada. O trabalhador deve reagir e adaptar suas ações em tempo real às mudanças para atingir os objetivos calculados por algoritmos. Não importa quem é o profissional que executa o serviço, ele deve seguir as regras do programa e são impedidos de agir de forma livre, replicando as reações esperadas previstas pelo algoritmo¹¹, sob risco de banimento.

Para que a empresa possa oferecer um serviço mais rápido e mais barato para o consumidor, deve dispor de um número conveniente de prestadores de serviços. A precificação determinada pelos algoritmos impõe preços mais baixos para enfraquecer a concorrência e, também, controla o tempo de trabalho pelo preço. Isto é, ao impor um valor baixo, mais horas de trabalho serão necessárias para que o colaborador atinja um valor suficiente para o seu sustento. Os algoritmos, ao avaliar as perdas e ganhos das empresas e buscando sempre o

maior lucro possível, definirão benefícios (acúmulo de pontos, precificação melhor, premiações) para incentivar o engajamento do trabalhador e que poderá optar por horários com menor movimento e localizações geográficas que as demandas eram menores¹¹ em troca dos benefícios.

Sistemas de recompensas para quem atinge as metas não são ferramentas novas de exploração do trabalho. No entanto, foram potencializadas pelas tecnologias de comunicação que adotam estratégias mais sofisticadas, como, por exemplo, a gameficação. As *Big Techs* empregam psicólogos, psiquiatras, neurocientistas, sociólogos e designers de videogame para desenvolverem estruturas baseadas no comportamento humano, como o circuito de recompensa e a sensação de prazer. Assim, os trabalhadores de aplicativo sentem-se dentro de um jogo e são incentivados a atingir metas em busca de um prazer imediato e repetitivo, semelhante à sensação de vitória que o contexto de um jogo proporciona.

A gameficação promove a competitividade entre os pares, pois, ainda que trabalhem isolados entre si, cada um à sua própria sorte, embarcam em um ciclo em que precisam atingir metas e sujeitar-se ao monitoramento contínuo dos usuários e do aplicativo. Essa vigilância e controle dos aplicativos no processo de trabalho são interpretados como parte do negócio, uma vez que a necessidade de vencer e ganhar mais dinheiro advém do espírito empreendedor do prestador de serviços e não da empresa que só é uma intermediária entre o prestador e consumidor.

O sistema de avaliação dos usuários é alimentado a partir da percepção do usuário sobre o serviço. Assim, são formadas as reputações dos trabalhadores das plataformas digitais e o monitoramento de suas ações passa para o usuário. Geralmente, as pessoas atribuem boas notas, a menos que a experiência tenha sido muito ruim. Porém, algumas pessoas podem usar o sistema com comentários críticos e causar grande impacto. Assim, a redução de 0,1 ponto de uma escala de reputação pode significar o descredenciamento do prestador do sistema². Logo, a avaliação é uma constante ameaça a este trabalhador não apenas pelo medo de ser banido, mas, uma boa reputação garante serviços mais rentáveis e seguros, conforme determinam os algoritmos.

Portanto, mecanismos como monitoramento contínuo, gameificação, avaliação por usuários são instrumentos disciplinadores do trabalho. Isso ocorre uma vez que o trabalhador engaja voluntariamente para aumentar a produtividade, controlar faltas e diminuir o tempo de repouso e aumentar o tempo produtivo. Além disso, há o acirramento da competição entre profissionais que buscam receber os valores de recompensa¹².

Os algoritmos realizam o controle central da operação das plataformas de serviços on-line. As técnicas de gerenciamento para a distribuição das tarefas tendem a oferecer flexibilidade, autonomia, variedade de tarefas e complexidade. No entanto, os mesmos mecanismos também resultam em baixas remunerações, isolamento social, solidão no trabalho, horas irregulares, excesso de trabalho, privação de sono e exaustão, colocando o trabalhador em uma posição frágil para barganhar por melhores condições de trabalho⁸.

Em sentença proferida pelo Tribunal de Justiça do Trabalho de Minas Gerais, em que um motorista alegou a existência de vínculo empregatício durante o período que prestou serviços à empresa Uber, foi considerado que a relação de trabalho se dava por diferentes formas: que a empresa determinava unilateralmente a política de pagamentos pelo serviço prestado, seja pelo preço cobrado pela viagem, como também, as formas de pagamentos, promoções e descontos para os usuários; que era exigido que os motoristas cadastrados realizassem alguma viagem, sob pena de serem inativados do serviço.

A subordinação se fazia presente, pois o motorista deveria obedecer às ordens da empresa sob pena de sanções disciplinares. Tais exigências iam desde a apresentação pessoal do motorista, oferecimento de serviços como água e balas, como também a regulação da temperatura do ar-condicionado e limpeza do carro. O controle destas regras e do padrão de atendimento é conferido por meio do sistema de avaliação dos usuários e que esta técnica de vigilância da força de trabalho só foi possível a partir dos aplicativos¹³. Como Slee² cita, são estranhos confiando em estranhos na medida em que a escolha de usar um serviço depende da avaliação anterior de outro usuário.

O Direito do Trabalho é legitimado pela premissa de que o trabalhador renunciou sua liberdade e vendeu sua força de trabalho ao empregador e está disponível para receber ordens e produzir para quem o contratou em troca de uma remuneração que pode ser calculada pelo tempo que o trabalhador fica à disposição do empregador ou por produção¹¹.

A Declaração de Filadélfia, firmada em 1944 pelos países-membros da Organização Internacional do Trabalho, definiu que “o trabalho não é uma mercadoria”¹⁴ e a utilização de termos como tarefas, caronas, compartilhamento são tentativas de se desvirtuar as relações de trabalho existentes na economia dos bicos. Sendo assim, não se deve se permitir a coisificação da pessoa humana e os direitos mínimos devem ser garantidos aos trabalhadores, independente do vínculo empregatício ser formal ou autônomo¹¹.

Portanto, não se pode aceitar a maximização dos benefícios do consumidor como justificativa para a restrição das condições de trabalho de quem presta o serviço¹¹. A economia dos bicos deve ser tratada sob a égide das garantias trabalhistas conquistadas pela sociedade, uma vez que não deve haver forma de exploração do trabalho fora do alcance do direito do trabalho. Logo, novas configurações de trabalho devem ser controladas e acompanhadas por seus princípios¹¹.

Repercussão na saúde do trabalhador

O controle intenso no processo produtivo que pressiona o trabalhador a produzir mais em menos tempo e a obsessão dos gestores em eliminar os tempos ociosos dos processos de trabalho, revertem-se em diferentes formas de adoecimento: distúrbios osteomusculares, gastrintestinais, transtornos mentais e acidentes de trabalho. Há um crescente processo de individualização do trabalho e ruptura do apoio e solidariedade entre os trabalhadores que poderão desencadear solidão, sofrimento psíquico e físico e, em situações extremas, ocorrência de suicídios em decorrência do trabalho¹².

A gestão por metas, que busca o envolvimento e engajamento dos trabalhadores e adota estratégias como participação nos lucros e resultados

ou somente divulgação dos resultados, funciona como uma recompensa pelo esforço do trabalhador no alcance das metas¹². Porém, essas formas de aprimoramento da capacidade de produção do trabalhador são mecanismos para garantir a competitividade entre os pares e manter o nível de produção ao máximo, levando-se em consideração apenas aspectos econômicos, colocando a saúde física e mental em segundo plano.

Os aplicativos reforçam a intensificação do trabalho e da produtividade, sem se comprometer em melhorar as condições laborais, limitar as jornadas de trabalho a períodos aceitáveis ou estabelecer um ritmo de produção que preservem a saúde do trabalhador. Essa busca incessante pela manutenção de altos índices de desempenho e produtividade que não respeitam a capacidade física e mental humana, uso de mecanismos de coerção e controle, muitas vezes, segregam os trabalhadores menos produtivos, abrindo-se espaço para o assédio moral¹².

Em conjunto com o trabalho flexível, a busca constante por excelência nos resultados, traz um imediatismo nos resultados. A tarefa é julgada durante o processo e as regras podem ser alteradas na medida em que o trabalho ocorre. Assim, a recompensa ou o reconhecimento não considera o passado, somente o presente. Os trabalhadores sentem-se inseguros quanto a suas competências, isolados na medida em que são julgados a todo o momento e que podem ficar presos em uma sensação permanente de ansiedade-angústia. Trabalhadores terceirizados e informais são mais atingidos graças à vulnerabilidade devido ao desamparo jurídico-assistencial, menor poder aquisitivo, acesso restrito aos serviços de saúde e falta de representação¹⁵.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a uberização do trabalho

A Constituição Federal de 1988¹⁶ trouxe avanços em relação às garantias dos direitos sociais ao conferir a saúde como direito fundamental e ampliou o acesso à saúde a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país. Assim, a saúde, antes restrita a grupos específicos, como trabalhadores

com carteira assinada e particulares, a partir de 1988, seu acesso tornou-se universal e igualitário, disponível a toda população.

O SUS foi resultado dos movimentos sociais que emergiram em meados da década de 1970, na qual se reivindicava a saúde como direito do cidadão e seus princípios formaram a base para a construção de um sistema público, com acesso integral, universal e gratuito¹⁷.

Para o exercício do direito à saúde, coube ao Estado à responsabilidade de propor meios para cumprir tal garantia ao cidadão e que ocorre mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CF, Art. 196).

A Lei n.º 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – operacionalizou a saúde como um direito fundamental do ser humano e o Estado é o responsável em prover as condições necessárias para o usufruto deste direito, por meio de políticas públicas que considerem fatores determinantes e condicionantes “[...] 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” (art. 3º, LOS). O conceito de saúde assistencialista foi substituído por um olhar mais abrangente que considerou os fatores biopsicossociais na formulação de ações para garantir a saúde¹⁸.

Neste contexto, a LOS estabeleceu que a Saúde do Trabalhador seria um dos campos de atuação do SUS e que deveriam ser desenvolvidas atividades relativas à promoção e proteção à saúde do trabalhador, bem como a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos consequentes das condições de trabalho. Tais ações de saúde não se situariam unicamente na oferta de serviços de saúde, mas, também, deveriam abranger a fiscalização, normatização, controle e desenvolvimento de estudos e avaliações dos riscos e agravos potenciais no processo de trabalho, inclusive o impacto que as tecnologias provocam à saúde, conforme o 3º parágrafo do Artigo 6º desta legislação.

Com a publicação da Portaria n.º 2.728/2009¹⁹, foi estabelecido o funcionamento da rede de serviços do SUS, por meio da criação da Rede

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em que Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma solidária, devem desenvolver e executar as ações relacionadas com a saúde do trabalhador de forma articulada, hierarquizada e descentralizada em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo-se promoção, prevenção, assistência curativa e de reabilitação ao trabalhador.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria n.º 1823/2012 pelo Conselho Nacional de Saúde orientou a atenção integral à saúde do trabalhador no SUS20 e ressaltou no artigo 7º que deve ser dada atenção especial às pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, citando como exemplo, os trabalhadores que desenvolvem atividades, em relações informais e precárias de trabalho.

Pode-se ressaltar, também, que no inciso XXXIV do artigo 7º da Constituição Federal, foi assegurado ao trabalhador: “igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso”.

O tipo de vínculo entre a empresa de serviços por aplicativos e o trabalhador exclui este último de qualquer tipo de base de dados previdenciária, tornando-os invisíveis ao trabalho formal. Dessa forma, o SUS tem papel importante no mapeamento desse trabalhador no território, bem como no monitoramento das consequências desse tipo de trabalho na saúde da população.

Considerando-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, devem ser planejados fluxos de informação para o reconhecimento deste trabalhador nos diferentes níveis de atenção à saúde. A coleta de dados e a capacitação dos profissionais é essencial para a análise e elaboração de indicadores que irão subsidiar o planejamento de estratégias que visem a melhoria das condições de trabalho, inclusive do trabalhador por aplicativos.

As regras do livre mercado não têm sido suficientes para manter o equilíbrio do sistema. Os sistemas de reputação são frágeis e, ao contrário do que as empresas de plataformas digitais advogam, a opinião dos usuários não é o suficiente para garantir as regras de proteção ao consumidor. Logo, os

processos regulatórios e as legislações são necessários para certificar as boas práticas de situações que o consumidor não consegue perceber sozinho¹.

Atualmente, os rendimentos dos aplicativos digitais têm se concentrado nas *Big Techs* cujos lucros são evadidos para seus países de origem. Uma importante medida está a cargo do Estado, que deve incentivar a sociedade a discutir sobre o impacto das plataformas digitais e desenvolver um processo regulatório adequado. Modelos alternativos podem ser estudados como, por exemplo, incentivar o desenvolvimento de plataformas digitais geridas por cooperativas de trabalhadores locais e que ofereçam oportunidades de trabalho nos mesmos moldes que tais empresas, mas, com condições favoráveis aos trabalhadores⁷ e a comunidade local.

O sentimento de coletividade e pertencimento gera a mobilização coletiva e fortalecimento de entidades representativas de trabalhadores e organizações sindicais, contribuindo como fonte de amparo aos trabalhadores em relação ao sofrimento no cotidiano deste trabalhador. Na medida em que o capital força o isolamento do trabalhador, torna-o frágil para a busca por reivindicações¹⁵.

A legislação deve ser adaptada para outras situações de vulnerabilidade. Monteiro⁷ sugere que sejam tomadas iniciativas para viabilizar a organização dos prestadores de serviços que têm dificuldades em se organizar coletivamente, uma vez que estão no mesmo ambiente de trabalho e quem são os outros pares.

Poderia ser regulamentado que as plataformas de serviço disponibilizassem Interfaces de Programação de Aplicativos (API) para promover a comunicação com organização de trabalhadores. Outra possibilidade é obrigar às plataformas de serviços a criar mecanismos que inibam a discriminação dos sistemas de reputação. Outro ponto que o autor defende é estipular um valor mínimo legal para que o trabalhador possa arcar com as despesas do serviço prestado⁷.

Considerações finais

A uberização não se trata de uma nova modalidade de gestão e organização do trabalho. Pelo contrário, são antigos modelos de precarização

do trabalho, camuflados em uma nova apresentação e que se mostra tão perversa como em outros momentos do passado.

Neste novo modelo, o trabalhador é convencido de que seu sucesso depende unicamente de seu esforço e que é livre para decidir seus horários e aspirações. Afinal, é um empreendedor e não um empregado e que as plataformas digitais são facilitadoras para a conclusão de suas metas, pois, possibilitam a interlocução entre o serviço oferecido e a demanda, de forma ágil e intuitiva. No entanto, a adesão do trabalhador às plataformas de serviços, pressupõe a anuência de mecanismos de subordinação determinados por algoritmos desenhados pela empresa provedora do aplicativo que, logicamente, irá beneficiar seu lucro.

A crise global e o desemprego têm alimentado essa forma de trabalho precária, pois, o desempregado ou o jovem que procura seu primeiro emprego, não havendo alternativas melhores no mercado de trabalho, aceitarão as condições impostas pelas plataformas digitais.

A presente revisão foi desenvolvida em 2019, antes da Pandemia de covid-19, período em que poucos estudos abordavam a uberização. Com a propagação do vírus SARS-CoV-2 no mundo e a necessidade de isolamento social, na medida em que há um reconhecimento da sociedade quanto à importância desses trabalhadores, foram escancaradas a precariedade de suas condições de trabalho.

O Estado tem um papel importante na regulação das atividades das plataformas digitais. Várias cidades do mundo já aprovaram leis que restringem a atuação das *Big Techs* e decisões jurídicas têm favorecido a proteção do trabalhador. No entanto, tais ações são isoladas e incipientes. Políticas públicas devem ser discutidas para que as plataformas digitais sejam utilizadas a serviço da sociedade e não o contrário.

Nos serviços de saúde do SUS, o aprimoramento dos registros sobre a ocupação de qualquer trabalhador, inclusive o trabalhador por aplicativo, podem oferecer informações essenciais sobre o impacto do processo de trabalho na saúde do trabalhador e, quando divulgadas de forma rotineira,

fornecem subsídios para o planejamento de ações estratégicas aos gestores dos serviços de saúde.

Enfim, a ideia inicial da economia do compartilhamento pautadas na cooperação e igualdade entre os indivíduos deve ser resgatada e defendida para a construção de um futuro saudável de nossa sociedade.

Referências

1. Schor J. Debatendo a economia do compartilhamento. In: Zanatta RAF, De Paula PCBE, Kira B, organizadores. Economias do compartilhamento e o Direito. Curitiba: Juruá Editora; 2017.
2. Slee T. Uberização: a nova onda do trabalho precarizado. São Paulo: Editora Elefante; 2017.
3. Antunes R, Druck G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. *O Social em questão*. 2015; 34: 19–40.
4. Paixão C, Lourenço Filho R. Impacto da terceirização no mundo do trabalho: Tempo, espaço e subjetividade. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*. 2014; 3:58-74.
5. Pelatieri P, Camargos RC, Ibarra A, Marcolino A. Terceirização e precarização das condições de trabalho: condições de trabalho e remuneração em atividades tipicamente terceirizadas e contratantes. In: Campos AG, editor. *Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate*. Brasília: Ipea; 2018.
6. Antunes R. A sociedade da terceirização total. *Revista da ABET*. 2015; 14(1): 6–14.
7. Monteiro APL. Liberdade de profissão e economia de compartilhamento: desafios do trabalho na multidão. In: Zanatta RAF, De Paula PCB, Kira B, organizadores. *Economias do compartilhamento e o Direito*. Curitiba: Juruá Editora; 2017; 217–236.
8. Wood AJ, Graham M, Lehdonvirta V, Hjorth I. Good gig, bad gig: Autonomy and algorithmic control in the global gig economy. *Work, Employment and Society*. 2019;33(1):56–75.
9. Milland K. Slave to the keyboard: The broken promises of the gig economy. *Transfer: European Review of Labour and Research*. 2017; 23(2): 229-231.
10. Jakitas R [Internet]. 12h por dia, 7 dias por semana, R\$ 936: como é pedalar fazendo entregas por aplicativo. *O Estado de São Paulo*. 2019 15 set; ano 140, n. 45988. Sec. economia, (B4).
11. Oitaven JCC, Carelli RL, Casagrande CL. Empresas de transporte, plataformas digitais e a relação de emprego: um estudo do trabalho subordinado sob aplicativos. Brasília: Ministério Público do Trabalho; 2018.
12. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*. 2015;123:407–427.
13. Poder Judiciário. Justiça do Trabalho. Tribunal Regional do Trabalho da 3a Região. Sentença do Processo no 0011359-34.2016.5.03.0112, proferida pela 33a Vara do Trabalho de Belo Horizonte – MG. Reclamação Trabalhista ajuizada Por Rodrigo Leonardo Silva

Ferreira Em Face De Uber Do Brasil Tecnologia Ltda. Relator: Márcio Toledo Gonçalves. Belo Horizonte. 2017; 13 fev.

14. Organização Internacional Do Trabalho. Constituição da Organização Internacional do Trabalho e seu anexo – Declaração de Filadélfia; 1946. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/genericdocument/wcms_336957.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.
15. Machado FK, Giongo CR, Mendes JMR. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Psicologia Política*. 2016;16(36): 227–240.
16. Brasil, Ministério da Saude. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jul. 2023.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97.
18. Brasil, Ministérios da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil 1990; 19set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 jul. 2023.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde 2009; 11nov. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 13 jul. 2023.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde 2012; 23ago. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 13 jul. 2023.

A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTROLE SOCIAL: EM DEFESA DO SUS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL

Noilza Abreu Benício dos Santos*

Introdução

Este escrito é resultado da monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), no ano de 2018, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), intitulado: *Os movimentos de familiares e a reforma psiquiátrica antimanicomial: o resgate de uma luta em defesa de direitos*. O tema eleito, diz respeito ao protagonismo de usuários e familiares dos serviços públicos de saúde mental, como importantes atores sociais e políticos, participantes do controle social. Previamente ao relato da experiência, torna-se relevante uma breve contextualização quanto ao cenário político e os desdobramentos no campo da saúde mental do país.

Naquele momento, o cenário já indicava um processo de desmontes e desfinanciamentos, que resultam, na atualidade, no sucateamento e desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isso deixa milhares de pessoas desassistidas em pleno contexto de pandemia mundial, a COVID-19, que trouxe sérios agravos à saúde mental de milhares de brasileiros, usuários permanentes ou não dos serviços de saúde mental,

* Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC/SSA-BA). Psicóloga Clínica e Psicanalítica particular. E-mail: noilza.abreu@gmail.com

como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses são dispositivos territoriais que integram a política pública de saúde mental, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

É importante destacar a participação e interferência do governo Michel Temer (2016-2019), sucessor da presidente Dilma Rousseff, destituída da presidência por um golpe que resultou em seu impeachment, no ano de 2016. Este momento marca uma série de retrocessos das políticas sociais, pautas permanentes de governos progressistas e representativos da supremacia popular, como do ex-presidente Lula (2003-2011) e da então presidente Dilma Rousseff (2011-2016). Durante a construção deste trabalho, no ano de 2018, o país encontrava-se sob a gestão do governo Michel Temer e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) já sofria uma série de desinvestimentos e desmontes, com aprovações de leis e portarias que fortaleceram o retorno da cultura manicomial, com o aumento de investimentos no repasse para leitos de hospitais psiquiátricos e investimentos que favoreceram o aumento de comunidades terapêuticas, instituições de orientação religiosa, caracterizadas por práticas morais e pedagógicas, de restrição da liberdade e graves violações aos direitos humanos. Essas práticas divergem dos pressupostos terapêuticos e antimanicomiais, conquistados por lutas sociais, de participação popular, que deram origem a reforma psiquiátrica brasileira e seu marco histórico, a implementação da Lei n.º 10.216/2001¹, como política nacional de saúde mental, que preconiza o modelo de cuidado em liberdade, intersetorial e na comunidade.

Desde a conclusão deste trabalho e a posterior eleição do presidente Jair Bolsonaro em 2019, o Estado brasileiro passou a vivenciar por quatro anos, uma série de ataques à democracia, o descaso com a vida humana, a negação contra o saber científico e o grave desmonte de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), conquista popular incluída na Constituição Federal de 1988, que institui o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Como consequência do desgoverno do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), a população brasileira passou a enfrentar perdas de direitos, retorno da fome, desassistência à saúde e piora das condições de vida de todas as formas.

Na atual conjuntura, o retorno do presidente Lula ao governo, após as eleições democráticas de 2022, reafirma a expressão do desejo popular de mudanças e defesa da democracia, convoca-se o exercício popular em contextos macro e micropolíticos para a reconstrução do país.

A defesa do SUS, como sistema de saúde robusto, potente e eficaz, responsável pela assistência à saúde de milhares de brasileiros desde a sua implementação até os dias atuais, durante uma pandemia global que dizimou milhares de vidas ao redor do mundo, a covid-19, torna-se papel de toda a sociedade brasileira. Isso ocorre por meio do controle social, exercido pelos usuários dos serviços de saúde, como ferramenta de reconstrução de um novo projeto de sociedade, que carece ser reafirmado cotidianamente.

Assim, não se trata apenas de considerar os familiares e usuários como atores fundamentais em um processo de mudança de paradigma da saúde mental no Brasil, sobretudo entre os anos de 2022-2023. Durante o processo de transição democrática de governo, estamos de volta a uma governança inclinada a atender às demandas de uma maioria trabalhadora, que acertadamente recorre às coalizões populares e instituições científicas no sentido da união de forças democráticas para a reconstrução do país. Isso destaca a necessidade de dar destaque às políticas de saúde pública, representadas pelo SUS.

De volta às proposições da pesquisa realizada em 2018, a reafirmação dos mais de 40 anos de lutas da reforma psiquiátrica brasileira, em uma das suas principais dimensões, a participação popular, por meio dos movimentos de usuários e familiares, evidencia o protagonismo de importantes atores sociais nas mudanças políticas. Este trabalho teve como questão central reafirmar o papel político dos movimentos de familiares, suas lutas pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e pela transformação nos modos como a sociedade lida com a “loucura”, em um processo social complexo, conforme denomina Amarante (2007)².

A partir do processo de reforma psiquiátrica brasileira, surgiram produções teóricas abordando outros papéis atribuídos aos familiares. Eles são vistos não apenas como parte integrante do tratamento, sujeitos que necessitam

receber cuidados, mas principalmente como sujeitos políticos. Atuam como defensores de direitos, responsáveis pela fiscalização dos serviços de saúde mental e participantes da formulação e aplicação de políticas públicas³.

Dentre as motivações da pesquisa, destaca-se o interesse em compreender melhor a questão dos familiares de pessoas em sofrimento psíquico. Isso inclui explorar seus sentimentos, desafios e possibilidades. Adicionalmente, a reflexão sobre como fortalecer os familiares para desenvolver formas de enfrentamento diante de uma experiência complexa é um objetivo. Isso envolve exercer uma participação política no cotidiano do cuidado nos serviços de saúde mental, reconhecendo seus papéis como atores sociais importantes. Eles desempenham funções na fiscalização, proposição de políticas públicas e reafirmação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, pretendeu-se historicizar o papel dos familiares e usuários como sujeitos políticos e atuantes no processo de reforma psiquiátrica, desde a sua concepção até os dias atuais, no cotidiano da saúde mental pública. Isso envolve a busca pelas principais associações e movimentos, bem como a participação nos dispositivos de articulação política, como encontros, congressos, conselhos deliberativos, conferências, audiências públicas, grupos de ajuda mútua, suporte de pares, entre outros. A participação dos movimentos de familiares nestes espaços, se constitui como forma de organização popular, de representação da sociedade civil⁴ para a construção das políticas públicas de saúde mental.

Nesta perspectiva, a questão suscitada pela pesquisa, foi o reconhecimento sobre como se dá a representação dos familiares e sua movimentação nos espaços de discussão política do campo da saúde mental. As questões norteadoras se balizam nos discursos dos familiares na atualidade. Buscou-se compreender: como se estruturam os movimentos de familiares na atualidade? Quais são suas principais questões? Há uma organização na forma de movimento social? Existe um conhecimento crítico sobre a participação dos familiares como sujeitos políticos no campo da saúde mental no Brasil? Quem fala pelos familiares das pessoas em sofrimento psíquico? Como potencializar politicamente estes movimentos?

Nas seções iniciais, o trabalho buscou problematizar ao longo da história o lugar da família, antes e depois da reforma psiquiátrica. Inicialmente, eram considerados culpados pelo adoecimento ou responsáveis pelas internações. Posteriormente, houve uma ascensão de novos papéis, tornando-se participantes ativos de um processo de transformação radical da sociedade, a reforma psiquiátrica. Essa promoveu o deslocamento dessas pessoas de um lugar de sofrimento para um lugar de protagonismo. Foram levantadas reflexões quanto à construção de um paradigma que considerava como única possibilidade de tratamento a internação e a exclusão das pessoas consideradas “loucas” da família e da sociedade.

Nas seções seguintes, investigou-se a formação dos principais movimentos sociais, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), integrantes das lutas que deram origem à reforma psiquiátrica brasileira e influenciaram definitivamente as mudanças dos papéis exercidos pela família no tratamento. Por fim, as últimas seções, abordam como os familiares vêm se articulando politicamente e como se dá o processo histórico e cultural brasileiro, que reforça a importância da educação permanente na formação política dos familiares, para o pleno exercício do controle social, princípio que fundamenta a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto microssocial, os impactos das reduções dos direitos sociais no cotidiano das pessoas, justificados sob a égide da crise, são transformados em individualização dos sofrimentos. Verifica-se um enfraquecimento do pensamento coletivo, como reflexo de um modelo capitalista de sociedade que enaltece as individualidades, resultando no aumento crescente da medicalização da vida e dos sofrimentos⁵, como solução para questões relacionadas a problemas sociais que carecem de soluções políticas.

O resgate histórico dos movimentos de familiares tem como contribuição o fortalecimento destes coletivos, como forma de reafirmação da potência da representação popular nos espaços de deliberação política. Reiterando a necessidade de uma agenda prioritária da saúde mental no país, que inclua no cotidiano dos serviços, espaços de discussão política,

sobre as necessidades e reivindicações das pessoas com algum sofrimento psíquico e seus familiares⁶.

Considera-se, indiscutivelmente, a existência de uma série de fatores e complexidades que interagem em relação ao protagonismo de familiares e usuários, para uma atuação mais crítica e política. De acordo com as análises dos autores, há desafios estruturais, da própria formação da sociedade brasileira, que forjam também a identidade destas pessoas enquanto sujeitos sociais e políticos. Entende-se que o processo de emancipação destes sujeitos perpassa muitas questões, de acesso às condições de vida e ao conhecimento, que muitas vezes impede que haja uma visão mais crítica sobre o contexto em que estão inseridas, e isto não deve ser desconsiderado⁷.

Como já acontece no âmbito do cuidado, o conhecimento dos familiares sobre os fatores históricos, culturais, sociais, econômicos e políticos, que compõem o campo da saúde mental, tendem a contribuir para a emancipação destes, como sujeitos críticos e protagonistas das transformações no modo como a sociedade se relaciona com a diversidade humana e o sofrimento psíquico.

Em síntese, o resgate da participação dos familiares nas lutas políticas no campo da saúde mental, no atual momento de reconstrução da política de Estado da saúde mental no país, tem importância mister, na reafirmação popular e democrática do desejo coletivo de um novo projeto de nação. Sobretudo, os familiares são responsáveis pela desconstrução de um imaginário social que os considerava apenas como parte integrante do tratamento, passando a reconhecê-los como sujeitos de ação política, além de “parentes” e “cuidadores”. A sociedade deve reconhecê-los como atores sociais, capazes de unirem-se coletivamente como sujeitos conscientes e ativos, resistentes a processos de anulação das suas identidades⁸.

Como objetivo geral, pretendeu-se historicizar a participação dos familiares na construção das políticas públicas de saúde mental a partir da reforma psiquiátrica brasileira. E de forma específica, identificar as transformações no papel ocupado pela família na luta antimanicomial, a partir da reforma psiquiátrica; mapear as associações, coletivos e demais dispositivos

de organização e participação política dos familiares de usuários da saúde mental no município do Rio de Janeiro; analisar a participação dos familiares nos coletivos e movimentos sociais e identificar as principais questões que envolvem a participação dos familiares nos coletivos e movimentos antimanicomial.

Dentre os pressupostos levantados pela pesquisa: a escassez de produções teóricas sobre a participação política dos familiares no campo da saúde mental, desde os anos 2000; a predominância do discurso técnico nos espaços de discussão política, em relação à defesa dos interesses de usuários e familiares; as discussões políticas para familiares e usuários são pouco privilegiadas nos serviços de saúde mental, em relação às temáticas relacionadas ao cuidado; há um recuo da participação dos familiares na agenda das discussões políticas e eventos do campo da saúde mental desde a década de 2000; houve uma retração no surgimento de novos coletivos de familiares, sugerindo um enfraquecimento dos movimentos; há uma necessidade de formação política sobre a reforma psiquiátrica brasileira, seus pressupostos e o protagonismo dos familiares e dos usuários, bem como, seus papéis no controle social do SUS e na manutenção da política nacional de saúde mental no Brasil; a demanda dos familiares está relacionada a dos movimentos de usuários, ou seja: familiares e usuários têm as mesmas reivindicações; o movimento de usuários tem ganhado mais protagonismo, tendendo a reduzir o surgimento de novos coletivos de familiares.

Participação popular e controle social

Considerando as complexidades que interagem no processo de emancipação política dos familiares, alguns autores abordam uma contextualização histórica sobre o surgimento das primeiras noções sobre a participação popular no cenário brasileiro até a consolidação política.

Valla⁹ traz dados históricos e discussões acerca do surgimento das primeiras noções sobre a participação popular, a partir da necessidade de inclusão de classes desfavorecidas e da criação de políticas públicas. Há uma importante

distinção, entre a noção de participação popular, enquanto participação política, em oposição a sentidos filantrópicos, tecnológicos ou individuais.

Independentemente das posições teóricas assumidas pelos estudiosos do tema, é consensual que o termo participação popular se refere a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária. Neste sentido, o termo geralmente se refere às classes populares, embora possa incluir também a participação da classe média. É possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos anos 30 e 40 deste século, em relação estreita com o surgimento das políticas públicas⁹.

Nas discussões de Cêpeda (2012),¹⁰ encontramos a noção de representatividade, associada aos processos de deliberação política, desde os povos mais antigos, em decisões da comunidade, em reuniões dos conselhos, formados por pessoas eleitas pela coletividade. E o surgimento dos conselhos, como a mais antiga experiência do exercício da política, considerados espaços onde ocorrem as deliberações coletivas.

No âmbito da saúde, o exercício legal da participação popular se legitima por meio do controle social, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal. Considerados espaços de deliberação política, em que se dá a participação da comunidade por meio de representantes eleitos coletivamente¹¹.

Sobre a efetivação política, a participação popular constitui-se como uma conquista democrática, prevista na Constituição Federal de 1988 e em leis federais. Na Constituição de 1988, art. 1º, parágrafo único, a participação do povo nas decisões é expressa, como um princípio fundamental: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”¹². Como diretriz, é também estabelecida a “A participação da comunidade”¹². A Lei n.º 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) reforça novamente a “participação da comunidade” como “princípio”¹³.

No contexto da saúde no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, é considerada um marco da participação popular nas decisões do campo da saúde, conquistada pelas mobilizações do movimento sanitário. Posteriormente, a Constituição de 1988 é o instrumento político que implementa a participação popular nas decisões políticas como um direito. Seguida da Lei n.º 8.142/1990, passou a regulamentar a participação da sociedade na gestão do primeiro sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

A Lei n.º 8.142 de 1990¹⁴, é considerada o instrumento que trata mais especificamente os dispositivos de participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, estabelecido como um critério, além de determinar a existência do Conselho de Saúde para o repasse de recursos para os municípios¹⁴. Os Conselhos são instâncias de caráter permanente e deliberativo, e as Conferências de caráter periódico (ocorre a cada quatro anos), propositivas e avaliativas das políticas de saúde. Ambos os dispositivos estabelecem a participação popular por meio da representação de usuários dos serviços, profissionais da saúde e representantes do governo¹⁴.

Em contrapartida ao processo de consolidação da participação popular, é possível problematizar, nas reflexões de outros autores, os desafios em relação à efetividade do controle social, exercido por meio dos Conselhos Municipais e às mudanças operacionalizadas no cotidiano dos serviços. A fragilidade da representação popular é considerada um desafio, reflexo de uma série de fatores históricos e culturais, que interferem no processo de emancipação política do povo brasileiro e reverbera também no contexto micropolítico dos familiares¹¹.

Outra reflexão, diz respeito à representação de usuários e familiares com a participação predominantemente de profissionais. De acordo com Arraes *et al.*,¹⁵ e Valla¹⁶ o não empoderamento de usuários e familiares tende a fortalecer um estigma que desqualifica suas experiências, deslegitima a publicização de suas necessidades e reduz sua capacidade de expressarem-se politicamente, contribuindo para o não reconhecimento destes sujeitos como cidadãos e atores nos processos de decisões políticas e de reafirmação de direitos.

Assim, o que ficou evidenciado nas discussões é que a participação mais prevalente de profissionais e agentes estatais nos conselhos de saúde demonstra uma retração da participação de representantes da população, em suas necessidades e saberes específicos. Isso tende a fortalecer uma hegemonia que privilegia saberes técnicos à frente das lideranças dos movimentos sociais.

A complexidade que se apresenta nesta questão, diz respeito aos discursos de saber e poder que geram dominação. Pois, embora possa haver boas intenções e demandas compartilhadas entre profissionais, usuários e familiares, entende-se que, o discurso do saber técnico, tende a gerar submissão em relação ao saber dos usuários e familiares. Neste sentido, defende-se que o saber do usuário e do familiar, embora não sendo um saber construído nos moldes acadêmicos, deva ser considerado, a partir das narrativas de suas histórias de vida e suas singularidades, contribuindo para a reinvenção das práticas em saúde.

Em suma, as reflexões sobre o que está em jogo na questão da representação dos familiares no campo da saúde mental, por meio do controle social, enquanto diretriz do SUS, apontam para a necessidade de valorização do contexto social, cultural, político e das histórias de vida destas pessoas, em superação as trajetórias de exclusão, assujeitamento e culpa, quando não são tratadas como merecedoras de cuidado ou meras transmissoras de informação.

As perspectivas emancipatórias, como a representação popular, propõem uma ação política como possibilidade libertária, de conquista de direitos e de resgate da cidadania por meio da valorização do saber popular em compartilhamento com o saber científico, de modo a promover a construção de novos saberes e o protagonismo destes sujeitos.

Metodologia

Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, tendo como objeto de investigação as possibilidades de transformação da realidade social a partir dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências. Em termos de aplicação, a escolha foi por uma pesquisa do tipo descritiva, usando a pesquisa

documental e entrevista por meio da história oral. Foi considerada como ponto de partida a década de 1990, durante o início do processo de reforma psiquiátrica, quando surgiram os primeiros movimentos e associações de familiares, até os dias atuais, em uma linha histórica que compreende os anos de 1987 até 2019.

Na primeira etapa, de pesquisa documental, foi realizado um levantamento bibliográfico com fins de localização histórica das principais associações e coletivos de familiares. Por meio das obras dos principais autores da bibliografia pré e pós-reforma psiquiátrica, nas áreas de saúde mental, sociologia, filosofia, ciências políticas, entre outros; e artigos científicos em bases de dados BIREME, SciELO, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre outras.

Ainda na etapa inicial, a fase exploratória, consistiu na busca por referências em coletivos, associações, movimentos e demais dispositivos de organização e participação política dos familiares. Na investigação, pretendeu-se identificar a participação das lideranças e/ou de integrantes dos movimentos, por meio do registro em relatórios das conferências, atas e dados de acesso público e restrito dos órgãos de controle social (Conselhos Estadual e Municipal de Saúde de Saúde Mental), atas de posse dos membros efetivos de entidades e seus representantes, deliberações, jornais de associações, anais de congressos, em que constassem esses registros.

O uso da metodologia “bola de neve”ⁱⁱ, por meio de “informantes-chave”, tem por objetivo localizar lideranças e atores dos movimentos, em órgãos e serviços de saúde mental, CAPS, Superintendência de Saúde Mental, Gerência de Saúde Mental, Comissão da Reforma Psiquiátrica, Movimento da Luta Antimanicomial, grupos e associações de familiares e usuários entre outros.

Na segunda etapa de pesquisa de campo, o cenário eleito na ocasião foi a cidade do Rio de Janeiro, considerando suas características geográficas, sociodemográficas, históricas, culturais e relativas à saúde mental, nos indicadores do SUS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O uso da técnica de “observação não sistemática” em visitas aos movimentos, encontros, eventos e demais espaços políticos, foi considerada

com o objetivo de identificar as principais lideranças, atores e personagens para coleta das informações. E como instrumento, o uso do quadro “Sistematização de coletivos e atores ativos entre 2012-2019” preenchido com as principais informações sobre os coletivos:

Sistematização de coletivos e atores ativos 2012-2019				
Nome: coletivo/ associação/movimento	Local/sede	Fundação	Representação formal	Diretoria Familiar/usuário

Como estratégia metodológica para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, a entrevista, no formato de história oral, tem por objetivo o acesso às principais questões relacionadas aos movimentos de familiares. Tal recurso utiliza-se da escuta e do registro da história das pessoas em suas próprias narrativas, sujeitos que, por vezes, foram excluídos da história documental. É considerada uma estratégia eficaz, no sentido de promover a troca de experiências entre os sujeitos da pesquisa e o entrevistador, além do reposicionamento dos indivíduos ao encontrarem novos sentidos para suas histórias, a partir das suas narrativas¹⁸.

O roteiro de entrevista é composto por perguntas de fácil compreensão, formuladas com clareza e objetividade, seguindo um critério de importância, das mais fáceis para as mais difíceis, relacionadas às questões a serem investigadas. Utilizar-se-á o critério de saturação, elegendo inicialmente duas entrevistas por coletivo.

Na terceira etapa, de análise e tratamento dos dados, as respostas das entrevistas foram selecionadas e analisadas com base no método Bardin de “análise de conteúdo”, dividido em pré-análise, que consiste na leitura flutuante dos documentos, com organização prévia e entrevistas a serem analisados com a máxima fidedignidade. Na fase de exploração do material é feita a seleção de unidades de codificação e classificação semântica, sintática e léxica (sentido das palavras, perturbações de linguagem etc.). Na etapa de categorização, as informações são reunidas em esquemas, para a construção de categorias de análise.

Por fim, na fase de resultados, a análise se dá a partir da interpretação, dos conteúdos além dos manifestos nas entrevistas. O alcance final da pesquisa é um escopo do papel político dos familiares, a partir das principais questões levantadas nas entrevistas. O olhar da pesquisa é voltado para produção de um conhecimento que dialogue com a sociedade, contribuindo para a tomada de decisão, construção de espaços de formação política, estímulo ao protagonismo de novos atores e a formação de novas lideranças.

Resultados esperados

A discussão alcançada pela pesquisa na fase inicial, de levantamento bibliográfico e exploratório, possibilitou o contato com experiências de usuários e familiares atuando como lideranças, com participação em coletivos, associações, Grupos de Ajuda Mútua e Suporte de Pares, além da participação atuante em audiências públicas, conferências, congressos, seminários, encontros, Curso de Formação Política para Usuários e Familiares em Saúde Mental e reuniões nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Espera-se que a primeira etapa deste estudo, de revisão bibliográfica e pesquisa documental, possa alicerçar a importância e a necessidade de abertura de novos caminhos para a localização destes coletivos e lideranças no campo da saúde mental atualmente. Segundo a discussão dos autores, a importância da participação destas coletividades na esfera do controle social é vital para o SUS.

Ficou evidenciado em 2018, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), local onde se origina o estudo, que mesmo diante das tentativas de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e desarticulação dos movimentos sociais, coletivos e associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, há resistência destes grupos, ainda que de forma reduzida e pouco fortalecida.

A continuidade deste estudo, na segunda fase, de pesquisa de campo, consistirá numa maior aproximação destes dos sujeitos, conhecendo suas histórias, questões e necessidades, através das entrevistas, cuja finalidade é produzir informações e construir referências, com dados que possam embasar

tomadas de decisão imediatas e futuras, produção de políticas públicas e mudanças necessárias no cotidiano dos serviços de saúde mental, reafirmando a defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira.

Projetos como o Curso de Formação Política para Usuários e Familiares em Saúde Mental, Grupos de Ajuda Mútua e Suporte de Pares, praticados na cidade do Rio de Janeiro (RJ), em 2018, demonstraram-se experiências exitosas, com produção de efeitos positivos na interação entre usuários, familiares, comunidade e equipes de saúde no cotidiano dos serviços, sugerindo atenção dos poderes públicos quanto ao potencial de aplicabilidade em outros estados do território nacional, assistidos pelo SUS, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A participação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental no controle social evidenciou-se como instrumento de aproximação entre sociedade e Estado para o conhecimento das necessidades desta população. Essa participação contribui para a continuidade da criação e aplicação de políticas públicas no campo da saúde mental no Brasil.

Considerações finais

Em síntese, as reflexões propostas pela pesquisa corroboraram com os apontamentos dos autores desde a década de 1990, quando surgem as primeiras associações de familiares. Como desafio primordial, o fortalecimento destes sujeitos a assumirem o protagonismo político no campo da saúde mental, na forma de representação social, tendo suas experiências valorizadas e suas histórias de vida respeitadas.

Considerando o contexto histórico dos familiares, ressalta-se que por muito tempo concepções que sustentavam um lugar passivo, são superadas por concepções que enfatizam o potencial dos familiares como sujeitos ativos, capazes de organizaram-se coletivamente em defesa dos direitos e pelo respeito à diversidade da pessoa humana.

Acredita-se que as questões levantadas por esta pesquisa, poderão ser eventualmente respondidas pelos próprios familiares, os protagonistas desta história, que em função do estigma produzido pela sociedade em

relação ao sofrimento psíquico, foram excluídos, trilhando um caminho muitas vezes solitário, sem ter suas experiências reconhecidas em relação a esta complexa realidade.

Neste sentido, potencializar os familiares na produção de um conhecimento conjunto, que os emancipe como atores políticos, além de cuidadores, são possibilidades que se apresentam como contribuição para o deslocamento de um lugar socialmente construído, de exclusão, sofrimento e negação de direitos, para um lugar de protagonismo, como sujeitos críticos e ativos nos processos deliberativos do campo da saúde mental.

Ressalta-se que, em sua maioria, os familiares de usuários da atenção psicossocial estão inseridos em um contexto social forjado em relações desiguais de dominação e exclusão de classes desfavorecidas, que também determinam suas possibilidades de adquirirem um conhecimento mais aprofundado sobre as questões políticas em jogo na relação entre seus sofrimentos e as soluções psicossociais. Neste sentido, constata-se a dificuldade encontrada pelos familiares de se organizarem politicamente para uma maior participação nos espaços de controle social.

Neste sentido, várias estratégias de abordagens práticas e teóricas como a Educação Popular em Saúde e outras, em diferentes eixos temáticos como, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo, transformação da cultura em relação à doença mental, associadas a narrativas de experiência de vida, defesa de direitos, militância social e política, tendem a contribuir positivamente nos processos de empoderamento e emancipação políticas dos familiares e usuários.

Considerando o momento atual, de sobrevivência a intensivos ataques à democracia, destaca-se a importância do resgate da representação popular por meio dos movimentos sociais, como uma forma de resistência contra o desinteresse no desenvolvimento de lideranças para a reivindicação dos direitos das classes excluídas e desfavorecidas.

Considera-se no contexto da representação política dos familiares, a necessidade de superação da hegemonia do saber científico, para concebermos uma experiência construída em conjunto, que potencialize estas pessoas a

serem protagonistas e não as mantenha subjugadas a um único saber, que as desqualificam em sua experiência.

Em suma, a leitura e a compreensão do que de fato os familiares têm a dizer deve conceber suas histórias de vida, ultrapassando a transmissão de saberes meramente pedagógicos e científicos, para admitir a perspectiva do encontro, da escuta ativa, da compreensão de suas visões de mundo. Tais encontros devem produzir saberes construídos por meio da experiência como parte, de modo que, estes sujeitos se sintam emancipados e fortalecidos, reconhecendo suas potências como protagonistas de uma história de lutas políticas por direitos e por respeito à diversidade da pessoa humana, expressa na experiência brasileira da reforma psiquiátrica e que precisam ser reafirmados cotidianamente.

Por fim, espera-se que o resgate desta discussão, por meio deste relato de pesquisa, possa contribuir na defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, políticas de Estado que vêm sobrevivendo aos desmontes de um desgoverno que operou como projeto necropolítico, desinvestindo em políticas sociais. Além do reconhecimento dos familiares acerca do seu papel político, contribuindo no resgate de suas histórias como protagonistas.

Defende-se o fortalecimento de uma maior participação dos usuários e familiares nas esferas de controle social do campo da saúde mental no país, por meio do surgimento de novas lideranças, bem como a inspiração de novas produções científicas acerca da temática, de modo a manter viva a luta por direitos humanos e cidadania, também traduzida nos movimentos de usuários e familiares no campo da saúde mental brasileira.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Lei N. 10.216 – de 06 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: Casa Civil; 2001; 6abr. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 fev. 2018.
2. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Rosa LCS. Transtorno mental e cuidado na família. Rev. Serv. Soc. & Saúde. 2013; 12(1):119-124.

4. Wanderley LEW. Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. *Serv Soc Soc.* 2012;(109):5–30.
5. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
6. Guljor AP, Amarante P. Movimentos Sociais e Luta Antimanicomial: Contexto Político, Impasses e a Agenda Prioritária. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*. 2017; 1(242):635-656. em <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/412> (Acesso em 23/Mar/2018).
7. Vasconcelos, EM. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170123-160926-001.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.
8. Amarante P, Cruz LB, organizadores. *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: LAPS; 2015.
9. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14 (2):7-18.
10. Cêpeda VA. TV-USP-PIRACICABA. Vídeoaula: O Papel dos conselhos e conselheiros municipais. São Carlos:Universidade Federal de São Carlos. 2012; 25set. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=Bc5YLCue_EA. Acesso em: 27 mar. 2018.
11. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2010; 20(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400009. Acesso em: 06 abr. 2018.
12. Brasil, Ministério da Saúde. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal 1988; 5out. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 03 abr. 2018.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil 1990; 19set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 abr. 2018.
14. Brasil, Ministério da Saúde. 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. Brasília: Casa Civil 1990; 28dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 03 abr. 2018.
15. Arraes AKM, Dimeinstein M, Siqueira K, Vieira C, Araújo A. Empoderamento e Controle Social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). *Rev. psicol. polít.* 2012; 12(23):71-85.
16. Valla VV. Parte IV – Educação e participação popular. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. Barata RB, Briceño-León RE, organizadores [Internet]. *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata-9788575413944-15.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

17. Vinuto J. A Amostragem em bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em Aberto. *Rev. Temáticas*. 2014; 22(44):203-220.
18. Alves MCSO. A Importância da história oral como metodologia de pesquisa. In: *Anais eletrônicos IV Semana da História do Pontal. III Encontro do Ensino de História*. Ituiutaba: Universidade Federal de Urberlândia; 2016. Disponível em: <http://www.eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/mariacristinasantosdeoliveiraalves.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2018.

Notas de fim

- i. Baseia-se na noção Gramsciniana de sociedade civil como a organização coletiva de diversas classes sociais contra formas de dominação hegemônica. Ver obra de Gramsci: *Cadernos do Cárcere* (1999).
- ii. Tipo de amostragem usado na pesquisa qualitativa que conta com a seleção por meio de informantes-chaves das próximas pessoas que tem o perfil para integrar a pesquisa, em uma cadeia de referências¹⁷.

A SAÚDE MENTAL DA PESSOA NEGRA NO CONTEXTO PRISIONAL: ASPECTOS DA VIOLÊNCIA QUE ADOECE E A RELAÇÃO COM A ATENÇÃO EM SAÚDE PRISIONAL

Poliana Gualberta Soares de Oliveira*
Valéria Pereira Silva**

Introdução

A presente discussão visa compreender e elucidar como se apresenta a saúde mental da pessoa negra no contexto prisional, buscando elucidar aspectos da violência que adocece, considerando como ponto de partida o olhar dos profissionais na Atenção Primária Prisional acerca do lugar sócio-histórico da pessoa negra. Trata-se de um projeto de intervenção elaborado como resultado do Curso de Especialização Impactos da Violência na Saúde, no ano de 2022. A partir dele pretendemos contribuir com os debates que permeiam os cuidados em saúde na realidade prisional e propor ações que visem à promoção de saúde mental direcionada à população negra nesses espaços.

Ao iniciar os estudos sobre o tema, nos deparamos com questões da prática em Atenção Primária em Saúde no sistema prisional e os principais problemas relacionados a ele. Dentre eles, encontramos o adoecimento psíquico prévio ao cárcere, envolvendo fatores socioeconômicos como potencializadores do racismo estrutural, bem como a hierarquia entre as

* Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá). Especialista em Neuropsicopedagogia (UCAM-PROMINAS). Graduada em Psicologia pela Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP/PE). Psicóloga da Estratégia de Atenção Primária Prisional (EAPP) através da Diretoria Estadual de Atenção à Saúde Prisional (DEASP) – Secretaria Estadual de Saúde (SES) – PE. E-mail: pgoalberpsico@gmail.com

** Mestre em Serviço Social (UFRJ). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social (UFRJ). Assistente Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: vpsvaleria@gmail.com

pessoas privadas de liberdade na unidade prisional e a ruptura, parcial ou total, com vínculos familiares e/ou relações de parentalidade, que podem ter correlação ou não com a situação de cárcere. Além disso, existem ainda limitações de acesso a itens de assistência à saúde, a construção racializada sobre minorias e também incompreensão/ausência de percepção do que seja o racismo estrutural por parte da pessoa privada de liberdade. O racismo estrutural é multifacetado, atrelado a existência das estruturas de dominação, da necropolítica e do necropoder. Silenciosamente destrói pessoas em razão de suas existências, lhes relegando à condição de “mortos-vivos”, como nos apresenta Mbembe¹. Permeia as relações e fomenta comportamentos discriminatórios e a normalização dos diversos tipos de violência na sociedade e, em especial, na realidade prisional.

No caminho que percorremos para propor esta ação interventiva, foi possível identificar os altos índices e demandas de adoecimento psíquico frente às múltiplas formas de violência, e em maior notoriedade as violências direcionadas às pessoas também negras. Compreendemos que as repercussões destas vivências estão presentes em relações que envolvem pessoas negras privadas de liberdade, que em sua maioria dão origem a conflitos ao se relacionar com figuras que representam poder. É esta desigualdade existente nas relações de poder que evidencia a hierarquia verticalizada, em que é reforçada a premissa de que quem detém o poder tem o direito de decidir quem vai viver e quem vai morrer.

Deste modo, visualizamos o racismo e o adoecimento mental enquanto fenômenos sociais lado a lado, promovidos nas relações humanas no espaço de cárcere. Paralelamente, nos deparamos com a insuficiência de pesquisas e trabalhos que abordam esses impactos da violência na realidade prisional e que evidenciem as suas possíveis consequências psíquicas.

Problematizando a saúde mental da população negra no contexto prisional

A violência é um fenômeno concreto, que tem solução, mas que se expressa de diferentes maneiras, sejam físicas, psicológicas, sexuais e

envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados. Ela tem como característica constituir-se como um fator humano presente em todas as pessoas, abrangendo todas as classes e segmentos de maneira histórica. Esse fator persiste no tempo e estende-se a quase todas as sociedades, conforme mencionado por Minayo².

Contextualizando a violência em sua complexidade, compreendemos que suas expressões estão particularmente relacionadas às desigualdades sociais existentes no país, configurando-se como um problema social de longa data que se sustenta e se retroalimenta por meio de mais violência³.

O direcionamento dado a este breve levantamento tenta colaborar com a discussão sobre a violência racial, como um tipo de violência que, dentre tantas outras adoecedoras no contexto prisional, se constitui enquanto uma determinação social que colabora para agravar a situação de saúde de pessoas negras. Assim, compreendemos que o tema possui uma amplitude de percepções extensas e densas, que configura como urgente esta discussão, a qual somamos contribuições que possam promover reflexões e estimular intervenções.

Neste sentido, acreditamos ser relevante afirmar que a relação entre questão racial, saúde mental e sistema prisional, que nos propomos a debater, não se encontra isenta de dispositivos legais. Inicialmente podemos mencionar a Declaração Universal dos Direitos Humanos que assegura como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo⁴. Em âmbito nacional, a Constituição da República Federativa do Brasil, defende a dignidade, liberdade e igualdade para todos os cidadãos, apresentando a saúde como direito de todos e dever do Estado⁵.

No que se refere à realidade prisional, temos promulgada a Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execuções Penais (LEP)⁶, considerada uma das mais avançadas e completas do mundo, apesar da sua precária aplicabilidade, a LEP também dispõe sobre os direitos das pessoas privadas de liberdade no decorrer da execução penal e dos presos provisórios, presos preventivamente ou enquanto aguardam a sentença. Além disso, reconhece os direitos humanos

das pessoas privadas de liberdade, objetiva sua ressocialização, tem como princípio garantir assistência médica, jurídica, social, educacional e religiosa e explicita em seus pressupostos o direito à saúde da pessoa privada de liberdade como obrigação do Estado.

Há ainda outros instrumentos legais de iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Justiça, como a Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)⁷, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir o direito à saúde para todas as pessoas em privação de liberdade no país. Ao tratarmos da possível ressocialização de pessoas privadas de liberdade, a ótica da saúde coletiva se faz imprescindível, especialmente atrelada às condições de saúde nas unidades prisionais e à oferta de uma abordagem integrada de assistência e educação em saúde com psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem, proporcionando um ambiente favorável à permanência de pessoas em privação de liberdade⁸.

Referente a aspectos de saúde, entendemos que os indicadores são instrumentais e/ou parâmetros utilizados com a função de descrever e avaliar situações específicas. Um único indicador de maneira isolada pode não fornecer sustentação para um processo de investigação científica, mas o uso comparado de vários dados permite simultaneamente a compreensão do contexto mais amplo, de acordo com Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁹.

Quando comparamos os indicadores em saúde com os dados epidemiológicos acerca da violência, entre março e abril de 2019, extraídos do Banco de Dados do Estado de Pernambuco, Divisão Geopolítica de Pernambuco¹⁰ e do Sistema de informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹¹, constata-se que os dados disponíveis indicam algumas oscilações de queda e crescimento a depender de determinadas causas de morte e/ou acidentes e violências, envolvendo homens em sua maioria.

No entanto, foi possível perceber um alto índice de mortalidade por agressões, comparando com outras causas externas. Supõe-se que este

índice de mortalidade por agressões esteja associado ao elevado número de criminalidade. Os homens com idade entre 15 a 49 anos apresentavam os maiores coeficientes de mortalidade por agressões em Caruaru, com destaque para os adultos jovens entre 20 e 29 anos, que se revelam com maior risco de morte por essa causa. O risco de morte é prevalente entre homens mais do que entre mulheres, em todas as faixas etárias, existindo algumas disparidades de acordo com a idade. Os homens na faixa etária de 20 a 29 anos constituem o grupo mais atingido por agressões no município de Caruaru, no ano de 2019. Em relação ao quesito raça/cor, os coeficientes de mortalidade por violências são bem mais elevados entre as pessoas autodeclaradas pardas, na faixa etária dos 15 aos 39 anos.

Consideramos uma possível subnotificação com relação às pessoas pretas, já que estas não aparecem em evidência nestes casos. Quando se buscam dados quanto à saúde mental das pessoas negras, considerando aqui pretas e pardas, especificamente nessas bases de dados, os indicadores são praticamente inexistentes.

Apesar disso, é possível constatar que as desigualdades sociais que geram violências implícitas no arcabouço social são em grande maioria direcionadas à população negra. Dentro desta perspectiva, todas estas iniquidades sociais sofridas ao longo da construção histórica desta população demarcada racialmente, reverberam e evidenciam as desigualdades sociais. Nessa “democracia racial” presumida no Brasil, abre-se espaço para a sutil sensação de que todos são iguais, mas não elenca possibilidades de contextualizar o caráter de exclusão, segundo Oliveira¹².

Ao propormos o debate sobre a saúde mental no sistema prisional, lugar social da pessoa negra e de racismo, como um tipo de violência adocedora, travamos um grande desafio. Trata-se de temas que isolados possuem densas discussões e que requerem maior atenção nas pesquisas realizadas, o que é ressaltado por Mbembe¹³, ao afirmar que

Costumo dizer que o preconceito racial, como todas as formas de preconceito, é semelhante a um iceberg. Analiticamente, a parte

visível do iceberg corresponde às manifestações dos preconceitos, tais como as práticas de discriminação, segregação e exclusões, que podemos observar e inventariar. Manifestações essas que podem ser estudadas, analisadas e interpretadas pelas ferramentas das disciplinas sociais como a Sociologia e a Antropologia, bem como pela História e outras ciências humanas. A parte submersa do iceberg é a mais profunda e a mais difícil de estudar. Ela corresponde, analogamente, aos preconceitos não manifestados, presentes invisivelmente na cabeça das pessoas, e às consequências dos efeitos da discriminação na estrutura psíquica das pessoas. Os desajustados e perturbados mentais, vítimas do preconceito e da discriminação racial, mereceriam a atenção de uma ciência psicológica, tanto no plano individual sob o olhar de uma psicologia clínica, como no plano coletivo sob o olhar de uma psicologia social¹³.

Partindo desse pressuposto, buscamos, com compromisso ético, social e profissional, lançar luz sobre a população negra que se constitui delineada por abismos, desigualdades e invisibilidade social. Nessa perspectiva, o adoecimento psíquico oriundo de desigualdades sociais e do racismo precisam ser visualizados como fenômenos polimorfos e multicausais e como causadores de problemáticas potencializadas por este sofrimento, seguindo o que nos traz Tavares *et al.*¹⁴

Em 2022, o Conselho Nacional de Justiça divulgou que o Brasil teve uma taxa anual de crescimento exponencial de sua população prisional em 8,3%, com previsão de alcançar 1,5 milhão de pessoas privadas de liberdade até 2025, Conselho Nacional de Justiça (CNJ)¹⁵. Ressaltamos que em 2021 o país possuía o terceiro lugar no sistema prisional do mundo em número de presos (835 mil), ficando atrás somente dos Estados Unidos – 1,6 milhões e da China com aproximadamente 1,7 milhão, segundo o *World Prison Brief*¹⁶.

Analisando dados nacionais de junho de 2022, temos no país uma população carcerária de 837.443 pessoas, sendo 17,5% presos provisórios, ou seja, sem condenação. No que se refere ao perfil das pessoas privadas de liberdade no Brasil, trata-se majoritariamente do homem negro, jovem, solteiro e com baixa escolaridade. No período indicado, 51,4% eram pretos e pardos,

cerca de 36,2% com idade entre 18 e 29 anos e 9,4% tendo cursado até o ensino fundamental completo, o que pode ser um indicador de vulnerabilidade social atrelada à dificuldade ao acesso escolar. Outro dado de saúde se refere a consultas psicológicas, que somam um total de 439.109 atendimentos prestados pela equipe de saúde¹⁷.

Esse recorte sugere que o acentuado número de homens, jovens e negros ingressos no sistema prisional é potencializador das iniquidades sociais e do racismo em meio as relações, humanas e sociais além dos muros. O confinamento em disciplina tende a desencadear ou exacerbar sintomas, por meio do reforço de valores negativos, provocando recorrência de transtornos mentais.

A precariedade, superlotação e insalubridade criam ambientes propícios à proliferação de doenças. A pessoa privada de liberdade está suscetível a fontes de sofrimento, facilmente identificáveis, seja na privação de liberdade por si só, seguida da privação de direitos, da privação de relações afetivas e sexuais, da sua orientação sexual, das regras e normas institucionais/penais a qual está subjugado e pela “cultura da prisão”. Soma-se a isso a má alimentação, o sedentarismo ou mesmo o uso de drogas, como um paliativo para alívio imediato, mas que não dá resolutividade ao sofrimento emocional de origem, gerando um processo cíclico¹⁸.

Poucas pessoas privadas de liberdade têm acesso a opções de lazer e práticas esportivas. O acesso à atividade ocupacional não é igualitário entre as pessoas privadas de liberdade, em razão das desigualdades sociais também refletidas no contexto prisional¹⁸. O mesmo ocorre com o acesso à educação, que se torna restrito a poucas vagas nas escolas implantadas, quadro de vagas disponíveis, considerando o quadro de vagas disponíveis e o fluxo de rotatividade de entradas e saídas de pessoas privadas de liberdade no sistema.

Os indivíduos encarcerados também podem estar sob maior risco de suicídio que a população em geral. Há uma tendência clara de descolamento entre as ocorrências de suicídio dentro e fora das prisões. De 2016 a 2019, a taxa de suicídios nas cadeias subiu de 15,7 para 25,2 mortes a cada 100 mil presos. Na população como um todo, esse número também vem crescendo

de forma constante, mas em um ritmo mais lento: de um patamar de 4,6 mortes por 100 mil habitantes, chegou a 6 por 100 mil habitantes em 2019¹⁹. Portanto, é urgente que o sistema prisional amplie as ações de promoção da saúde mental, seja porque o número de detentos com problemas emocionais e psiquiátricos é elevado, seja porque a situação de reclusão é ela própria geradora de sofrimento.

De acordo com Kölling *et al.*²⁰, a expectativa de melhoria do sistema penitenciário e redução dos índices de criminalidade só seria possível com a revisão do modelo de política econômica e social de um país em dimensões como o Brasil, que desde sua base se pauta na exclusão e desigualdades sociais. A complexidade desta discussão não está apenas na compreensão do racismo como a única ou a mais emergente determinação social em saúde, ao fazermos o recorte das pessoas negras privadas de liberdade.

Contudo, compreendemos que ele é um fragmento importante deste cenário, ainda mais complexo e enredado, que potencializa impactos negativos associados a outros fatores de risco à saúde¹⁴. Ressaltamos que não pretendemos nos deter apenas às problemáticas entre raça e racismo, mas tê-las como a base de uma discussão que promova a diminuição das tensões e violências. É necessário compreender que é papel do profissional de saúde colaborar com a ruptura desse ciclo de violência, ao se deparar com situações em que o racismo perpetra o estado de saúde físico e mental.

Apesar de todas as discussões promovidas nos últimos tempos, até recentemente o racismo não era visto como uma questão de saúde pública, muito menos como causa de adoecimento psíquico. No entanto, entendemos o racismo como um fenômeno social, que se constitui e se constrói como uma estrutura enraizada no arcabouço das relações sociais e que enfraquece pessoas e/ou grupos, buscando inferiorizar pessoas negras. Dessa maneira, concordamos com Almeida²¹ ao afirmar que o racismo é essencialmente estrutural, pois

É uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas,

jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. [...] se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. Porém o uso do termo “estrutura” não significa dizer que o racismo seja uma condição incontornável²¹.

Esta definição de racismo estrutural vem ainda acompanhada da compreensão que existe uma construção sociocultural de inferioridade a partir de imagens, estereótipos e pré-julgamentos como simbologia do mal, do ruim, do triste e do perverso representados na figura de pessoas negras. Como bem retrata Fanon²², o inconsciente coletivo é cultural, se constituindo como

[...] o conjunto dos preconceitos, mitos, atitudes coletivas de um grupo determinado. [...] Ficaríamos surpresos se nos déssemos ao trabalho de reunir um grande número de expressões que fazem do negro o pecado. [...] O negro, o obscuro, a sombra, as trevas, a noite, os labirintos da terra, as profundezas abissais, enegrecer a reputação de alguém; e, do outro lado: o olhar claro da inocência, a pomba branca da paz, a luz feérica, paradisíaca. Uma magnífica criança loura, quanta paz nessa expressão, quanta alegria e, principalmente, quanta esperança! Nada de comparável com uma magnífica criança negra, algo absolutamente insólito. Não vou voltar às histórias dos anjos negros. Na Europa, isto é, em todos os países civilizados e civilizadores, o negro simboliza o pecado. O arquétipo dos valores inferiores é representado pelo negro²².

Na literatura analisada, um dado frequente é que a violência psicológica, que enquadra as ações permeadas pelo racismo, está sempre associada a algum outro tipo de violência. Em uma dialética relacional que impacta na forma de pensar, agir, se comportar e se perceber no mundo. Oracy Nogueira²³ criou o conceito de preconceito de marca para definir a forma como o racismo se expressa no Brasil, especialmente em contraposição ao preconceito de origem verificado nos Estados Unidos. O primeiro trata-se de um preconceito velado, caracterizado por uma preterição e que tem como critério o fenótipo, em que a concepção de negro ou branco é diferente a depender das variáveis como

cor de pele, textura do cabelo, características faciais. Enquanto o segundo se baseia na exclusão e em características hereditárias, sem referência a traços físicos. Assim, no Brasil, a cor (ou pertencimento racial) que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro. Nesse sentido, sabemos que não é simples identificar a etiologia do sofrimento psíquico em pessoas negras, ainda mais no contexto prisional, onde estão implicados fatores de diversas ordens, individuais, sociais, culturais, familiares, psicológicas, socioeconômicas.

Outra consequência dessa invisibilidade negra é que ao não se promover a reflexão crítica dos sujeitos, sejam estes os que sofrem ou os que praticam e assistem, de certa forma se naturaliza e individualiza o racismo, pautando uma suposta democracia racial, que não coaduna com a ideia de equidade proposta pelo Sistema Único de Saúde.

Todos esses aspectos do racismo agridem e podem prejudicar o estado geral de saúde da pessoa negra. Várias são as possibilidades para delinear o racismo e as causas passíveis de adoecimento em pessoas negras, sejam estas físicas ou psicológicas, sejam no espaço coletivo ou individual. Mas, reiteramos, como enfatizam Priest *et al.*²⁴, que “ao focar nas consequências do racismo sobre a saúde, não pretendemos reificar a raça e tampouco construir o racismo como fenômeno isolado, imutável, distinto de outros processos sociais”.

Na medida em que é estrutural e se constitui como parte das determinações sociais em saúde, perpassando muitos mecanismos, faz-se necessário desnaturalizar o racismo, principalmente nos cuidados e atenção em saúde. Especialmente na realidade prisional, que execra o lugar da pessoa negra, podendo levá-la a perder a condição de ser humano, ao ultrapassar os muros e embrenhar-se nas unidades prisionais, como nos asseguram Kölling *et al.*²⁰

Como afirma Priest *et al.*²⁴ o racismo evidencia mecanismos na saúde que afloram consigo algumas implicações psicológicas. Os transtornos mentais graves e persistentes, ainda que desencadeados dentro da prisão, estão com frequência relacionados à doença e/ou sofrimento psíquico prévios, já apresentados antes mesmo da prisão, embora haja casos em que o ambiente prisional conduza a uma psicopatologia⁸.

No entanto, por exemplo, é possível que muitas pessoas com transtornos mentais sejam detidas e conduzidas ao sistema prisional por falta de uma intervenção precoce em saúde mental, ou ainda por inexistência de acesso aos serviços especializados em saúde. O atual e precário modelo de atenção à saúde mental implantado no Brasil, aliado à epidemia das drogas, não é capaz de minorar as demandas, culminando em criminalização e judicialização de pessoas que deveriam ser acompanhadas por serviços adequados em saúde mental. Quando tratamos aqui de transtornos mentais, não nos limitamos apenas ao sofrimento mental, pois compreendemos que nem toda pessoa que se encontra nesse quadro, ou sob dependência química, ou com transtorno de personalidade específica, apresenta sofrimento psíquico ativo ou em curso.

As pessoas privadas de liberdade, assim como outras minorias, são estereotipadas em diversos contextos, e essa acentuação de estigmas de inferioridade podem aumentar a ansiedade, reduzir a capacidade de regulação de emoções e sentimentos, conduzindo a grandes exposições, possíveis comportamentos de riscos e adoecedores, promovendo diversas consequências nocivas²⁰. Por isso é fundamental desconstruir a naturalização do adoecimento mental frente à violência, como sendo comum e imutável na realidade prisional. Deve-se inseri-lo dentre as possibilidades de cuidado por meio de promoção e prevenção em saúde pública, promovendo seu não agravamento.

Partindo do pressuposto que o racismo está presente em nosso cotidiano e que perpassa fatores multicausais, fatores polimorfos e macroestruturais que extrapolam qualquer tentativa de justificar causa-efeito, diversos estudos apontam o racismo implicado na condição de transtornos mentais^{14,24,25}. Isso ocorre porque o ser coletivo e o ser individual se entrecruzam, uma vez que a existência de cada ser humano no coletivo nunca é puramente individual. Nessa dinâmica, essa população já carrega consigo sinais enraizados do quanto a população geral o exclui de seu direito de ser sujeito e o segrega de qualquer possibilidade de reinserção.

Objetivos

Por todo o exposto, com este trabalho propomos ações preventivas e interventivas que permeiam o entendimento acerca da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)²⁶ atrelada à execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)⁷. Visamos ainda promover intervenções multidisciplinares focadas na promoção de ações em saúde mental, sob a luz das questões étnico-racial atrelada à perpetuação de violência. Para tanto, segundo Fanon²², é preciso visualizar a violência se apresentando na contemporaneidade como um modo de significativa inquietação social²². É preciso inquietar-se para compreendê-la enquanto fenômeno, é possível visualizar que a violência está no arcabouço de todas as sociedades e de sua respectiva historicidade, sendo parte constitutiva do processo civilizatório humano, seja em busca de defesa, de justiça, ou ainda, como tentativa de alcançar o equilíbrio.

Neste sentido, nosso objetivo é construir espaços de diálogo junto aos profissionais da equipe de atenção básica em saúde da Penitenciária Juiz Plácido de Souza (PJPS) em Pernambuco, sobre ações em saúde mental direcionadas à população negra no contexto prisional. Também nos propomos a buscar a sensibilizar profissionais de saúde quanto ao racismo estrutural e institucional, que promovem fatores de adoecimento psíquico dentre as pessoas negras privadas de liberdade e/ou seu agravamento em massa na unidade prisional. Além disso, implementar ações de educação permanente em saúde na Unidade de Saúde Prisional quanto a PNSIPN²⁶ em articulação com a PNAISP⁷, como pauta que favorece o trabalho do Sistema Único de Saúde. Por fim, objetivamos ainda promover saúde mental no contexto prisional, na busca por desconstrução de dissidências raciais, que reforcem o racismo estrutural e/ou institucional *in locu* da saúde pública.

Proposta metodológica

Este projeto de intervenção foi pensado a partir da realidade prisional da Penitenciária Juiz Plácido de Souza (PJPS), uma das unidades prisionais sob a administração da Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), situada no município de Caruaru, região agreste do estado de Pernambuco. O município de Caruaru fica aproximadamente a 123 km de Recife, capital de Pernambuco. A unidade prisional em tela é a única de Caruaru e apresenta uma infraestrutura com capacidade para acomodar 770 presos, recebendo um quantitativo flutuante entre 1800 e 1900 pessoas privadas de liberdade. Destes, mais de 1500 são presos provisórios, equivalendo a aproximadamente 80%. Aproximadamente 9% das pessoas privadas de liberdade dessa unidade prisional desenvolve trabalho interno, enquanto 11% de atividades educativas. Ressalta-se que esta unidade prisional recebe homens de Caruaru e de cidades circunvizinhas, alcançando uma superpopulação carcerária não rara na realidade prisional brasileira¹⁵.

Ao iniciarmos a discussão acerca da saúde da população negra, precisamos atentar que enquanto profissionais de saúde, nem sempre trazemos em nossas experiências acadêmicas e profissionais uma relação direta de atuação frente ao racismo direcionado a pessoas negras. Com isso, percebemos a Atenção Primária à Saúde (APS) como política de saúde pública que alimenta práticas de racismo estrutural, quando não propõe a sua desconstrução enquanto pauta de diálogos, como nos alerta Borret *et al.*²⁷.

[...] uma prática de cuidado em saúde que se proponha integral e equânime no Brasil, precisa, necessariamente, considerar as relações étnico-raciais e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento da população brasileira. Não atentar para este aspecto do cuidado implica em reproduzir um sistema racista que silencia e invisibiliza sofrimentos vivenciados pela maioria da população nacional²⁷.

Neste sentido, a presente proposta interventiva está direcionada aos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista,

auxiliar de saúde bucal, assistente social, psicólogas e apoiadora em saúde, bem como às cinco pessoas privadas de liberdade que estão inseridas no processo de trabalho, dando a suporte aos profissionais de saúde. Todos os profissionais responsáveis por dar assistência à população adscrita de homens, negros ou não negros, na unidade prisional de acordo com a PNAISP¹⁷. Portanto, buscase promover sensibilizações e percepções diante das realidades sociorraciais que se apresentam na área da saúde, por meio de informações dos participantes acerca da sua vivência profissional, sua percepção e atuação frente às questões que envolvem a saúde da população negra e as relações raciais, envoltas no processo de trabalho.

Como intervenção proposta, serão realizadas rodas de conversas com metodologias ativas e oficinas de sensibilização voltadas aos profissionais de saúde e às pessoas privadas de liberdade que dão suporte ao processo de trabalho. Por envolver diferentes atores sociais, com dissidências notórias a respeito da compreensão acerca de saúde-doença, saúde mental, sistema prisional e racismo, a abordagem qualitativa mostrou ser a mais apropriada. Também por considerar que as temáticas abordadas tratam não apenas de conhecimento técnico-científico, mas de aspectos socioculturais atrelados ao fator saúde. Como afirma Minayo²⁸.

Como em qualquer processo social, o objeto “saúde/doença” oferece um nível possível de ser quantificado, mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não podem ser aprisionadas em variáveis [...] os fenômenos referentes à saúde/doença são complexos e o reconhecimento da sua complexidade dinâmica é requisito indispensável para pensá-los cientificamente: não existe nenhuma simplicidade nos microfenômenos, o fato aparentemente mais simples é um complexo de relações e precisa ser contextualizado²⁸.

Propõe-se que as oficinas sejam ações de sensibilização direcionadas a este público por compreendermos que os profissionais de saúde promovem garantias de acesso por meio de acolhimento, de estabelecimento de vínculo,

por responsabilização a questões discriminatórias direcionadas a minorias. Possibilitando a construção de novos caminhos aos cuidados integrais à saúde, nesse recorte, do homem negro.

Essa proposta vem sendo construída por meio de um estudo qualitativo, Transversal, descritivo-observacional, fundamentado por meio de revisão bibliográfica, bem como a sua intervenção se propõe a ocorrer por meio de rodas de conversas, observação participante e oficinas de sensibilização. Por meio das oficinas e rodas de conversa pretende-se estabelecer um diálogo quanto às questões relativas a racismo, sofrimento mental e aprisionamento das pessoas negras privadas de liberdades.

Resultados

Como afirmamos anteriormente, este projeto de intervenção foi construído no contexto do curso de especialização Impactos da Violência na Saúde, finalizado em 2022 e consideramos muito potente a possibilidade de sua aplicação na unidade prisional. Neste sentido, as atividades tiveram início no segundo semestre de 2022, contando com a participação de nove profissionais da saúde, sendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, assistente social, psicólogas e apoiadora em saúde. Além disso, tivemos a participação de um profissional da educação que atua na unidade escolar da PJPS e duas pessoas privadas de liberdade que dão suporte no processo de trabalho da Unidade de Saúde Prisional (USP).

Para que as oficinas pudessem acontecer, pactuamos com a direção da instituição que os ciclos formativos fossem pensados em eixos compostos por rodas de conversas, observação participante e oficinas de sensibilização. E também que as atividades seriam direcionadas aos profissionais de saúde responsáveis por promover acesso à saúde da população na Unidade de Atenção Primária Prisional na PJPS, de acordo com o preconizado pela PNAISP⁷.

Sendo assim, as oficinas aconteceram no auditório da unidade prisional, com a utilização de data show, notebook, material de apoio cedido pela Gerência Regional de Saúde (Região IV/ Caruaru [PE]). Os encontros

tiveram início em setembro de 2022 e durante esse primeiro momento do ciclo de formação, foi possível perceber, de maneira positiva, a abertura da equipe ao reconhecer a importância do debate enquanto profissionais de saúde. Ocorreram reflexões sobre seus lugares enquanto seres sociais imersos na realidade que abriga o racismo estrutural e as desigualdades sociais que deságuam no sistema prisional. Acordamos ainda que o ciclo formativo focado na PNSIPN aconteceria após o período de eleições para presidência da república, governadores, senadores e deputados federais e estaduais, tendo em vistas possíveis mudanças de gestão, o que demandaria novo alinhamento com responsáveis pelas pastas de segurança e saúde.

Ao longo da intervenção buscamos observar se as relações raciais são percebidas no exercício da prática profissional, de que forma se expressam e se as pessoas privadas de liberdade participantes apresentam questões quanto ao modo como são atendidas pelo serviço de saúde. Outro ponto de observação seria identificar se foi possível promover práticas de desnaturalização do racismo envolvidas nos processos de trabalho.

Nesse sentido, sob o olhar das facilitadoras da oficina, avaliamos ser um grande desafio abordar um tema tão sensível, que promove desconforto e inquietação, ao mesmo tempo possibilitando reflexões e buscando acolher as diferentes concepções dos participantes. No início das atividades firmamos um pacto de convivência com os participantes que possibilitou uma discussão muito propositiva no sentido de acolher ideias, propostas de discussões futuras e demandadas pela própria equipe quanto à articulação das políticas de saúde (PNAISP e PNSIPN) junto aos seus processos de trabalho. De modo geral, a ideia foi inserir o racismo com o pano de fundo das discussões e propor formas de reconfigurar suas práticas de cuidado nesse contexto.

Isso porque as etapas da intervenção buscam também verificar a articulação das políticas de saúde aqui subscritas (PNAISP e PNSIPN) junto ao processo de trabalho em saúde. Assim, constrói sua relevância pela contribuição no âmbito científico como proposta de pesquisa e de atuação profissional no

âmbito da discussão político-social sobre o racismo e das barreiras encontradas em torno deste tema. E ainda como colaboração ao serviço de saúde prisional, ao propor aprofundamento na implementação da pauta racial nas políticas de saúde executadas transversalmente na realidade prisional.

Pretendemos que as atividades tenham continuidade e, quanto à sua relevância social e à saúde coletiva, o presente trabalho vem buscando ainda colaborar com possíveis intervenções e efetivações que possam corroborar com a produção científica e que favoreçam a construção de políticas públicas e a promoção da saúde no âmbito prisional. Se o racismo é uma construção social, pressupomos que se transmuda a possibilidade de desconstrução de suas raízes, ainda que por meio de esforços hercúleos.

Considerações finais

Neste trabalho, tratamos da experiência de um projeto de intervenção como resultado de inferências sobre a realidade prisional, a relação com o racismo e suas possíveis implicações na saúde mental das pessoas negras privadas de liberdade. Diante do levantamento de dados epidemiológicos, estatísticos e bibliográficos, encontramos descontextualizações do racismo estrutural e institucional na realidade prisional, como impacto considerável em pessoas privadas de liberdade que ameaçam e aumentam os riscos de adoecimento em saúde.

Não pretendemos apresentar o sistema prisional como único, isolado, imutável e diverso de outros aspectos sociais que geram sofrimento mental. Buscamos salientar que a segregação social, violência, criminalidade e pobreza em torno da pessoa negra, podem levar com frequência a exposição a fatores de risco. Altos níveis estressores que se tornam cronificados ao longo do tempo e promovem adoecimento mental ou o seu agravamento, antes mesmo de qualquer circunstância criminalizar e o indivíduo se tornar pessoa privada de liberdade. Ao aprisionamento, fica o impacto negativo direto na saúde das pessoas privadas de liberdade e, posteriormente, para a sociedade, quando estas retornam a liberdade.

Concluimos que a Atenção Primária Prisional pode ser um caminho potente na desconstrução do racismo na saúde, que pode colaborar com a discussão acerca da implementação da pauta nas políticas de saúde executadas transversalmente na realidade prisional, ressaltando o princípio da integralidade trazido pelo SUS. As falas dos participantes reforçam a importante e urgente necessidade desta pauta ser levada às coordenações estaduais de saúde e propagada por outras unidades de saúde, prisionais ou não, no estado de Pernambuco, considerando os dados e percentuais que nos apresentam as especificidades da maioria do público assistido.

Assim, com este trabalho buscamos construir espaços de diálogo junto aos profissionais da equipe de Atenção Básica prisional em saúde, com o intuito de problematizar sobre sua percepção frente ao processo de trabalho e ações, práticas ou intervenções que naturalizam o racismo. Para tanto, propomos a realização de rodas de conversa e ações de educação permanente sobre temáticas relacionadas ao racismo, saúde mental e sistema prisional.

Há uma multiplicidade de possibilidades em ações permeadas pelo crime, pela violência que envolve pessoas negras, que reiteram que as mesmas estão mais expostas a situações sociais e que, embora contribuam para diversos aspectos negativos de adoecimento, outros fatores estruturais e conjunturais precisam ser considerados nessa análise. Assim, acreditamos que seja possível promover práticas de desnaturalização do racismo envolvidas nos processos de trabalho em unidades prisionais a partir de ações educativas com as equipes envolvidas nos atendimentos das pessoas privadas de liberdade.

Referências

1. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1Edições; 2018.
2. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P; Avanci, JQ, organizadores. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Minayo MCS. Violência e Saúde. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413807>. Acesso em: 30 dez. 2022.

4. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: Organização das Nações Unidas; 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 30 dez. 2022.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-normaatualizada-pl.doc>. Acesso em: 30 dez. 2022.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. Brasília: Casa Civil. 1984; 11jul. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm. Acesso em: 30 dez. 2022.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 16 dez. 2022.
8. Nascimento LG, Bandeira MMB. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. Psicologia: Ciência e Profissão. 2018; 38(spe2):102-116.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.
10. Divisão Geopolítica De Pernambuco. Base de Dados do Estado de Pernambuco (BDE). Recife: Governo do Estado de Pernambuco. Disponível em: <http://www.bde.pe.gov.br/estruturacaogeral/mesorregioes.aspx>. Acesso em: 10 Jan. 2023.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Brasília: Disponível em: Ministério da Saúde. <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2023.
12. Oliveira RG. Racismo e suas expressões na saúde. In: Magno PC, Passos RG, organizadores. Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <http://cejur.rj.def.br/uploads/arquivos/f69bf38dcc31430e90ae368657f66a6f.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.
13. Mbembe K. Qual é a explicação dessa ausência e desse silêncio (de nossa psicologia social) sobre um tema que toca a vida de mais de 60 milhões de brasileiros de ascendência africana? Entrevista com Kabengele Munanga, concedida a Antonio da Costa Ciampa. Revista Psicologia & Sociedade. 2000;12(1/2): 5-17.
14. Tavares NO, Oliveira LVEL, Córrea SR. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. Saúde em Debate. 2013; 37(99): 580-587. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jCfZVYPGcL9Sff8MpgtWK6z/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.
15. Conselho Nacional de Justiça [Internet]. Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 26 out. 2022.

16. Institute for Crime & Justice Policy Research [Internet]. London: World Prison Brief. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>. Acesso em: 26 out. 2022.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, 12º Ciclo – INFOPEN Nacional (Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário); 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-junho-2022.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.
18. Silva ACLG, Nazario NO, Lima DC. Atenção à saúde do homem privado de liberdade / Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
19. Moura M. A epidemia particular das prisões. Revista Piauí, Questões Prisionais; 2021 – Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/epidemia-particular-das-prisoese/>. Acesso em: 11 fev. 2022.
20. Kölling GJJ, Silva MBB, Sá MCDNP. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2013;7(1):282-197.
21. Almeida SL. Racismo estrutural. Ribeiro DR, organizadora. Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen; 2019.
22. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA, 2008.
23. Nogueira O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. Tempo Social. 2007;19(1): 287-308.
24. Priest N, Williams DR. Racismo e saúde: um corpus crescente de evidência internacional. Sociologias. 2015;17(40):124-174.
25. Carone I, Bento MAS, organizadores. Psicologia Social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2016.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
27. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020; 15(44):2255.
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E O TRABALHO REAL: UM OLHAR SOBRE A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, SAÚDE E SUBJETIVIDADE DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Renata Queiroz Ramos*
Letícia Pessoa Masson**

Introdução

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) tiveram a profissão institucionalizada após a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) – promulgado pela Lei Orgânica 8.080/90¹ – e atuam na área da saúde, oficialmente, desde 1991, a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)². Em alguns estados brasileiros existiram experiências de atuação de agentes de saúde anteriores a essa institucionalização³. Ou seja, a profissão já está presente no cotidiano do SUS há mais de 30 anos e foi se transformando de acordo com o contexto da saúde pública brasileira. Estas profissionais foram peças fundamentais para a estruturação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, especialmente em relação à prevenção e à promoção da saúde no território^{3,4}. Apenas no ano de 2023 foi sancionada a Lei n.º 14.536 que oficializa ACS como profissionais de saúde, podendo usufruir assim dos mesmos direitos que outros profissionais⁵.

* Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar (UCP). Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Graduado em Psicologia (UFRJ). Pesquisadora colaboradora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/FIOCRUZ). E-mail: renata.qrzzr@gmail.com

** Pós-doutora em Psicologia no Atelier de Psicologia do Trabalho da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto/ Portugal. Doutora em Psicologia Social (UERJ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UERJ). Analista de Gestão em Saúde do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ). E-mail: leticia.masson@fiocruz.br

Seu trabalho pode funcionar como uma mediação entre serviço de saúde e usuários da comunidade onde atuam, ofertando um cuidado mais acessível e próximo à população e contribuindo para melhores resultados em saúde⁶. Dentre suas principais atribuições estão: cadastramento e atualização da população adscrita, registro de dados sobre a saúde dos usuários, visitas domiciliares (VD), diagnóstico sociocultural do território, atividades de promoção da saúde e informação aos usuários sobre agendamentos de consultas^{7,8}.

A profissão de ACS possui recortes de gênero e de raça bastante consolidados desde o princípio de suas atividades, sendo a grande maioria de seu corpo composto pelo sexo feminino¹. Estudos mostram que, em diversas regiões do país, o número de ACS mulheres representam mais de dois terços do total de trabalhadores/as, pertencentes às classes sociais menos favorecidas, e em sua maioria de raça/cor parda ou preta^{8,10,11}. Estes dados se conectam à imposição das tarefas de cuidado – tanto da família quanto do lar – ao sexo feminino¹², sobretudo às mulheres negras, designadas a cuidar das famílias de seus patrões^{13,14}: a herança escravista e colonial que o país carrega desdobra-se no racismo estrutural – por meio da normalização de uma estrutura social que reproduz exclusões¹⁵ – que pode impactar no caráter muitas vezes precário das condições de vida e trabalho das ACS.

O perfil da profissão vem sofrendo mudanças: aumento do nível de escolaridade; busca por formações complementares na área da saúde; maior estabilidade na vinculação institucional; crescimento da presença de trabalhadores do sexo masculino¹. Somente no ano de 2004 foi estabelecido um referencial curricular para o Curso Técnico de ACS, visando a melhoria da qualidade de sua formação⁶. Por conta desses fatores, encontram-se na disputa por “uma agenda de reconhecimento social e de valorização profissional”¹⁶.

Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017 sugerem aprofundamento dos desafios para a categoria profissional. Ressaltam-se como pontos problemáticos: a não exigência de um número mínimo de profissionais por Equipe de Saúde da Família – podendo ter apenas um ACS por equipe; a não obrigatoriedade da presença de ACS em Equipes

de Atenção Básica; e a orientação para integração de suas funções com as dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e de Técnicas/os de enfermagem – o que aumentaria sua carga de trabalho, que já teve incremento de 8 para 12 funções na PNAB 2017 em relação à PNAB 2011^{2,8,17}, e poderia contribuir para a descaracterização da profissão.

Análises preliminares apontam que entre 2017 e 2019 houve redução de 780 (0,3%) ACS em todo o país, com maior redução na Região Sul (3,0%), seguida de Centro-Oeste (1,0%) e Nordeste (0,4%); nas Regiões Sudeste e Norte, foi observado aumento de 0,8% cada¹⁸. Esses dados podem traduzir impactos causados pela PNAB 2017, que até o momento pré-pandemia de covid-19 ainda eram considerados relativamente baixos¹⁸.

Em 2020, com o início da pandemia, os processos de trabalho na saúde sofreram alterações: 54,7% das ACS relataram a redução do número de VDs; 88,3% a suspensão de atividades educativas em grupo; e 45,5% o aumento do trabalho administrativo. Apenas 20,5% relataram terem sido suficientes as formações/treinamentos sobre a covid-19. Em relação à sua saúde, mais de um terço das ACS relataram maior ocorrência de insônia e sintomas como tristeza, angústia e irritabilidade¹⁹.

O SUS dispõe da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que refere à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como necessária para a transformação das condições de trabalho e para o resguardo da saúde dos/as trabalhadores/as. Todo/a trabalhador/a, seja vinculado(a) à instituição pública ou privada, está resguardado/a pela PNSTT. Ela visa garantir a “integralidade na atenção à saúde do trabalhador, [com] ações [...] em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS” e, para isso, propõe a criação de linhas de cuidado específicas e reorientação do atendimento para a construção de protocolos e de fluxos na rede, em situações nas quais forem observados processos de adoecimento ligados ao trabalho²⁰.

Dessa forma, ao pensarmos o processo de trabalho de ACS e as políticas públicas que o sustentam, entendemos ser necessário pensar também sua relação com a saúde destas trabalhadoras e, neste sentido, é preciso considerar

sua prolongada jornada de trabalho, a falta de resolutividade, a exposição excessiva e o sofrimento decorrente de sua prática²¹. O vínculo trabalhista previsto para as ACS também é um ponto sensível: ainda que atuem no setor público de saúde, sua contratação geralmente não é feita mediante concurso público, e sim por um processo seletivo público ou por contratação indireta por meio de organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) ou outra entidade de direito privado²².

Considerando a relação entre trabalho, saúde e subjetividade dos/as trabalhadores/as, ressalta-se que as formas de sofrimento e adoecimento “mentais” relacionadas aos processos de trabalho geralmente apresentam níveis de complexidade maiores para identificação e tratamento do que às consideradas doenças físicas: “em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias, [e] torna-se difícil [...] identificar os processos que as geraram, [sendo] bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo”²³.

Colocando essa questão sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho – fundada nos pilares da ergonomia, da psicanálise e da sociologia do trabalho²⁴ – obtém-se uma importante ferramenta para compreender “aspectos psíquicos e subjetivos mobilizados nas relações e na organização do trabalho”²⁵, que busca olhar para estratégias de defesa e de manutenção da “normalidade” em detrimento de interpretações puramente psicopatológicas²⁶. Apesar de essas estratégias serem protetivas e benéficas, em certa medida, aos/as trabalhadores/as – que inscrevem sua história na atividade e no fazer criativo diário para lidar com aspectos circunstanciais e inesperados de suas práticas –, elas também podem representar riscos à saúde destes, visto que não pressupõem transformações institucionais propriamente ditas²⁷.

Objetivos

O objetivo geral do estudo é conhecer as condições de trabalho e de vida das ACS e como estas se inter-relacionam. Os objetivos específicos são: a) identificar como se dá a relação entre gênero e trabalho entre as ACS; b)

identificar os processos saúde-doença relacionados ao trabalho das ACS, com foco em sua saúde mental; c) apontar pistas para a transformação das condições e da organização do trabalho de ACS, na perspectiva da promoção da saúde destas trabalhadoras.

Métodos

Para a realização deste estudo foi escolhida a revisão de literatura narrativa utilizando as bases de pesquisa: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SciELO e Portal de Periódicos CAPES. As buscas foram realizadas em consonância com os objetivos apresentados acima entre os meses de novembro de 2018 e janeiro de 2019. Foram validados e utilizados os seguintes descritores da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Agente Comunitário de Saúde”; “Saúde Mental”; “Saúde do Trabalhador”; e “Trabalho”.

A seguinte combinação de descritores foi utilizada nas três bases de pesquisa: (“agente comunitário de saúde” OR “agentes comunitários de saúde”) AND “saúde mental” AND (“saúde do trabalhador” OR “trabalho”). Os filtros utilizados foram: “texto completo disponível”, “língua portuguesa” e “Brasil”, no período de abrangência de dez anos – entre 2009 e 2018. Foram recuperados um total de 191 artigos. Somente foram considerados artigos que relacionassem os processos de trabalho e a saúde das ACS. Foram excluídos os artigos duplicados em cada base e também as monografias e teses.

A pesquisa resultou em 77 artigos na BVS – sendo 20 aptos à análise, segundo os critérios estabelecidos –, 37 artigos no SciELO – sendo seis aptos à análise – e 77 artigos no Portal de Periódicos CAPES – sendo cinco aptos à análise. Portanto, 31 artigos foram considerados aptos à análise e, após a exclusão de duplicados, restaram 24 estudos.

Características da amostra

A maioria dos textos encontrados foi referente às Regiões Sudeste (12; 50,0%), Sul (5; 20,8%), e Nordeste (5; 20,8%), predominando os estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais. Foram observados apenas dois (8,3%) estudos na Região Centro-oeste; não houve estudos que retratassem especificamente a Região Norte do país.

Dentre as áreas de estudo, 12 (50,0%) eram da Saúde Coletiva/Saúde Pública, 5 (20,8%) da Enfermagem, 3 (12,5%) da Psicologia, 2 (8,3%) da Saúde Ocupacional, 1 (4,2%) de Terapia Ocupacional e 1 (4,2%) de Medicina de Família e Comunidade. Estes resultados refletem a escolha metodológica da pesquisa em bases científicas da área da saúde.

Quanto ao conteúdo dos artigos, 16 (66,6%) deles mencionaram a relação entre saúde mental e processos de trabalho, evidenciando a importante correlação entre a profissão de ACS e a produção de subjetividade, saúde e adoecimento; 15 (62,5%) deles mencionam a Psicodinâmica do Trabalho como relevante para compreensão da relação trabalho/saúde.

Apenas cinco (20,8%) trouxeram à luz questões como dupla ou tripla jornada de trabalho e a naturalização do papel feminino nas profissões voltadas ao cuidado; somente dois (8,3%) deles mencionaram a origem do programa de ACS, cuja história possui relevância no que diz respeito à ocupação das vagas pela população feminina.

Os artigos foram separados em quatro categorias de análise que têm relação com os objetivos propostos no presente estudo: 1. “Vida, condições de trabalho e políticas públicas”, colocando em foco aspectos concretos do dia a dia e revelando o papel das políticas públicas na construção do trabalho; 2. “Saúde e subjetividade no cotidiano de trabalho das ACS”, abrangendo situações experienciadas em sua prática e ampliando a discussão sobre saúde e saúde mental; 3. “Questões de gênero no trabalho”, destacando as vivências dos sexos feminino e masculino na profissão; 4. “Pistas para a transformação das condições de vida e trabalho das ACS”, apontando caminhos para iniciativas no âmbito da saúde do/a trabalhador/a e da humanização do SUS.

Vida, condições de trabalho e políticas públicas

A consolidação do modelo de trabalho de ACS no Brasil, que se deu a partir da implementação de uma política de Estado, diz bastante a respeito da escolha das trabalhadoras por essa profissão. É observado que esse processo ocorre no sentido da necessidade de uma atividade profissional relativamente estável e da falta de outras oportunidades no mercado de trabalho²⁸. A fala de uma ACS exemplifica essa questão: “Ninguém aqui sonhava em ser agente de saúde quando era pequeno”²⁹.

Uma particularidade importante desta categoria, especialmente no momento de consolidação do seu campo de prática, remete ao papel educador atribuído às profissionais, cuja principal ferramenta é o diálogo com a população e a conscientização desta acerca de questões ligadas à saúde individual e da comunidade²¹. Em geral, a ACS utiliza tecnologias leves no cotidiano de trabalho, como a escuta, o vínculo e a implicação na problemática do usuário^{30,31}. Além disso, são agentes de mudanças no território, com impactos assim também em suas próprias condições de vida²¹.

Desse modo, elas conhecem as particularidades e necessidades mais urgentes da população, realizam a mediação entre usuários e sistema de saúde e lidam com resistências e dificuldades entre as duas pontas da relação, contribuindo para o estreitamento e aprimoramento desse laço²¹. Pode-se dizer que esta é a dimensão política de sua prática³².

Entretanto, vem sendo relatado o aumento de tarefas burocráticas e administrativas ao longo dos anos, processo este que ganha força a partir da reorientação de políticas públicas, em especial a PNAB. Nas versões anteriores – 2006 e 2011 – já eram presentes funções como: busca de prontuários; orientação de filas; e organização de espaços físicos, por conta da ampliação da carga horária de trabalho na unidade de saúde¹; aferição da pressão arterial e da glicemia capilar; e realização de ações de combate à dengue e à malária^{33,34}. Alguns relatos apontam para a insuficiência da formação dessas profissionais: treinamentos com duração de apenas três dias³⁵; lacuna na

capacitação em saúde mental³¹; e necessidade de evidenciar conhecimentos sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)²⁹.

Fica evidente o assoberbamento das ACS pela grande quantidade de usuários adscritos à sua equipe³⁶; pela falta de estrutura, medicamentos e insumos no próprio serviço^{37,38}; pelo volume de metas a serem cumpridas³⁹; e pelo próprio desconhecimento das funções de ACS por parte da equipe e dos usuários, que acabam por fazer cobranças além de sua capacidade de ação³⁸. Além disso, há relatos de que a equipe, incluindo coordenadores, não parece reconhecer a importância da ACS para a detecção de novas demandas da comunidade⁴. Estes fatos revelam um empecilho para a valorização de sua presença na equipe, na medida em que se os profissionais sentem sobrecarregados e não têm seu trabalho – apesar de todo o esforço – reconhecido. Por outro lado, o fato de morarem na comunidade onde trabalham traz uma grande responsabilidade por serem referência no sistema de saúde local e, ao mesmo tempo, por estarem sujeitos a vulnerabilizações associadas ao próprio local de moradia.

É necessário chamar a atenção para aspectos como: horários de trabalho estendidos que ultrapassam a carga horária institucionalmente definida, especialmente quando o usuário necessita de algum cuidado quando a unidade já fechou – como, por exemplo, referente a medicamentos ou eventuais emergências^{4,31,39}. O relato de uma ACS que atendeu a uma tentativa de suicídio após o fechamento da unidade reforça que “o ACS é chamado a qualquer hora do dia, da noite, feriado, no final de semana, [ele] é o socorro da população”³¹.

Da mesma forma, algumas ACS relatam já terem recebido usuários em sua própria casa, pois tinham a percepção de que estes precisavam de acolhimento e escuta cuidadosa³¹. Por estes e outros motivos, é frequente ainda a insatisfação das ACS com seu salário, especialmente quando precisam bater metas e quando são acionadas pela comunidade fora do horário de trabalho^{4,29,36,37,38,39,40}.

O trabalho em rede – ou “parcerias” – é outra ponta solta no cotidiano de trabalho. Frequentemente, falhas na comunicação e no estabelecimento de fluxos dificultam possíveis encaminhamentos para usuários e, neste processo,

as ACS também são cobradas pela população^{30,31,41}. Este cenário reflete a falta de apoio institucional e intersetorial, agravando o sentimento de impotência que acomete estas trabalhadoras, especialmente nos casos em que o aspecto socioeconômico dos usuários sobressai como mais urgente^{21,28,31,36}.

No campo da saúde do trabalhador, as “cargas de trabalho” podem representar riscos de adoecimento e de desgaste ao longo do tempo³⁷. Destaca-se o papel do SUS e da gestão no processo de consolidação de ações em ST, tanto voltadas para os usuários quanto para os/as trabalhadores/as dos serviços, considerando a própria política pública³⁸ e tendo em vista a importância e a centralidade do trabalho²¹. Em relação aos dispositivos existentes e às iniciativas no campo da saúde do trabalhador, um dos artigos cita a utilização do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para realização de atendimentos em saúde e para reflexão sobre condições de trabalho, de vida e de saúde das ACS³⁰.

Saúde e subjetividade no cotidiano de trabalho das ACS

O contato com a população, principalmente com sua parcela mais vulnerabilizada, pode ser um dos fatores de desgaste no trabalho das ACS. Elas lidam com os mais diversos casos de uso e abuso de drogas ilícitas, violência intrafamiliar, desemprego e falta de recursos, dentre outros^{38,42}, chamado de “carga emocional” do trabalho³⁹. Um dos medos relatados por ACS é de que saibam onde elas moram e, a depender de sua percepção de risco em cada caso, evitam denunciar e acionar instituições como Conselho Tutelar e Polícia²¹.

Principalmente no caso das mulheres, uma das preocupações e fonte de estresse é realizar VD em situações de violência intrafamiliar, especialmente as perpetradas por homens, às quais elas se sentem expostas de alguma maneira^{42,43}. O vínculo com usuários/as de substâncias ilícitas também é delicado, especialmente quando há operações policiais dentro de comunidades^{21,43}. Em relação às violências, para que possam continuar a realizar suas tarefas, as ACS criam estratégias de defesa que objetivam maior

afastamento emocional em algumas situações, como: evitar o conhecimento sobre situações comprometedoras; trocar informações sobre moradores, costumes locais, lugares “permitidos e proibidos”; informar umas às outras em qual parte da comunidade trabalharão naquele dia⁴².

Além de potenciais vítimas das próprias situações de violência, as ACS são alvo de questionamentos sobre as estratégias das quais lançam mão para garantir sua segurança e, por muitas vezes, são (quase) criminalizadas pelo poder público: são vistas como coniventes com o tráfico de drogas e com os perpetradores das situações de violência³². Isto é acentuado pelo fato de morarem na mesma localidade onde trabalham e de conhecerem muito bem o território e aspectos íntimos de cada usuário de sua área de abrangência.

Neste sentido, um aspecto bastante significativo para a relação entre saúde, trabalho e subjetividade dessas trabalhadoras é a dificuldade que encontram em separar vida profissional e pessoal, pois sua identidade como moradoras daquele território é ambígua^{4,38}. A ACS lida com a impossibilidade de se afastar do local de trabalho, experienciando o território em tempo integral⁴³. Por muitas vezes, são cobradas por usuários sobre marcação de consultas, acolhimento, medicamentos, dentre outras demandas que fogem de sua alçada. Esse é um dos pontos geradores de maior sofrimento, principalmente porque esta profissional se vê sensibilizada – e, por vezes, envolvida emocionalmente – com as demandas dos moradores, que podem inclusive ser seus vizinhos, amigos e familiares^{31,38}.

De maneira similar, os relacionamentos no ambiente de trabalho são encarados tanto como fonte de satisfação, quanto de sofrimento. O reconhecimento de seu trabalho pelo restante da equipe é um dos motivos para a continuidade de sua função na ESF²⁸. O reconhecimento por pares dá sentido ao trabalho e consolida uma identidade: há um caminho aberto para a experimentação de si no campo social⁴⁴. Esse processo está intimamente ligado ao conceito da alteridade, no sentido de reconhecer-se a partir do olhar do outro²¹. O reconhecimento institucional, o reconhecimento pelos usuários e o autorreconhecimento sobre o trabalho são fundamentais, podendo

potencializar o trabalho ou, por outro lado, transparecer a invisibilização destas profissionais²⁸.

Um dos imbróglios existentes e que colocam em risco o movimento de reconhecimento é a hierarquia estabelecida entre as profissões, que não conversam entre si em uma perspectiva horizontal³², e que desvalorizam o conhecimento técnico e o saber próprio das ACS; assim, outros profissionais acabam contribuindo para a minimização da importância de sua atuação e de seus esforços²⁸.

A Psicodinâmica do Trabalho convida ao exercício de olhar os aspectos sobre saúde e trabalho para além da ocorrência de comorbidades e de transtornos mentais³⁷. Entretanto, cabe mencionar que a literatura traz dados sobre a prevalência de hipertensão arterial^{35,43}, burnout^{30,35,37,43,45,46,47} e síndromes ansiosas e depressivas^{29,30,38,39} nas ACS e em outros profissionais das unidades de saúde. Além disso, alguns artigos também relatam a ocorrência de desgaste físico relacionado ao trabalho^{32,40,47,48,49}. Algumas ACS utilizam um modelo repressivo de enfrentamento como, por exemplo, evitar mencionar os problemas e negar as emoções, e isto compõe um dos fatores de risco para a somatização do sofrimento psíquico³⁹.

Questões de gênero no trabalho

A profissão de ACS é historicamente ocupada por mulheres, principalmente pela associação da feminilidade à imagem de cuidadora da família⁵⁰. Os homens também tiveram sua inserção na profissão, porém de maneira menos significativa. Nesta amostra, o quantitativo de mulheres e de homens entrevistadas/os reflete esse cenário: somam-se 858 mulheres e 126 homens. Ou seja, 87,2% são do sexo feminino. O perfil socioeconômico encontrado nos estudos revela maior presença da faixa etária de 30 a 49 anos^{32,38,46,48,49,51}; Ensino Médio completo^{38,46,47,52}; união estável^{38,46,47,48,49,52}; raça/cor autodeclarada “parda”⁴⁶.

Chama a atenção o fato de que apenas um estudo desta revisão considera a questão racial como relevante para a análise de condições de trabalho e saúde das ACS. Dados levantados pelo IPEA em 2018 sobre a distribuição de

postos de trabalho ligados ao cuidado no Brasil – trabalhadoras domésticas, mensalistas e diaristas, babás, cuidadoras, dentre outros – mostram que 68,0% eram ocupadas por mulheres negras¹⁴. Essa herança colonial se desdobra até os dias atuais e se soma a condições de trabalho mais precarizadas.

Uma análise fundamental passa pelo fato da existência de duplas ou triplas jornadas de trabalho^{40,41}, tendo como objeto de análise a naturalização do trabalho doméstico e do cuidado com o lar como pertencente à figura feminina e evidenciando papéis socialmente definidos^{12,13,14,40}. O conceito de dupla jornada não dá conta da experiência real, pois não faz alusão à superposição de tarefas e não dá ênfase ao trabalho mental despendido para realizá-las⁵³. Essa dinâmica é exemplificada pela fala das ACS sobre as vantagens que possuem por trabalharem perto de sua casa. Elas relatam ser possível resolver algumas “pendências” domésticas durante seus intervalos no trabalho, como estender e/ou retirar suas roupas do varal e levar e buscar seus filhos na escola⁴¹.

O relato de um ACS evidencia a existência, ainda, de papéis considerados masculinos e outros encarados como femininos: ele enfatiza a dificuldade na realização de orientações básicas sobre procedimentos ginecológicos para usuárias^{29,39}. Muitas usuárias não se sentem à vontade para tratar de questões ginecológicas com ACS do sexo masculino, tanto por medo de que o sigilo das informações seja quebrado, quanto por vergonha, evidenciando também como a saúde reprodutiva e sexual pode ser vivida como um tabu²⁹.

Debruçando o olhar na análise psicopatológica de alguns estudos, encontram-se diferenças na distribuição de agravos: há maior vulnerabilização do sexo feminino em relação a condições musculoesqueléticas e demandas físicas em geral, com atenção para a sobrecarga existente por terem que lidar tanto com o trabalho externo, como com o trabalho doméstico⁴⁰. Considerando a presença de transtornos mentais comuns nessa população, pode-se dizer que elas apresentam maiores chances de adoecimento em comparação aos homens^{35,48,51}. Estes dados não podem estar descolados de uma análise cuidadosa e profunda que considere especificidades de gênero, raça, classe e condições de vida.

Pistas para a transformação das condições de vida e trabalho das ACS

O processo de trabalho em saúde está sujeito a “modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o/a trabalhador/a de seu próprio processo de trabalho”⁵⁴; a transformação desse cenário passa pelo aumento da corresponsabilização na produção de saúde. Neste processo, deveria ser resguardada maior autonomia técnica aos profissionais e ao modelo de trabalho em equipe para a “construção de um projeto assistencial comum e sua realização negociada no cotidiano”³⁶.

É importante refletir, tanto no nível da gestão quanto da atenção, sobre a relevância e o significado de algumas das atividades preconizadas pelo SUS com o intuito de compreender seus desdobramentos no dia a dia de trabalho e na vida do usuário – como no caso das VD, por exemplo, que poderiam ser flexibilizadas de acordo com particularidades de cada território³⁹. Uma das lacunas citadas pelas próprias ACS diz respeito à sua formação e aos treinamentos oferecidos, sendo relatados como insuficientes para lidar com o trabalho real^{29,31,35,52} e carentes de discussões sobre necessidades em saúde⁴¹.

Ainda que as prescrições para uma atividade sejam claras, não serão suficientes para lidar com o real do trabalho, demandando que os profissionais exerçam sua inteligência prática e criatividade⁵⁵. Assim, é importante que estas trabalhadoras tenham autonomia para propor mudanças na realização de tarefas cotidianas e em suas condições de trabalho, por meio de uma relação dialogada e pautada nos princípios do SUS. Neste sentido, é ressaltada também a relevância das discussões que coloquem em evidências práticas para além do saber biomédico, dando espaço para o campo social¹²⁹.

No SUS, a perspectiva da humanização deve ser aplicada a todos os profissionais, usuários e cidadãos⁵⁴. Portanto, para que se possa oferecer um atendimento de qualidade, tendo como base a singularidade de cada sujeito, é preciso garantir condições efetivas de trabalho como, por exemplo, a oferta de medicamentos, de serviços e de procedimentos³¹.

Para o campo da saúde do trabalhador, existe a necessidade de criar e efetivar novas políticas e estratégias de cuidado aos/às trabalhadores/as da saúde, uma vez que seu adoecimento é cada vez mais frequente⁴⁵. Pode-se debruçar um olhar clínico a essa questão, na qual uma das possibilidades de intervenção seria a consolidação de uma Linha de Cuidado (LC) no SUS⁵⁶. O trabalho seria discutido em uma espécie de clínica do trabalho, preenchendo uma lacuna de atenção à população em sofrimento por questões relacionadas às suas atividades profissionais. Apesar de a PNSTT conter em seu escopo políticas intersetoriais e de valorização do atendimento ao/a trabalhador/a, é necessário pensar também na “rede de saúde e nos serviços que potencialmente podem realizar atendimento em saúde mental e trabalho, entendendo os processos de modulações, metamorfoses e transformações que têm ocorrido [...] nas relações de trabalho desenvolvidas”⁵⁶.

Outra proposta para a realização de iniciativas nesse sentido é a “Promoção da Saúde a partir das Situações de Trabalho” (PSST), reconhecendo que “a dramática cotidiana dos/as trabalhadores/as é mais que um conjunto de fatos; é uma trama tecida – horizontal e verticalmente, transversalmente – que, na maioria das vezes, não é plenamente consciente para eles”⁵⁷. Para isso, podem ser utilizados dispositivos que contribuam para o diálogo e o reconhecimento da experiência do/a trabalhador/a, ressaltando seu potencial de transformação e de ressignificação das próprias experiências⁵⁶. Dessa forma, pode-se caminhar em direção à humanização do SUS e à gestão participativa⁵⁴, embora questões estruturais como as violências, as desigualdades de gênero, raça e socioeconômicas ainda estejam longe de serem solucionadas e seu equacionamento seria essencial para a garantia da equidade em saúde.

Conclusões

A partir do material levantado pela revisão narrativa, pode-se perceber que o modelo de trabalho das ACS é estratégico para o cuidado em saúde no contexto brasileiro, em especial nos territórios em que são observadas

maiores iniquidades em saúde. A proposta de educação em saúde por ACS que moram na mesma localidade em que trabalham imprime a ideia de melhores oportunidades de vinculação com usuários/as, integralidade do cuidado, e ponto de apoio com a porta de entrada do SUS.

Entretanto, vê-se que ainda não há um reconhecimento adequado de sua importância nesse sentido – as profissionais vêm sendo cada vez mais absorvidas por atividades administrativas e burocráticas, o que distancia suas ações do trabalho prescrito. Ou seja, o não reconhecimento por seus pares e pela população somado ao distanciamento de suas funções preestabelecidas podem repercutir em suas condições de saúde, uma vez que o trabalho é parte importante da vida. Traçar estratégias macro e micropolíticas com ações intersetoriais que envolvam a saúde do/a trabalhador/a do SUS pode abrir caminhos.

Ainda assim, uma gestão mais participativa e que proporcione autonomia – não só para as ACS, mas também para toda a equipe – é importante para que suas demandas sejam consideradas. No caso das ACS, suas condições de vida e trabalho estão intrinsecamente entrelaçadas, e inter-relacionadas com papéis de gênero socialmente construídos, questões raciais, socioeconômicas e do próprio território, que precisam ser evidenciadas para uma visão mais ampla e apurada dos significados e possibilidades de transformação do trabalho.

Referências

1. Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
2. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília:Departamento de Atenção Básica. Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude. Acesso em: 20 mar. 2024.
3. Ávila MMM. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. Rev Bras Promoc Saúde. 2011; 24(2):159-168.
4. Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. Cad psicol soc trab. 2013; 16(2):279-293.
5. Presidência da República. Lei Nº 14. 536, altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a

fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília: Diário Oficial da União. 2023; 5out. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm#art1. Acesso em: 20 mar. 2024.

6. Nogueira M, Pontes AL. Trabalho, Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde: considerações sobre o Agente Comunitário de Saúde. In: Soalheiro N, organizadores. Saúde Mental para a Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
7. Silva-Roosli ACB, Athayde M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mar. 2024.
9. Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ do, Santos KJ da S, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cad saúde colet. 2017;25(3):294-301.
10. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(6):1865-1876.
11. Martins HX, Siqueira JH, Oliveira AMA, Jesus HC, Pereira TSS, Sichieri R, et al. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(1):e2021543.
12. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cad. Pesqui. 2007;37(132):595-609.
13. Collins PH. Pensamento feminista negro. São Paulo: Boitempo; 2019.
14. Bento CO. Pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
15. Almeida SL. Racismo estrutural. Feminismos Plurais. São Paulo: Pólen; 2019.
16. Queirós AAL. A prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28042015-130244/pt-br.php>. Acesso em: 20 mar. 2024.
17. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. Rev Saúde Pública. 2021;55:85.
18. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 25(4):1327-1338.
19. Fundação Oswaldo Cruz. Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de Covid-19; 2020. Disponível em: <https://acscovid19.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

20. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2024.
21. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28):123-135.
22. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.
23. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(supl2):S21-S32.
24. Silva RVS, Deusdedit-Junior M, Batista MA. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. *Ger. Rev. Interinst. Psicol.* 2015; 8(2):415-427.
25. Lancman S, Jardim TA. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2004;15(2):82-89.
26. Dejours C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004a.
27. Brito J, Muniz HP, Santorum K, Ramminger TO. trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004b.
28. Flumian RB, Fioroni LN. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev. Tempus, actas de Saúde Coletiva*. 2018;11(2):179-198.
29. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde soc.* 2012; 21(1):141-152.
30. Vilela RAG, Silva RC, Jackson Filho JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Rev bras saúde ocup.* 2010; 35(122):289-302.
31. Bellenzani R, Mendes RF. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2012;20(2):239-253.
32. Bezerra JLC, Lucca SR. Fatores Psicossociais de Estresse no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde no Município de Parnaíba, Piauí. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2017;40(1):169-189.
33. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.
34. Presidência da República. Lei nº 11.350, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de

fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2006b;5out. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

35. Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Revista Enfermagem UERJ*. 2013; 20(5):661-667.
36. Alonso CM do C, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:14.
37. Gomes AL, Lima Neto PJ, Silva VLA, Silva EF. O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família no município de João Pessoa – PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 15(3): 265–276.
38. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM da. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev esc enferm USP*. 2012;46(3):633–40.
39. Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2009;17 (4): 563-8.
40. Paula ÍR, Marcacine PR, Castro SS de, Walsh IAP de. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saude soc*. 2015; 24(1):152–64.
41. Imbrizi JM, Aguiar FBT, Fajardo A, Hirata JHB, Kawagoe K, Miyaura AK. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. *Cad. psicol. soc. trab*. 2012; 15(1):153-169.
42. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):682–8.
43. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(1):52-57.
44. Gernet I, Dejours C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: Bendassolli PF, Soboll LAP, organizadores. *Clínicas do Trabalho*. 1 ed. São Paulo: Atlas; 2011.
45. Martins LF, Laport TJ, Menezes V de P, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4739–50.
46. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(12):4719-4726.
47. Silva MA, Lampert SS, Bandeira DR, Bosa CA, Barroso SM. Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Rev. SPAGESP*, 2017; 18(1):20-33.
48. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, Bassani DCH, Cerizolli ED, Teixeira RM. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do

- Rio Grande do Sul, RS. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016; 11(38):1-12.
49. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Chaves J, Jacques CS, Martinazzo K, Roberta Pimentel RB, Baumhardt V, Borges DT. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2017; 7(1): 1-7., 2017.
 50. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu. 2005; 24:105-125.
 51. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al.. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(3):503-14..
 52. Alcântara MA, Assunção AA. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. Rev. bras. saúde ocup. 2016;41:e2.
 53. Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. Ciênc. saúde coletiva, 2005; 10(4):879-890.
 54. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
 55. Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004b.
 56. Bottega CG, Merlo AC. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. Rev. Polis Psique 2016; 6(3):77-102.
 57. Silva EF, Brito J, Neves MY, Athayde M. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. Interface (Botucatu). 2009;13(30):107-19.

Notas Finais

- i. Neste estudo optou-se por marcar o uso do gênero feminino por conta da massiva presença de mulheres na profissão de Agente Comunitária de Saúde¹. Ainda assim, serão analisados estudos que não colocaram o gênero dos trabalhadores em questão.

ROMPENDO OS MUROS: RELAÇÕES TERRITORIAIS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Suelen de Aguiar Lopes*
Leticia Paladino Rezende**

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica tem como compromisso não só a reestruturação dos serviços, como também, modificações em outros campos do saber, sendo assim, é entendido como um processo social complexo^{1,2}. Tal processo pode ser compreendido e abordado por meio de dimensões que se articulam, sendo elas: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural².

Este trabalho tem como objeto de estudo as relações territoriais e suas contribuições como ferramenta de cuidado na atenção psicossocial. Portanto, considero que este trabalho transita entre as dimensões técnico-assistencial e sociocultural. Enquanto a dimensão técnico-assistencial, que está estreitamente inter-relacionada com a teórico-conceitual, aborda as formas de cuidado em saúde voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico, a sociocultural, que é uma dimensão estratégica, compreende uma das premissas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que é a transformação do lugar social da loucura. Afinal, a sociedade se envolve nas questões relacionadas ao louco e à

* Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Psicologia Clínica com Ênfase em Gestalt Terapia (Centro Universitário Celso Lisboa). Graduada em Psicologia (UFRJ). E-mail: suelendeaguiar@yahoo.com.br

** Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UERJ). Pesquisadora-colaboradora (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). Assistente de Coordenação e Docente do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ). Psicóloga Clínica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: leticiapaladino@gmail.com

loucura por meio de propostas culturais que visem desmistificar os estigmas relacionados aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Essa pesquisa justifica-se a partir de algumas inquietações e lacunas que encontrei na elaboração do trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de bacharel em Psicologia no ano de 2018. A pesquisa tinha como objetivo investigar, a partir de uma revisão bibliográfica, as práticas de cuidado desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos últimos 11 anos. Os resultados mostraram uma rede fragilizada em muitos aspectos, mas o que mais chamou atenção foi que as práticas de cuidado prestadas aos sujeitos em sofrimento psíquico não eram expandidas para o território, ficando restritas apenas aos espaços físicos dos serviços.

Visto que os novos serviços em saúde mental são de base comunitária e territorial, é de suma importância incorporar o território como parte integrante do serviço, verificando como as relações construídas nesse território podem servir como ferramenta de cuidado.

Amarante^{2,3} apontava a intersetorialidade como um desafio, pois encontrar locais que estivessem dispostos a participar do processo de trabalho na atenção psicossocial, ampliando assim as redes de cuidado, contando com solidariedade dos setores, era algo complexo. O autor afirma que os serviços ainda assim devem sair das sedes e irem em busca das redes que estão no território para ampliarem os recursos.

Na atual conjuntura, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vêm sofrendo diversos ataques e os direitos dos usuários estão sendo ameaçados. Cruz, Gonçalves e Delgado⁴ fizeram uma análise sobre o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Nessa pesquisa, verificou-se que o Governo Federal, junto ao Ministério da Saúde, vem provocando o desmonte sucessivo da saúde pública e da política nacional de saúde mental por meio de portarias e notas técnicas que vão contra as diretrizes do processo de reforma, leis e políticas antimanicomiais. Isso leva à precariedade dos serviços que compõem a RAPS, prejudicando assim o trabalho e o cuidado dos atores que fazem parte da rede. Nesse mesmo bojo,

segundo Passos *et al.*⁵, a política nacional de saúde mental vem passando por um processo de (re)manicomialização, ameaçando todos os direitos conquistados a partir do processo de Reforma Psiquiátrica. O neoliberalismo e o conservadorismo, que ganharam força da metade da década de 2010 em diante, encabeçam as novas propostas que vão da eletroconvulsoterapia ao financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Nunes *et al.*⁶ destacam três aspectos que definem a contrarreforma, o primeiro aspecto apresenta o descarte do controle social e da participação popular nas decisões, o segundo inclui os hospitais psiquiátricos na RAPS e o terceiro maior investimento em serviços privados, como, por exemplo, as comunidades terapêuticas.

Acredito que a melhor forma de cuidado ofertada aos usuários da RAPS são as que estão de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e tudo que ela preconizou até o momento, e que, apesar das fragilidades, a rede de serviços substitutivos é o diferencial no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

Portanto, dentro desse cenário, a pesquisa torna-se necessária para evidenciar a potencialidade que o cuidado em liberdade provido pelos serviços substitutivos e de base territorial em saúde mental tem na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, podendo servir de arcabouço bibliográfico para auxiliar novas propostas de enfrentamento aos retrocessos que estamos vivenciando na atualidade.

Objetivos

Objetivo geral

Investigar como as relações territoriais podem promover cuidado em saúde mental para os usuários dos serviços da RAPS.

Objetivos específicos

- Investigar como está sendo realizada a articulação territorial nos serviços substitutivos em funcionamento na RAPS;

- Compreender como está sendo estabelecida a relação dos serviços de saúde mental com o território de abrangência;
- Averiguar como a articulação territorial tem fornecido ferramentas para o cuidado em saúde mental.

Metodologia

A metodologia tem papel fundamental para o campo da pesquisa científica. Gil⁷ cita que a metodologia em um trabalho de pesquisa “constitui-se em um conjunto de etapas e técnicas para alcançar um determinado propósito”. Para a realização deste trabalho, foram utilizados procedimentos elencados por Gil, Marconi e Lakatos⁸.

Essa pesquisa se caracteriza por ser bibliográfica e de abordagem qualitativa. Marconi e Lakatos explicam que a pesquisa bibliográfica auxilia o pesquisador a obter informações sobre materiais que já foram escritos sobre um determinado tema e sua abordagem.

A pesquisa qualitativa oferece a possibilidade de compreensão de respostas subjetivas que não podem ser quantificadas, de acordo com Minayo⁹ está pesquisa se propõe trabalhar com a existência de diversos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para levantamento das publicações da subseção que retratou sobre “A RAPS e seu funcionamento no território: a articulação territorial em curso”, optou-se pela busca de artigos em periódicos nacionais sem um período determinado. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e não sistemática nas bases de dados pertencentes à *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Os descritores utilizados foram: (1) território e raps, (2) articulação e raps, (3) saúde mental e território e (4) saúde mental e articulação territorial. Para fazer uma seleção mais refinada, foram utilizados os filtros: coleções Brasil; idioma português; tipo de literatura: artigo. Somente um artigo estava inserido em um capítulo de livro.

A seleção dos estudos ocorreu da seguinte forma: primeiramente pelos títulos, posteriormente foram lidos seus resumos e por último os textos completos, para assim chegar à quantidade de artigos que compuseram essa revisão, somente um artigo foi retirado de um capítulo de livro.

A RAPS e o seu funcionamento no território: a articulação territorial em curso

Após apresentar a RAPS e como ela se estrutura, fez-se necessário abordar o processo de articulação territorial promovido por essa rede de serviços. Assim, realizei uma busca bibliográfica de cunho exploratório e selecionei 17 artigos com publicações entre 2010 e 2021 em diversas áreas de conhecimento para abordar essa discussão.

Majoritariamente as pesquisas utilizaram de metodologia qualitativa, tendo em sua grande maioria como objeto de estudo os CAPS em diversas modalidades, acompanhados por outros dispositivos que integram a RAPS e alguns equipamentos que compõem a rede intersetorial e comunitária.

Por meio da análise dos artigos, percebe-se que o processo de articulação territorial ocorre a partir de conexões realizadas com serviços presentes no território de abrangência. Sendo eles: equipamentos de saúde, educação e assistência social. Podemos compreender que as interlocuções realizadas pelos componentes da RAPS, são feitas com outros setores que formam a rede intersetorial, dessa forma o território, não aparece como um componente que possa favorecer e fornece ferramentas para o cuidado em saúde mental.

Para que essas articulações pudessem ser realizadas, os serviços utilizam o matriciamento, reuniões, recursos informais, como, por exemplo, ligações e mensagens via aplicativo, encaminhamentos e fóruns. Alguns desses instrumentos, por serem muito formais e burocráticos, contribuem para pouca articulação entre os serviços.

Lima e Guimarães¹⁰, ao analisarem a RAPS de Natal (RN) e as problematizações possíveis para um cuidado territorial, verificaram algumas reminiscências do manicômio, sendo elas: fragmentação da rede,

medicalização, especialização e o desacolhimento do usuário da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), fomentando o estigma relacionado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Segundo os autores existem dois modos de articulação da RAPS em Natal, as burocráticas (SISREG e matriciamento) e as de cunho intersubjetivo (contato telefônico, troca de mensagens via aplicativo, fóruns, reuniões), sendo as estratégias de cunho intersubjetivo mais eficazes segundo Lima e Guimarães¹⁰.

A pesquisa de Sampaio e Bispo Júnior¹¹ corrobora os resultados encontrados por Lima e Guimarães. O estudo foi realizado em Vitória da Conquista (BA), tinha como objetivo avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental na RAPS. Os resultados mostraram dificuldade de articulação entre os serviços, e, quando essas aconteciam, utilizavam dispositivos como: encaminhamentos (instrumento de caráter formal, burocrático com pouca resolutividade, caracterizando a desresponsabilização entre os serviços), matriciamento com a APS (dificuldade da equipe da Atenção Básica em acolher o usuário da saúde mental, gerando preconceito e estigmas), o dispositivo com maior predominância entre as equipes era o de comunicação caráter pessoal mediados por vínculos de amizade.

Pelas dificuldades encontradas, o cuidado em saúde mental era centralizado nos CAPS e enfermaria do hospital geral. No que tange as articulações realizadas com outros setores, a pesquisa teve como resultado limitação e insuficiência no campo socioassistencial, jurídico e comunitário, nesse último reforçando os estigmas relacionados à loucura.

A pesquisa de Andrade, Zeferimo e Fialho¹² apresenta a mesma tendência sobre o encaminhamento, o documento aparece como uma ferramenta de desresponsabilização entre os serviços e uma prática ultrapassada. O matriciamento reaparece como uma proposta atual e efetiva na articulação e discussão de casos com outros equipamentos de saúde da RAPS e as reuniões intersetoriais aparecem como proposta atual de cuidado territorial, incluindo os pontos comunitários.

Ainda considerando a articulação entre os serviços que compõe a RAPS, Leite, Rocha e Santos¹³ propuseram analisar os fóruns que aconteciam em uma gerência distrital de Porto Alegre. O fórum servia de ferramenta de troca entre os serviços, fazendo que os diferentes pontos da RAPS do território pudessem se articular, tendo como resultado a corresponsabilização e a educação permanente em saúde.

Zanardo, Bianchessi e Rocha¹⁴ também realizaram pesquisa no Rio Grande do Sul, o estudo tinha como objetivo conhecer os pontos de trabalho que favorecem o funcionamento da RAPS. A partir de entrevista com trabalhadores, os autores dividiram o estudo em dois eixos, o primeiro visava analisar quais os dispositivos auxiliavam na formação e funcionalidade da rede.

O matriciamento, as reuniões, o contato imediato, a identificação da demanda e a busca ativa foram os dispositivos que os profissionais elencaram como potencializadores. O segundo eixo visava verificar a conexão entre os pontos da rede focando nos afastamentos e dificuldades. Os trabalhadores sinalizaram dificuldade de interlocução com o hospital geral, continuidade *versus* rupturas do cuidado e regulação de leitos.

Do mesmo modo, Ferreira e Guimarães¹⁵ propuseram fazer uma discussão sobre a intersectorialidade na Política de Saúde Mental, utilizando de uma iniciativa de “Rede, instituição e articulação” (RIA), na cidade de Teresina (PI), participaram do estudo equipamentos da RAPS e da Assistência Social da localidade sul.

A RIA utiliza como ferramentas de articulação, reuniões mensais; discussões de casos; produção de atividades compartilhadas no território; a realização de visitas conjuntas; dentre outros. Com isso proporcionou um cuidado em rede, diálogo entre os serviços e estreitamento de vínculos de profissionais de um mesmo território.

Todas essas propostas intersectoriais visam atender os usuários em sua integralidade. A integralidade é um princípio disposta na Lei n.º 8.080/1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), segundo esse documento a integralidade é entendida “[...] como conjunto articulado e contínuo das

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...]”¹⁶.

Algumas pesquisas mostraram que há um desconhecimento dos serviços sobre a potencialidade que o território de vida do usuário tem para oferecer. Isso ocorre, devido ao desinteresse dos profissionais em conhecer o território de abrangência do serviço no qual estão inseridos, condições de trabalho ou segurança, acarretando a intensificação das atividades nas dependências das instituições, o que não é o ideal, visto que os equipamentos que constituem a RAPS devem ser de base comunitária e territorial, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial, que são ordenadores da rede e do cuidado em saúde mental.

Barbosa, Capani e Verdi¹⁷ realizaram um estudo com objetivo de analisar a relação de trabalhadores e usuários de um CAPS em Pesqueiro (PE). A rede de atenção psicossocial foi instituída no município no ano de 2013, e a pesquisa realizada entre 2013 a 2014, no momento a RAPS estava em estado de consolidação, as relações com os equipamentos que integravam a Rede de Atenção Psicossocial se estabeleciam com base na referência e contrarreferência, gerando pouca articulação e fragmentação do cuidado, como a implantação da rede era recente, não se tinha articulação com pontos comunitários no território.

O tratamento no CAPS era pautado na medicalização e todas as práticas de cuidados centralizadas no serviço. Na região onde o CAPS estava inserido ainda aflorava na comunidade o estigma relacionado aos usuários do serviço, o direito de ir e vir muitas vezes era limitado, por esse motivo, os autores relataram que incluir a comunidade como rede de cuidado era um desafio¹⁶.

Na pesquisa realizada por Ferreira e colaboradores em um CAPS III em João Pessoa, tal serviço reaparece como estrutura central na realização das práticas de cuidado. Nessa pesquisa os profissionais descartavam qualquer possibilidade de incluir no projeto terapêutico singular (PTS) dos usuários práticas que usassem o território como palco principal, havia por parte dos técnicos um grande desconhecimento sobre o território de vida dos usuários e as potencialidades existentes nele.

A articulação intersetorial acontecia por meio de encaminhamentos e utilizavam do apoio matricial como ferramenta para referência de casos na atenção básica, mas de acordo com os pesquisadores, o matriciamento mostrava-se insuficiente, pois as equipes da Estratégia da Saúde da Família, não demonstravam interesse e aporte teórico para as discussões de casos¹⁸.

Campos, Bezerra e Jorge¹⁹ analisaram as práticas de saúde mental territoriais realizadas por enfermeiros, agentes comunitários de saúde e usuários dos CAPS e da atenção básica. Mais uma vez a pesquisa evidenciou que a prática da territorialização era realizada apenas pela APS, as visitas domiciliares (VDs) realizadas pelos agentes comunitários de saúde era uma estratégia promovida pela Atenção Básica como forma de cuidado no território, os CAPS apesar de fazer ínfimas intervenções comunitárias, centralizam suas práticas nas instituições. Como justificativa, os trabalhadores sinalizaram sobrecarga e condições de trabalho desfavoráveis e falta de segurança no território de abrangência dos serviços.

A visita domiciliar reaparece como prática de cuidado territorial, desta vez promovida pelo CAPS. A pesquisa realizada por Morais *et al.*²⁰ visava fazer uma análise por meio das dimensões da RP sobre os saberes e práticas dos profissionais relacionadas à visita domiciliar.

A VD aparece como dispositivo estratégico de cuidado no território de vida do usuário, atua como uma proposta de mediação na reinserção social, tem objetivo de fazer com que o Centro de Atenção Psicossocial possa se inteirar sobre os espaços de circulação do usuário do serviço. Os profissionais apontam dificuldades na realização das visitas que se igualam aos resultados de Campos, Bezerra e Jorge¹⁹.

Outros estudos apresentaram experiências exitosas, com práticas que vão além dos muros institucionais. Os serviços utilizam o território como ferramenta para expandir o trabalho em saúde mental, gerando transformações na forma que o usuário e a comunidade se relacionam, e, como a mesma enxerga e lida com pessoas em sofrimento psíquico, rompendo os estigmas enraizados sobre o conhecimento da loucura.

O trabalho preconizado por esses serviços vai ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica, entre elas a desinstitucionalização, mostrando enfim a potencialidade da reinserção social na quebra de paradigmas.

Almeida e Cunha²¹ realizaram um estudo sobre a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). A UAA é um serviço de caráter residencial transitório, destinado especificamente para usuários de álcool e outras drogas. A unidade de acolhimento mantinha uma boa relação com a rede de saúde e a intersetorial, em geral, essas articulações eram realizadas a partir de reuniões e fóruns.

A relação com a comunidade foi construída pouco a pouco e com isso a mesma foi entendendo o papel da unidade no território e se integrando a ela e aos usuários do serviço, da mesma forma a UAA foi expandindo e criando possibilidades no território a partir de parcerias.

O acolhimento na UAA proporciona lugares de convivência e promove o resgate de vínculos, o que implica que não seja um espaço autorreferente, fechado em si mesmo, fazendo-se contrário a modelos de internação e confinamento. Por meio da oferta de outras formas de convivência e outras formas de negociação, o usuário acolhido na UAA encontra possibilidade de novos arranjos subjetivos²¹.

Em dois estudos realizados em Centros de Atenção Psicossocial, tendo como ponto em comum as oficinas, Castro e Maxta²², Cruz e Carmo²³ usaram locais do cotidiano dos usuários para implementarem as oficinas terapêuticas.

Castro e Maxta²² tinham como objetivo de pesquisa mostrar a importância de práticas territoriais de cuidado na reabilitação psicossocial. Como proposta inicial, os pesquisadores utilizaram a praça do bairro onde o serviço estava inserido no Rio de Janeiro para implantar a oficina, a praça era coberta de sentidos para a comunidade, tendo local para praticar esportes, mesa de jogos e bancos para descanso.

A atividade realizada era organizada previamente, contando com a participação dos técnicos, usuários e tinha como suporte apoio comunitário e de outros setores. A biblioteca popular também era utilizada como palco para

oficina de jogos teatrais, as encenações sempre traziam ações do cotidiano dos usuários, a atividade era aberta para comunidade.

Através dessa iniciativa, vem sendo possível transformar as antigas concepções sobre portadores de sofrimento mental, remetentes sempre ao medo, ao perigo e ao confinamento, em ideias positivas à convivência, apresentando as diferenças de pensar e agir comunitário, a partir da valorização de habilidades, projetos de vida e papéis sociais dos participantes²².

Como resultado dessas intervenções no território, foi criado o grupo de feira de vendas do CAPS, as feiras aconteciam em vários locais do município. O trabalho em saúde mental é mais uma proposta de inclusão e trocas sociais, de exploração de potencialidades do usuário, significados de vida e autonomia²².

Cruz e Carmo²³ também usaram a oficina como objeto de desconstrução de estigmas relacionados aos usuários do CAPS. O cenário de ocupação é em uma praia em Macaé, local bem próximo ao serviço.

Romper o espaço físico da unidade de saúde, assim como os papéis profissionais cristalizados é proporcionar também aos usuários um campo fértil para a construção de novas relações com o território e seus atores. Ocupar espaços da cidade como a praia é favorecer a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico, garantindo-lhes o poder de trocas materiais e afetivas no corpo social.²²

A oficina era realizada como estratégia de ocupação do território, inclusão, interação social e valorização do protagonismo dos usuários.

O cuidado extramuros também aparece na pesquisa de Fonseca e Gallasi²⁴, realizada em um CAPS-AD do Distrito Federal com profissionais e gestores, os resultados mostram estratégias de inclusão do usuário na cidade. Os passeios aparecem como proposta principal, neles estão inclusas as oficinas,

que geralmente são realizadas nos espaços da comunidade, essas ferramentas permitem a integração dos usuários com a cidade e resgate da autonomia.

Outra estratégia é o projeto loja de rua, que nada mais é do que uma loja montada ao ar livre com roupas para doação com o objetivo de alcançar pessoas que vivem em situação de rua, esse projeto visa a resgatar a autoestima dessas pessoas. A última estratégia visa o envolvimento dos usuários no cuidado do jardim comunitário, este foi implantado a partir de reivindicações dos usuários em uma assembleia, e com um trabalho de sensibilização da vizinhança, resgataram o terreno que estava sendo utilizado para o descarte de lixo. Nesse caso a assembleia seguiu com seu objetivo de ser política e democrática, os usuários por sua vez foram protagonistas do projeto e conseguiram através da autonomia articular com a vizinhança local e contribuir com melhorias para o espaço.

Segundo Ferreira *et al.*,¹⁸ é de suma importância incluir no PTS dos usuários, ações de ocupação do território que não levem consigo marcas institucionais como algo que compõem sua identidade.

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica provocou grandes transformações nas formas de cuidado em saúde mental. Portanto, este estudo tinha como objetivo geral investigar como as relações territoriais podiam promover cuidados em saúde mental para os usuários dos serviços da RAPS.

Ao realizar a análise das publicações, verifica-se que os serviços estabeleciam relações a partir da intersectorialidade, o território aparecia mais como uma lógica institucional para referenciar os usuários entre as instituições que estão presentes na área de abrangência dos serviços. A maioria dos equipamentos usava como forma de comunicação as reuniões, fóruns, matriciamento, encaminhamentos e recursos informais. Apesar da grande maioria dos estudos evidenciarem uma boa articulação com outros setores, ainda existiam fragilidades, que fragmentavam o cuidado em saúde mental.

As estratégias de utilizar o território de abrangência do serviço para a realização de alguma prática de cuidado eram mínimas; observa-se a

centralidade nos equipamentos em si. Podemos destacar propostas de uso do território que tiveram êxito, proporcionando integração social, autonomia dos usuários e, o principal, a quebra de estigmas relacionados ao louco e à loucura, evidenciando a potencialidade de territorializar o cuidado em saúde mental.

A revisão evidenciou que a maioria das pesquisas foi realizada nos CAPS. Portanto, torna-se necessário a realização de estudos que realcem a potencialidade de outros dispositivos incluídos na rede de atenção psicossocial, como, por exemplo, os centros de convivência, um serviço que atua em uma lógica territorial e que inclui em sua rotina não só usuários da saúde mental, como também pessoas da comunidade ao seu entorno.

Este estudo visou fazer uma reflexão e problematizar como os serviços estão perdendo a potencialidade de achar em seu território algo que possa servir como ferramenta de apoio no cuidado em saúde mental, considerando o contexto sociocultural, familiar e político dos usuários. Também visou ressaltar a potencialidade daqueles que ainda resistem e conseguem incluir em suas dinâmicas propostas que vão ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É importante ressaltar que apesar dos sucessivos ataques de desmonte que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vem sofrendo, a pesquisa também teve como proposta mostrar a resistência e a potência do cuidado em liberdade, e, questionar alguns pontos com a pergunta: até quando poderemos resistir?

Referências

1. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 2001.
2. Amarante P. (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora
4. Fiocruz; 2017.
5. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab. Educ. Saúde. 2020;18(3).

6. Passos RG, Gomes TMS, Farias JS, Araújo GCL. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cad. Bras. Saúde Ment* 2021;13(37):42-64.
7. Nunes MO, Lima JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(12):4489-98.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisas. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5 ed. São Paulo: ATLAS; 2003.
10. Minayo MCS. A pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. *Pesquisa Social Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
11. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019; 29(3).
12. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*. 202;37(3).
13. Andrade K, Zeferino MT, Fialho MB. articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises. *Psicologia em Estudo*.2016;21(2): 223-233.
14. Leite LS, Rocha KB, Santos LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(1):183-200.
15. Zanardo GLP, Bianchessi DLC, Rocha KB. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2018;9(3):80-101.
16. Pereira SLB, Guimarães SJ. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersetorialidade na política de saúde mental. *Barbarói: revista do departamento de ciências humanas*. 2019;1(53):185-207.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS); 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/CAPS/RAPS/arquivos/rede_RAPS_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.
18. Barbosa VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde Soc*. São Paulo, 2018. 27(1):175-184.
19. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):373-84.
20. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18(1):1-18.
21. Moraes APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciênc saúde*

coletiva [Internet]. 2021Mar;26(3):1163-72.

22. Almeida ALM, Cunha MB. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde Debate*. 2021; 45(128):105-117.
23. Castro LM, Maxta BSB. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2010; 6(1):1-11.
24. Cruz NFO, Carmo FS. Oficina na praia: ocupando o território com uma experiência plural. In: Pereira ER, organizador. *Saúde mental: um campo em construção*. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Ebook-Saude-Mental-Um-Campo-em-Construcao-3.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2022.
25. Fonseca RMAM, Gallassi AD. Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. *Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu*. 2021; 25:1-19.

LOUCURA E CIDADE NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE DISCURSIVA DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E DA COMUNIDADE

Tainá Borges Cardozo*
Paulo Duarte de Carvalho Amarante**

Introdução

Com os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vários sujeitos em sofrimento psíquico, que passaram grande parte de sua vida no manicômio, podem estar fora dele hoje. Contudo, desmontar os manicômios vai muito além de abrir suas portas. O processo de desinstitucionalização, pilar importante da reforma, não pode ser circunscrito somente à desospitalização, mas expandido à desconstrução de práticas e saberes manicomialis. Isto é, superar a assistência manicomial e criar formas de cuidado é imprescindível, mas só isso não basta. Os muros do manicômio ainda estão presentes no imaginário social, como indica Desviat1, juntamente de discriminações voltadas à loucura e aos sujeitos em sofrimento. São posturas que extrapolam o confinamento asilar, influenciando intimamente nas relações e no cotidiano das pessoas identificadas com transtornos mentais.

Por esta razão, a reforma deve ser assimilada como um projeto de sociedade, em que o objetivo principal diz respeito à mudança de comportamentos, mentalidades e atitudes para que seja possível um novo

* Tainá Borges Cardozo. Especialização em Saúde Mental e Atenção, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: psitainabc@gmail.com

** Paulo Duarte de Carvalho Amarante. Departamento de Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: pauloamarante@gmail.com

lugar para a loucura^{2,3}. É evidente que esta não é uma tarefa simples. Alguns autores, inclusive, indicam que a transformação dos imaginários sociais da loucura está entre os maiores desafios da reforma^{4,5}.

A partir da compreensão de que criar possibilidades para que as pessoas diagnosticadas com os chamados transtornos mentais possam circular pela cidade, ocupar o território e ampliar suas redes sociais é essencial para o processo de desinstitucionalização, é fundamental ter atenção a como tem se dado a relação entre estas pessoas e o ambiente em que vivem. Afinal, a transformação destes imaginários sociais, assim como é primordial no combate à exclusão e violências a que estes sujeitos são submetidos, também se faz necessário para fortalecer a defesa das conquistas da reforma, bem como a luta por mais mudanças.

Ao revisitar algumas iniciativas de reformas psiquiátricas europeias e estadunidenses, é possível constatar que, de maneira geral, estas se concentraram em transformar o modelo assistencial. No entanto, a experiência no Brasil diferencia-se justamente neste ponto, pois ultrapassa o campo da saúde ao consolidar-se enquanto um movimento de luta em defesa dos direitos humanos⁸. Com efeito, também é possível entender que saúde, neste contexto, está associada a um conceito muito mais abrangente do que o tradicional, incluindo, entre outras coisas, cultura, lazer, educação, trabalho, moradia e liberdade. Isto é, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira diz respeito a um projeto de sociedade menos intolerante, mais acolhedora e mais justa. Neste sentido, Yasui³ compara este movimento ao da Reforma Sanitária, sendo esta última definida por Sérgio Arouca como um processo civilizatório.

Se o nosso processo de Reforma Psiquiátrica se difere de algumas experiências internacionais com relação aos objetivos, por outro lado, aproxima-se bastante da reforma italiana ao inspirar-se na estratégia basagliana de colocar a doença entre parênteses e na concepção ampla de desinstitucionalização. Com relação ao primeiro ponto, Amarante² relata que a proposta de Franco Basaglia se apresentou enquanto uma crítica à conduta psiquiátrica, que se preocupa com os sintomas e esquece-se dos sujeitos. Com

isso, Basaglia não negou a existência da doença, mas produziu uma ruptura teórico-conceitual com a psiquiatria na medida em que se interessou pelos sujeitos em sofrimento e suas experiências singulares.

A grande preocupação de Basaglia estava relacionada com como o poder psiquiátrico era utilizado para isolar do convívio social aqueles que fugiam do padrão de normalidade imposto e, por isso, considerava importante construir novas maneiras de entender e cuidar da loucura⁹. Para isto, a abertura manicomial e a reformulação da assistência não eram o suficiente, era preciso ir além. Isso inclui pensar a desinstitucionalização a partir de uma perspectiva que não seja simplesmente desospitalizar, muito menos produzir desassistência, mas, sim, desconstruir práticas e saberes manicomiais¹⁰.

Pensar em reforma psiquiátrica e desinstitucionalização é, inevitavelmente, pensar em transformação social. Afinal, como Amarante e Torre⁶ apontam, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira é sobre um novo discurso, que critica o conceito de doença mental enquanto incapacidade, e sobre uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento mental, que não corrobora com a exclusão dessas pessoas. Em outras palavras, é um discurso que está em oposição ao discurso da psiquiatria tradicional. Desse modo, diz respeito a um movimento que tem como propósito pensar estratégias que permitam que os sujeitos em sofrimento psíquico possam exercer sua cidadania e, para isso, como pontua Paladino⁹, é preciso construir uma nova cidade onde se inclua a diferença, sendo possível acolher outras formas de existência.

Com relação à dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, há várias propostas que trabalham na direção de transformar a assimilação da sociedade sobre a loucura e o sofrimento mental, mediante projetos de arte e cultura, atos públicos, passeatas e eventos diversos. Ademais, é pertinente mencionar, também, os serviços residenciais terapêuticos, os Centros de Convivência e os projetos de geração de renda e economia solidária enquanto iniciativas muito importantes para o processo de desinstitucionalização em saúde mental.

Apesar de todas essas propostas, registram-se, ainda, movimentos contrários, como é o caso da expansão das comunidades terapêuticas⁷, entre

outros retrocessos que beneficiam a lógica manicomial. Isto é, ao mesmo tempo que há o esforço para desconstruir estigmas e estereótipos relacionados aos sujeitos em sofrimento psíquico, há, também, o fortalecimento do discurso institucionalizante, fundamentado por estes mesmos estigmas e estereótipos.

Objetivos

Pesquisar e analisar sobre como tem sido a relação entre a cidade e estes sujeitos, que anteriormente seriam levados ao manicômio e agora podem viver em liberdade, é essencial para seguir criando e fortalecendo estratégias para a construção de um novo lugar social para a loucura, tão crucial para a Reforma Psiquiátrica. Logo, este trabalho pretende discutir a respeito de como as cidades brasileiras têm se relacionado com aqueles que possuem diagnóstico de transtornos mentais, assim como identificar se os pensamentos da reforma têm produzido efeitos no cotidiano dessas pessoas.

Portanto, com base em pesquisas etnográficas, espera-se investigar quais sinais são encontrados sobre esta relação, tanto a partir da perspectiva dos sujeitos em sofrimento psíquico, pois se considera impossível promover a discussão sobre esta questão sem escutá-los, como a partir do discurso da comunidade. A escolha em analisar as narrativas apresentadas pela comunidade também não foi sem fundamento, afinal, se a reforma visa envolver toda a sociedade nas discussões sobre saúde mental, é necessário escutá-la também.

Técnicas e métodos implementados

Este estudo baseou-se em uma revisão de literatura, utilizando uma busca sistemática nas bases adiante citadas. Como dito anteriormente, a questão em pauta diz respeito a como tem se dado a relação entre sujeitos em sofrimento psíquico e a cidade após o processo de transformação social proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O propósito, contudo, não é generalizar as várias e distintas experiências que ocorrem no Brasil, país tão diverso, mas, sim, apontar pistas e fomentar o debate sobre a temática.

Na primeira fase, em maio de 2020, foram realizadas duas pesquisas na Biblioteca Virtual de Saúde: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), base de dados especializada na área da saúde, filtradas pelo idioma (português) e pelo intervalo de ano de publicação dos artigos (entre 2010 e 2020). Na primeira pesquisa, utilizou-se “desinstitucionalização”, “loucura”, “saúde mental”, “território” e “comunidade” como descritores. Compreendendo a relevância da dimensão sociocultural da reforma para este estudo, os descritores “cultura” e “centro de convivência” foram utilizados na segunda pesquisa, juntamente com “saúde mental” e “desinstitucionalização”.

A segunda fase correspondeu à pré-seleção dos artigos, após leitura dos títulos e resumos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos de abordagem qualitativa e disponibilizados online; cidades do Brasil enquanto cenário do estudo; pesquisas de campo que investigaram a relação entre sujeitos em sofrimento psíquico e a cidade em que vivem; pesquisas que apresentaram relatos destes sujeitos e/ou dos outros moradores da vizinhança. Artigos que trataram exclusivamente da relação entre as pessoas em sofrimento e serviços de saúde mental ou seus familiares, que não apresentaram falas transcritas dos entrevistados ou que não atenderam a algum dos critérios de inclusão foram descartados. Na terceira fase, depois da leitura integral dos artigos pré-selecionados, houve uma nova varredura. Desse modo, na quarta fase, após remoção de duplicata, realizou-se a seleção final.

Com a seleção dos artigos, foi produzida uma análise das práticas discursivas a partir das transcrições apresentadas nas pesquisas, compreendendo práticas discursivas como “as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas”¹¹. Por isso, entende-se que o que é dito não é deslocado do social e possui relação com as condições históricas e culturais.

Desse modo, ao investigar as narrativas, acredita-se ser possível dar início a reflexões sobre se e como as concepções produzidas pelo discurso da Reforma Psiquiátrica afetam a vida fora dos serviços de saúde mental e do ambiente acadêmico. Com isso, buscou-se produzir uma discussão que contribua para avanços no processo de desinstitucionalização.

Resultados e discussão

Na primeira e na segunda pesquisa, 224 e 268 estudos foram exibidos, respectivamente. Ao fim, com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 artigos. Como indica o Quadro 1, oito estudos apresentaram entrevistas com sujeitos em sofrimento psíquico, três estudos entrevistaram pessoas da comunidade e um estudo realizou entrevistas com os dois grupos. Em um dos artigos, há, ainda, entrevistas com trabalhadores da rede de saúde mental e familiares, mas que não foram utilizadas por não estarem de acordo com os objetivos da pesquisa.

Com relação ao cenário, seis estudos abarcaram pesquisas na Região Sudeste do Brasil, quatro estudos ocorreram na Região Nordeste, um estudo se passou na Região Sul e um estudo não informou qual região do país tratava-se a pesquisa. Em outras palavras, houve pouca diversidade quanto à localidade. Além disso, foi possível constatar que alguns artigos são escritos pelos mesmos autores, o que pode indicar que poucos pesquisadores têm se dedicado ao estudo desta temática.

Quadro 1. Artigos selecionados para análise

Autoria	Ano de publicação	Região da pesquisa	Grupo entrevistado
Bastos e Aguiar ¹²	2011	Nordeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Mielke <i>et al.</i> ¹³	2012	Sul	Sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhadores de saúde mental e familiares.
Salles e Barros ¹⁴	2013	Sudeste	Sujeitos em sofrimento psíquico e comunidade.
Paranhos-Passos e Aires ¹⁵	2013	Nordeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Matos e Moreira ¹⁶	2013	Sudeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Ribeiro Neto e Avellar ¹⁷	2015	Não informada	Comunidade.

Moraes e Castro-Silva ¹⁸	2016	Sudeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Ribeiro Neto e Avellar ¹⁹	2016	Sudeste	Comunidade.
Salles e Miranda ²⁰	2016	Sudeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Ribeiro Neto e Avellar ²¹	2017	Sudeste	Comunidade.
Portugal <i>et al.</i> ²²	2018	Nordeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.
Amorim e Severo ²³	2019	Nordeste	Sujeitos em sofrimento psíquico.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Posto isto, após a leitura repetida do conteúdo dos relatos selecionados, eles foram sistematizados nas seguintes categorias de análise: formas de cuidado; estigmas associados à loucura; cotidiano e interação social; trabalho, arte e participação social.

Formas de cuidado

Em alguns artigos, tivemos notícias sobre como os sujeitos em sofrimento psíquico se sentiram com a saída do hospital. A maioria dos relatos correspondeu a situações de abuso e violência no manicômio e à afirmação de estarem melhores agora, fora dele^{12, 15, 18}. Contudo, na pesquisa de Salles e Miranda²⁰, alguns sujeitos também compartilharam boas lembranças deste período e declararam preferir estar no hospital. No entanto, esta preferência parece estar associada às atividades de trabalho agrícola realizadas durante as internações, interrompidas com a saída do manicômio.

Sobre isto, é interessante relembrar três pontos destacados por Goffman²⁴ em uma de suas obras. Primeiramente, ele mencionou que instituições totais, como hospitais psiquiátricos, apresentam o trabalho para os internos como atividades que os ajudarão em sua recuperação. Além disso, ele indicou que os internos também podem vivenciar momentos mais agradáveis durante o período de trabalho do que durante o tempo passado na enfermaria.

Por fim, ele apontou o caráter útil associado ao trabalho em nossa sociedade. Dessa maneira, a interrupção dessas atividades, quando feita de forma abrupta ou sem uma transição adequada, pode ser muito dolorosa para aqueles que encontraram neste trabalho algum sentido ou bem-estar.

Outros estudos abordaram o acompanhamento nos serviços substitutivos de saúde mental por meio da ótica dos usuários. De maneira geral, os sujeitos demonstraram estarem satisfeitos. Somente no estudo realizado por Amorim e Severo²³, encontramos insatisfações com relação às atividades propostas pelos serviços, o que pode indicar a necessidade de inclusão dos usuários na construção das práticas da instituição.

Nos relatos apresentados por Mielke *et al.*¹³, o atendimento nos serviços é caracterizado enquanto um atendimento sem preconceito. Em uma das falas, em especial, a pessoa entrevistada indicou que o acompanhamento é realizado sem distinção de classe, o que pode ser um sinal de que ela não tem a mesma experiência em outros lugares: “[...] quando você chega aqui eles não olham se você está bem-vestido [...] se você está a pé ou de bicicleta ou se você está de carro, eles te recebem da mesma maneira [...]”. Assim, é fundamental compreender que “o louco” não é uma figura única e que cada um destes sujeitos também pode vivenciar outras opressões. Com isso, faz-se necessário lembrar que, como Passos e Pereira²⁵ destacam, a luta antimanicomial está associada, obrigatoriamente, à luta contra as opressões de gênero, raça e classe.

Nos relatos apresentados por Paranhos-Passos e Aires¹⁵, os usuários também elogiaram o serviço de saúde mental que frequentam, caracterizando-o como lar e afirmando receberem um tratamento melhor do que na própria casa, com seus familiares. Um dos entrevistados mencionou, ainda, que os finais de semana são os piores dias por não estar na instituição. Desse modo, ao mesmo tempo que estes serviços devem ser espaços de acolhimento, é importante atentar-se ao risco de que só seja possível existir dentro da instituição²⁶ e que, com isso, outra forma de isolamento e institucionalização continue sendo mantida.

Já na pesquisa de Ribeiro Neto e Avellar²¹, pessoas da comunidade manifestaram suas opiniões com relação às formas de cuidado adequadas

às pessoas em sofrimento psíquico. Apesar de amor, carinho, afeto, atenção e, até mesmo, esporte e o retorno à sociedade terem sido indicados como maneiras de cuidado, o tratamento psiquiátrico por meio da medicação e da internação ainda apareceu como referência em algumas falas. Isto foi notório quando disseram, por exemplo, que “o ideal é levar uma pessoa especializada, psiquiatra” e “isso daí só médico”, ou ainda “eu acho que só internada”.

Assim, foi possível constatar a incidência de dois discursos nas falas da comunidade: um similar ao modelo da atenção psicossocial, baseado na liberdade e marcado por um conceito ampliado de saúde, e outro mais próximo do modelo da psiquiatria tradicional, em que a internação e o uso da medicação são as estratégias principais. Sabe-se que estes dois modelos, apesar de contraditórios, coexistem até mesmo dentro de serviços abertos de saúde mental. Como Yasui²⁷ e Costa-Rosa²⁸ relataram, romper com a racionalidade médica ainda é algo muito difícil no âmbito da assistência. Na sociedade em geral, não seria diferente.

Em outro artigo, também publicado por Ribeiro Neto e Avellar¹⁷, quando a comunidade foi questionada sobre o cuidado em liberdade, especialmente com relação às residências terapêuticas, houve a presença simultânea desses dois discursos novamente. Algumas pessoas disseram acreditar que o tratamento em liberdade é melhor, comparado ao tratamento proporcionado pelo hospital psiquiátrico. Entre essas falas, uma merece destaque: “pra pessoa que tá em tratamento é bom, porque ela sente *de certa forma* que tá inserida de novo na sociedade”. A expressão “de certa forma” pode atribuir imprecisão à afirmação dada, o que fica mais perceptível quando temos acesso às narrativas de outros moradores, que afirmaram que “a *única vantagem* aqui, é que eles veem pessoas da janela” e que “*pelo menos* eles têm a liberdade de tá numa varanda sentado”.

Vários moradores posicionaram-se contrários à presença dos sujeitos que receberam diagnósticos de transtornos mentais e alguns sugeriram que estes estivessem em outro lugar, como um asilo, um sítio ou em uma “localização mais externa e mais afastada da sociedade”¹⁷, isto é, isolados

como nos manicômios. Uma justificativa dada diz respeito ao suposto perigo associado à loucura. No entanto, alguns vizinhos relataram não sentirem medo porque os moradores das residências terapêuticas, quando estão na rua, estão sempre acompanhados.

Outro argumento fez referência à ausência de mais enfermeiros e médicos nas residências terapêuticas. Isto dá indícios de que os moradores do bairro em questão possuem pouco conhecimento sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, na medida em que estes devem ser, sobretudo, locais de moradia e não de tratamento²⁶. Além disso, o cuidado em saúde mental foi reduzido às categorias de médicos e enfermeiros, únicas citadas nas narrativas apresentadas pelos autores, o que está em direção oposta à multiplicidade de saberes defendida pela atenção psicossocial.

Estigmas associados à loucura

Um aspecto observado no discurso da comunidade diz respeito às definições conferidas à loucura. Enquanto algumas pessoas encontraram dificuldade para defini-la, declarando que há vários sentidos, referindo-se a ela como algo oculto ou afirmando não saber responder²¹, outras pessoas resumiram loucura à doença mental, ou distúrbio ou ao contrário de normal^{21,14}. Desse modo, de forma geral, a loucura foi compreendida como algo desconhecido ou patológico.

Neste ponto, é interessante recordar o conceito de alienado mental, que foi importante para a história da psiquiatria e colaborou para que a loucura seja entendida dessas formas. Amarante² indica que os sentidos atribuídos ao termo alienado diziam respeito a alguém fora de si, estrangeiro, um estranho irracional. Com efeito, após a loucura tornar-se objeto de interesse médico e, com isso, ser considerada doença, passou a ser relacionada ao erro, à desordem da razão, à perda do juízo e à ausência de saúde psíquica⁶. Tavares e Hashimoto²⁹ ressaltaram, ainda, que a elaboração do discurso médico psiquiátrico foi baseada no aspecto negativo da loucura, sendo todo erro, desajuste ou comportamentos não aceitos socialmente considerados alienação mental.

Uma das falas da comunidade descrita em uma das pesquisas, inclusive, vai em direção a isso e confirma que este pensamento ainda é presente na cultura: “A gente vive sob um padrão de comportamento, então qualquer coisa que foge ao padrão de comportamento, aceitável, assim, socialmente, a gente entende, ou a gente julga ou a gente rotula como loucura”²¹.

Tudo isso contribuiu imensamente para a estigmatização das pessoas consideradas loucas e, conseqüentemente, em relações sociais pautadas na discriminação e no preconceito. Sobre isto, alguns sujeitos em sofrimento psíquico relataram episódios em que foram chamados de loucos como forma de ofensa. A partir desses relatos, nas entrevistas, um deles sentiu a necessidade de afirmar que é “uma pessoa que é *capaz* de tudo, de sobreviver, de caminhar alegre”¹⁵, enquanto outro se queixou de que acham que “todo doido é mal-educado, todo doido não é de confiança”¹⁴. Assim, é possível identificar que o estigma do louco enquanto uma pessoa incapaz e que não se pode confiar permanece. Junto a estes, há, ainda, a periculosidade do louco, que parece ser o estigma que mais corrobora para a exclusão social da loucura, produzindo medo e insegurança¹⁷.

Em uma das pesquisas, pessoas da comunidade declararam não entender os moradores das residências terapêuticas do bairro como loucos, afirmando que “esse pessoal que tão aqui, eles não são completamente loucos”, “parece que não são loucos, têm um distúrbiozinho na cabeça, mas nada de...” e “eu nunca vi eles fazendo esse termo aqui, loucura, de dá um ataque forte, nunca vi”²¹. Esse posicionamento parece estar ligado intimamente à visão estigmatizante da loucura, logo, se os moradores não cumprem com tudo o que é esperado de alguém louco, não são considerados loucos.

Contudo, é importante ressaltar que a convivência com sujeitos em sofrimento psíquico também pode colaborar na desconstrução do olhar estigmatizante. Uma pessoa, por exemplo, compartilhou a descoberta de que alguém diagnosticado com transtorno mental pode ser uma pessoa com quem se pode contar, e não simplesmente alguém que obrigatoriamente deve receber determinados cuidados¹⁴. Com isso, o estigma de incapacidade, incompetência e dependência, geralmente associado à loucura, pôde ser desmontado.

Cotidiano e interação social

No tocante ao cotidiano dos sujeitos em sofrimento psíquico que participaram das pesquisas selecionadas, a participação nas decisões da casa é um ponto de destaque. Apesar de a maioria dos relatos indicar que eles possuíam poder de decisão e autonomia com relação às refeições e ao cuidado da casa, de acordo com suas singularidades^{12,16,20}, houve menção ao fato de não poder escolher o que comer²⁰, bem como o impedimento de realizar qualquer atividade em casa, seja devido efeitos da medicação utilizada ou por proibição da família²³. Isto sugere uma influência do discurso da psiquiatria tradicional, que entende o sofrimento psíquico como aquilo que deve ser contido e que colaborou para que sujeitos identificados como loucos sejam vistos como incapazes.

A rotina desses sujeitos parece concentrar-se em estar em casa, realizando atividades domésticas ou fazendo nada^{23,12,16,20}, e em frequentar serviços da rede de saúde mental²³, sendo poucos os relatos de atividades diferentes^{23,18}. Neste ponto, é necessário considerar o apontamento feito por Leal e Muñoz³⁰, quando advertem que determinados modos de viver, considerados empobrecidos, vazios ou estranhos, muitas vezes foram construídos depois de um longo período, sendo a forma encontrada de seguir adiante. Por isso, as autoras relembram que a sugestão de mudanças deve ser pensada incluindo e respeitando o sujeito.

Em dois artigos selecionados, há relatos de que a comunidade em questão não foi receptiva quando soube que o bairro receberia residências terapêuticas^{16,17}. Na pesquisa de Matos e Moreira¹⁶, inclusive, há indicação de que os vizinhos fizeram um abaixo-assinado como forma de impedir que sujeitos em sofrimento psíquico morassem ali. No entanto, segundo os participantes dessas pesquisas, esse posicionamento foi alterado após a convivência. Sobre este assunto, Desviat⁵ assinala que a comunidade não costuma estar preparada para receber aqueles que estão em processo de desinstitucionalização, visto que a maioria dos esforços concentra-se em mudar o comportamento dos sujeitos e, não, dos preconceitos enraizados na cultura.

Já na relação entre comunidade e sujeitos em sofrimento psíquico descrita pela pesquisa de Ribeiro Neto e Avellar¹⁹, esta parece ser, de maneira geral, superficial, reduzida a cumprimentos ou a conversas curtas em encontros casuais nos comércios do bairro. Isto é justificado por alguns vizinhos devido à personalidade introvertida dos sujeitos que, por sua vez, é justificada pelo seu diagnóstico psiquiátrico ou pelo uso da medicação. A relação entre sujeitos em sofrimento psíquico e família também parece ser distante e difícil, segundo relatos de alguns sujeitos^{12,15}. Isto pode sugerir uma rede de apoio reduzida.

Trabalho, arte e participação social

Como já foi abordado, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é caracterizada pela promoção da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Neste sentido, o trabalho, a arte e grupos de militância têm um lugar interessante, possibilitando que estes sujeitos ocupem outros lugares sociais, que não o de “louco” e de todos os estigmas que este termo carrega. Com isso, são esperadas atitudes como a desta diretora teatral, que também é atriz e psicóloga, revelada por meio de o relato de um entrevistado, informando o que ela costuma dizer: “Vocês são artistas. Aqui eu não estou lidando com usuário de saúde mental”²². Para este mesmo entrevistado, ocupar outros lugares na sociedade, no caso dele, de representante dos usuários de saúde mental e de ator, pôde ajudá-lo a lidar de outra maneira com seu sofrimento psíquico, impedindo o suicídio²².

Estes espaços são relevantes não só para a desconstrução do imaginário social da loucura, mas para que os próprios sujeitos em sofrimento psíquico possam descolar-se destes estigmas. Isto é observado no discurso de outra entrevistada, que revela sua experiência integrando uma associação de usuários e familiares de saúde mental. Ela relata que, para ela, antes de participar da associação, “a esquizofrenia era como um câncer, era um palavrão muito pesado, um palavrão não, uma palavra muito negativa”, contudo, isso mudou após a convivência com outras pessoas que compartilhavam dos mesmos “sintomas” que ela²².

Com relação às questões envolvendo trabalho, nota-se que, apesar deste ser visto como uma distração para um dos entrevistados²⁰, outros vincularam trabalho

e geração de renda à vida boa e digna ou ao que permite que se sintam parte da sociedade^{14,20}. A possibilidade de ter uma conta em banco, cartão de crédito e cheque, proporcionados pelo trabalho, também foram associados a este sentimento¹⁸.

Certa valorização do trabalho e do dinheiro não é um discurso incomum na contemporaneidade, pelo contrário, é produzido pelo capitalismo. No entanto, é importante lembrar que o trabalho no campo da saúde mental, assim como lazer, cultura, entre outras coisas, está diretamente associado à ampliação de emancipação e autonomia, isto é, à desconstrução da tutela e do lugar de objeto no qual os sujeitos em sofrimento psíquico são geralmente colocados⁶. Em outras palavras, é uma via para que estes sujeitos possam ser protagonistas de sua própria história.

Sobre os sujeitos em sofrimento psíquico entrevistados e que trabalham, a renda derivou de bolsas de projetos, trabalho em uma cooperativa de reciclagem, aposentadoria e trabalhos informais^{16,18,20}. A respeito disso, a administração do dinheiro é um ponto digno de atenção, visto que é algo que pode contribuir para a ampliação de autonomia desses sujeitos. Apesar de alguns entrevistados indicarem que administram o próprio dinheiro^{16,18}, outros mencionaram que o dinheiro fica em posse de outra pessoa e que desconhecem quanto recebem^{18,20}.

Conclusões

Discorrer sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mesmo após tanto tempo desde seu início, ainda é muito necessário. Em primeiro lugar, porque entendemos a reforma enquanto um processo ainda em curso. Em segundo lugar, porque continuam surgindo novos obstáculos e retrocessos no campo da saúde mental que precisam ser combatidos.

Este artigo não tem a pretensão de produzir generalizações ou conclusões definitivas, por saber que o Brasil é um país múltiplo, composto por muitos cenários diferentes que não foram retratados nos artigos selecionados. No entanto, acredita-se que é uma maneira de indicar pistas, provocar reflexões e estimular a produção de mais pesquisas sobre o tema. Afinal, é preciso

conhecer os efeitos ocasionados pelas mudanças propostas pela reforma no cotidiano dos sujeitos em sofrimento psíquico para ser possível avaliar novas estratégias e direcionamentos, caso seja necessário.

Após análise das pesquisas, é evidente que a saída do hospital psiquiátrico, por si só, não garante a transformação social pretendida. O discurso da psiquiatria tradicional ainda persiste e é revelado nas falas da comunidade, assim como os sujeitos em sofrimento psíquico mencionam problemas resultantes deste discurso. Contudo, isto não é unanimidade. Em outros relatos, há notícias de que o discurso da reforma tem encontrado brechas para produzir transformações evidentes na vida e na rotina destes sujeitos. Estas mudanças só são possíveis a partir da luta em defesa dos direitos humanos e, simultaneamente, a partir da relação e convivência com a diferença. Por isso, apesar dos tempos sombrios e dos novos desafios, é preciso apostar na potência das ações cotidianas.

Referências

1. Desviat M. Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva. São Paulo: Zagodoni; 2018.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Yasui S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009; 1 (1): 1-9.
4. Bezerra Jr B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Physis. 2007; 17(2): 243-250.
5. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
6. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Rev. Adm. Pública. 2018; 52 (6): 1090-1107.
7. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. Interface. 2017; 21(63): 763-774.
8. Amarante P, Torre EHG. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: Oliveira WF, Pitta AMF, Amarante P, organizadores. Direitos Humanos e Saúde Mental. São Paulo: Hucitec Editora; 2017.
9. Paladino L. Os Espaços da Loucura Produzindo Subjetividades e Relações: construindo a dimensão espacial da Reforma Psiquiátrica Brasileira [dissertação de mestrado]. Rio de

Janeiro: FundaçãoOswaldo Cruz; 2020.

10. Amarante P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
11. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.
12. Bastos LC, Aguiar MGG. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “Hospital Colônia” à vida em liberdade na cidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35 (2): 432-445.
13. Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Rev. Bras. Enferm*. 2012; 65 (3): 501-507.
14. Salles MM, Barros S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde Soc*. 2013; v.22 (2): 1059-1071.
15. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2013; 23 (1): 13-31.
16. Matos BG, Moreira LHO. Serviço Residencial Terapêutico: o olhar do usuário. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (4): 668 – 676.
17. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24 (1): 204-216.
18. Moraes RCP, Castro-Silva CR. Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental. *Psicol., Ciênc. Prof*. 2016; 36 (3): 748-762.
19. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. *Psicol. Soc*. 2016; 28 (1): 162-170.
20. Salles ACRR, Miranda L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicol. Soc*. 2016; 28, (2): 369-379.
21. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Representações de Loucura e Cuidado no Contexto das Residências Terapêuticas. *Psic.: Teor. E Pesq*. 2017; 33: 1-9.
22. Portugal CM, Mezza M, Nunes M. A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental. *Physis*. 2018; 28 (2): 1-19.
23. Amorim AKMA, Severo AKS. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol*. 2019; 12 (2): 282-299.
24. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva; 1961.
25. Passos RG, Pereira MO. Luta antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para o debate. In: Pereira MO, Passos RG, organizadoras. *Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia. 2017.

26. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14 (1): 195-204.
27. Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
28. Costa-Rosa A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.* São Paulo: Unesp; 2013.
29. Tavares LAT, Hashimoto F. A alienação mental e suas (re) produções na contemporaneidade. *Revista da SPAGESP.* 2008; 9 (1): 04-10.
30. Leal EM, Muñoz NM. Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. In: Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF, organizadores. *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

A ESCUTA MUSICOTERAPÊUTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO: PLANO DE AÇÃO

Marcus Vinicius Alves Galvão*
Neuma Chaveiro**
Dolors Rodriguez-Martín***

Introdução

De acordo com relatório do *Status Global* sobre prevenção da violência contra crianças da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de um bilhão de crianças, todos os anos, estão sendo vítimas de violências física, sexual e psicológica regularmente. A ONU salienta que a principal razão dessa violência é a falha dos países em implementar estratégias de proteção dos menores¹.

As crianças e os adolescentes se sobressaem como grupos humanos mais vulneráveis a situações de violência, em sua maior parte no ambiente doméstico e familiar². Segundo o relatório “Um rosto familiar: a violência na vida de crianças e adolescentes”, lançado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em algum lugar do planeta, a cada sete minutos, uma criança ou um adolescente, entre 10 e 19 anos, morre, vítima de alguma forma de violência. Dados do relatório apontam que, em 2015, a violência fez mais de 82 mil vítimas nessa faixa etária³.

* Especialista em Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão e em Impactos da Violência na Saúde (UNB). Graduado em Musicoterapia (UFG). Graduado em Pedagogia (UFG). E-mail: markusvag@gmail.com

** Pós-doutora pela Universitat de Barcelona, Espanha. Doutora em Ciências da Saúde (UFG). Mestre em Ciências da Saúde (UFG). Graduada em Fonoaudiologia (PUC/GO). E-mail: neumachaveiro@ufg.br

*** Doutora em Antropologia Social e Cultural (UAB – Espanha). Graduada em Enfermagem (Universidade de Barcelona – UB). Graduada em Antropologia Social (UAB – Espanha). Professora (UAB – Espanha). E-mail: dolorsrodriguezmart@ub.edu

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei n.º 8.069/1990) classifica como violação dos direitos da criança e do adolescente a ação ou omissão da sociedade, ou do Estado; falta, omissão ou abuso dos pais, ou responsável; violência física e psicológica; o abuso de autoridade; negligência quanto à educação e à saúde; abusos sexuais; exploração do trabalho infantil e suporte familiar inexistente. A criança, para os efeitos desta Lei, é a pessoa com até 12 anos incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos⁴.

O Estado tem como desfecho o afastamento de crianças e adolescentes da convivência familiar e comunitária. É necessário a escuta e o estudo para garantir as possibilidades de vínculo entre a criança e o adolescente e seu contexto familiar e cultural⁵. A pobreza, enquanto condição de vulnerabilidade social das famílias, não deve ser considerada como negligência nem uma motivação para a intervenção do Estado que resulte no afastamento de crianças e adolescentes de suas famílias⁶.

As violências física e psicológica que outrora foram/são utilizadas como métodos punitivos e disciplinares na educação e no cuidado de crianças e jovens no ambiente familiar, escolar ou institucional (abrigo, orfanato ou unidade de privação de liberdade)⁷. Contra essas práticas, a Lei Menino Bernardo – Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014, acrescentou três artigos ao ECA, garantindo a crianças e adolescentes o direito de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante, por quaisquer pessoas (familiares, educadores e outros), como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto⁸.

Evidências científicas mostram que a institucionalização na infância causa sérios danos à saúde e ao desenvolvimento, expõe as crianças a um alto risco de violência e reduz drasticamente suas oportunidades de vida futura⁹.

As crianças institucionalizadas por serem/estarem na condição de acolhidos passam/passaram/vivenciaram inúmeros traumas e violências. Para lidar com esse turbilhão de situações/emoções, elas devem e precisam ser acompanhadas por diversos profissionais. Um deles é o psicólogo, mas verbalizar nem sempre é fácil, por tal razão a inserção da musicoterapia/musicoterapeuta em conjunto com este profissional, possibilitaria a ressignificação/acolhimento destas crianças.

Em entrevista, Veena Das (antropóloga) evidencia suas incompreensões com os tipos de violência, salientando ainda que o ato não pode ser reconhecido como humano, pois coloca em jogo o próprio status de humano daquele que a perpetra¹⁰.

A defesa do sentido como envolvendo algo que não se dá “dentro” ou “fora” do sujeito, nem como estrutura, nem como experiência (interna), mas como em encontros e relacionamentos, indica a associação de Das com Wittgenstein sobre um entendimento da linguagem como não possuindo um papel representacional, mas como meio no qual estamos imersos. Nessa direção, ela reconhece a importância do gesto e do movimento – do imaginário – para esta cena na qual está a linguagem, ou ainda a fala.

A música pode fornecer meios de comunicação não verbais ou pode servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não verbais¹¹. A música sempre fez parte da vida cotidiana, sendo ainda mais presente em culturas não industrializadas do que nas sociedades ocidentais modernas. Apenas recentemente em nossa própria cultura, cerca de 500 anos atrás, veio a se manifestar uma distinção que divide a sociedade ao meio, formando a classe daqueles que fazem música e a dos que a ouvem. Em quase todo o mundo, e ao longo da maior parte da história humana, fazer música é uma atividade tão natural quanto respirar e caminhar, da qual todos participam¹².

Nesse sentido, a presença desse profissional em instituições de acolhimento infantojuvenil tende a ressignificar as diversas violências sofridas por esse público. O musicoterapeuta assume o compromisso de ajudar o indivíduo a otimizar sua saúde com a utilização de experiências musicais (escutar, improvisar, recriar e compor) e as relações formadas por meio destas experiências, com o ímpeto para a transformação¹¹.

Este trabalho é resultado de um projeto de ação construído para a conclusão da especialização em Impactos da Violência em Saúde. Tem como objetivo apresentar/descrever uma proposta de intervenção do profissional musicoterapeuta com gestores e funcionários de duas instituições que acolhem crianças e adolescentes em Goiânia.

Metodologia

A participação dos atores sociais traz a perspectiva de transformação social, pois a tomada de consciência acerca das condições de possibilidade históricas, políticas, econômicas e sociais das condições de saúde promove questionamento sobre o que está instituído e sua transformação¹³.

As intervenções idealizadas neste trabalho podem ser caracterizadas como pesquisa-intervenção. Este tipo de pesquisa constitui um campo de investigação, que atua junto aos atores sociais com o objetivo de lhes “dar voz” acerca das práticas em saúde, com a finalidade de que seja produzida uma réplica ao que está instituído¹³.

São descritos planos para cinco encontros, um por semana, contabilizando dez horas, sem delimitação quanto à idade e/ou ao número de participantes. Como dito anteriormente, os participantes serão gestores, coordenadores e funcionários ligados às instituições que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente e representam a articulação e integração entre os diversos atores do Estado e da sociedade civil na promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos da infância e da adolescência previstos no ECA. As intervenções serão em ambiente virtual, via plataforma Zoom, como forma de registro serão usados os recursos de gravação do programa escolhido.

Os temas propostos para os encontros com os gestores foram escolhidos para apresentar as potencialidades da musicoterapia para o enfrentamento, acolhimento e ressignificação de violências sofridas pelos tutelados. São os temas: 1) musicoterapia e evidências científicas; 2) musicoterapia e infância/adolescência; 3) violências e acolhimento institucional; 4) musicoterapia e resiliência; 5) autonomia e musicoterapia e feedback. Salientamos que a exposição/discussão neste trabalho seguirá a mesma sequência.

O presente projeto prevê o respeito à dignidade humana, seguindo todas as diretrizes e normas estabelecidas na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, visando “assegurar

os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”¹⁴.

Desenvolvimento e discussão

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura na Convenção da Diversidade Cultural ressalta a importância da diversidade de expressões nas diferentes sociedades. Afirmam que “a liberdade de pensamento, expressão e informação, bem como a diversidade da mídia, possibilitam o florescimento das expressões culturais nas sociedades”¹⁵.

Com isso, entendemos que a extensa produção artística e cultural, que tem se construído nos campos da saúde mental, a partir de então assume o aspecto da expressão de diversidade cultural. Essa movimentação, tendo “o outro” como referencial, implica, inicialmente, em perceber-se “o mundo do outro”, o momento adequado para se dirigir ‘ao outro’ e também como deve ser essa movimentação¹⁶.

O que é musicoterapia?

Definir “musicoterapia” é parte integrante de ser um musicoterapeuta. Dificilmente passa-se um dia sem que um musicoterapeuta receba essa pergunta inevitável. Como resultado, muitas vezes é necessário criar uma definição que satisfaça as demandas de cada situação. Quando isso acontece, o musicoterapeuta deve ter a sensibilidade para identificar o que a pessoa quer ou precisa saber, bem como o quão preparado ele ou ela está para uma resposta detalhada¹¹.

O que torna a intervenção musicoterápica única é que ela sempre envolve a música e a atuação do terapeuta como parceiros no processo. Quando a música é usada como terapia, ela toma o papel primário da intervenção e o terapeuta, o secundário; quando a música é usada em terapia, ocorre o oposto. Quando a música é usada por um cliente sem um terapeuta, o processo não se qualifica como terapia, e quando um terapeuta ajuda um cliente sem música,

não se trata de musicoterapia. As intervenções musicoterápicas são únicas e focam no som, na beleza e na criatividade¹¹.

O fazer musical baseado em evidências da utilização da música como recurso de cuidado tem apresentado alta qualidade metodológica, porém, evidenciam a necessidade da elaboração de projetos, relatórios e pesquisas com intervenções musicais conduzidas com diretrizes. Os graus e hierarquização das evidências científicas são avaliados de acordo com a metodologia empregada nos diferentes estudos, seguindo modelos predefinidos¹⁶.

Intervenção na musicoterapia com a criança e adolescente

A musicoterapia teve como primeiras áreas de atuação a educação especial, a psiquiatria e a reabilitação neurológica. Hoje ela se expande e vai até onde é necessária e aceita¹⁷. Barcellos ao discorrer sobre o movimento da música, afirma que ela faz “consistentes transgressões” para o interior de outros domínios como forma de expressão (familiar, institucional entre outras), como uma atividade que está entrelaçada socialmente e que é de extrema importância para esta realidade, onde exerce grande função coletiva¹⁶.

Com a criança e o adolescente institucionalizado, estudos discorrem que a musicoterapia é diferente das outras abordagens terapêuticas, pois permite à criança e ao adolescente interagir e exprimir o que sente, não verbalmente¹⁷. Outros estudos apontam contribuições significativas no desenvolvimento da assimilação, na associação e desenvolvimento, facilitando a sua aprendizagem¹⁸.

Quanto aos aspectos ligados aos processos fisiológicos, a música e a musicoterapia, por meio do fazer musical, influenciam e melhoram o bem-estar físico e emocional, além de possivelmente modularem o sistema imunológico¹⁹. Quanto aos aspectos psicológicos inerentes ao fazer musical/musicoterápico, estudos descrevem seis mecanismos psicológicos – decodificação de informações que induzem emoções por meio da audição musical – são propostos:

[...] reflexos cerebrais (interpretação das percepções auditivas por meio de frequências consonantes e dissonantes que determinam sensações de prazer ou desprazer; excitação ou relaxamento); condicionamento avaliativo (pareamento repetitivo da música com outros estímulos); contágio emocional (influenciada pela expressividade emocional da composição); imaginação visual (interação entre a música e as imagens mentais evocadas durante a audição musical); memória episódica (evocação de memórias afetivas vinculadas aos eventos importantes da vida); expectativa musical (violação – inesperada ou pressentida – de uma característica fundamental específica da música, atrelada às experiências pregressas com o gênero musical em questão)²⁰.

Visto as potencialidades, assevera-se a importância do profissional musicoterapeuta, pois este profissional tem formação e cuidado ao apresentar/trabalhar uma música, pois a utilização inconsciente do universo sonoro-musical da criança e do adolescente, principalmente os institucionalizados/infrator e que pode acessar suas feridas abertas ou inconscientes, ou seja, acessar tipos emocionais autodestrutíveis²¹.

Não se esgotam aqui as potencialidades da música, nem as habilidades do profissional musicoterapeuta.

Ação planejada sobre a violência sofrida: composição

As discussões em torno do tema violência e do acolhimento institucional da criança e do adolescente são complexas, multidimensionais e por isso exigem respostas multifacetadas. Na violência contra a criança e o adolescente, por parte dos pais e de outros responsáveis, vários estudos indicam que crianças mais novas sofrem mais agressões físicas fatais e não fatais e, dentre elas, os meninos. As meninas correm mais risco em relação ao infanticídio, ao abuso sexual, à negligência educacional e nutricional, e à prostituição forçada^{22,23}.

No que tange aos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, salientam que além de gozarem de todos os direitos inerentes ao homem em

sua sociedade, é garantido à criança e ao adolescente o princípio da prioridade, segundo o qual, proteção e satisfação devem ser asseguradas pelo Estado antes de quaisquer outros²⁴. Vários autores destacam diversos documentos internacionais que evidenciam esse princípio, como a Declaração dos Direitos da Criança, assinada em Genebra, em 1924; a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, de 1959, e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989.

O acolhimento institucional tem como finalidade abrigar, em condição temporária, como medida protetiva. A UNICEF apresenta estudos que impactam e confrontam o sistema de proteção dos menores, nos estudos são apresentados fatos de que a violência é seis vezes mais frequente em instituições do que em lares adotivos, e crianças institucionalizadas têm quase quatro vezes mais chances de sofrer abuso sexual do que aquelas que têm acesso a alternativas de proteção baseadas na família^{3,4}.

Os estudos em dinâmica de grupo apontam que nos grupos sociais existem forças que, constantemente, se movimentam para aproximar ou distanciar seus integrantes. Sendo assim, a dinâmica de um grupo se caracteriza pelas forças de coesão e dispersão no grupo, alinhadas aos processos de formação de normas, comunicação, cooperação e competição, divisão de tarefas e distribuição de poder e liderança²⁵.

A ação planejada/descrita (Quadro 1) objetiva exemplificar a forma que foram feitos os planejamentos dos outros temas, contudo o tema exposto visa apresentar/sensibilizar sobre as diversas violências sofridas extra e intrainstituição.

Quadro 1. Ação planejada/descrita – objetivo, materiais e métodos

Objetivo	Trabalhar as faces da violência.
Materiais e métodos	Encontro de forma virtual pela plataforma Zoom. Serão projetados slides. instrumentos musicais.
Ação	Perguntar sobre a semana, retomar a sessão anterior e explicar sobre a proposta do encontro. A vivência consistirá: pedir para os participantes fecharem os olhos e a partir deste momento o musicoterapeuta tocará diferentes instrumentos com timbres que remetem a infância: melódicos, rítmicos seguidos de sons previamente gravados de dor, choro e gritos e discussões. Após a escuta o terapeuta dará a consigna para que os participantes expressem de alguma forma (desenho, palavra) o que eles escutaram e o que foi suscitado com a experiência e depois verbalizem de um feedback do que a vivência propiciou.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Visto o potencial do grupo, a musicoterapia grupal como uma “tecnologia leve”²⁶ do cuidado que têm como diretrizes produzir relações de reciprocidade e de interação, imprescindíveis à efetivação do cuidar e ao desenvolvimento de um processo terapêutico, como bem sabemos, nós, terapeutas. Ao efetivarem essas relações, o processo terapêutico pode se desenvolver com o objetivo de resgatar aspectos da singularidade, autonomia e cidadania em construção²⁷.

Os *feedbacks* que emergem do e no processo musicoterapêutico é um aspecto fundamental para seu desenvolvimento e, a partir de tal ação, torna-se possível realizar adaptações e reflexões sobre a condução do grupo de crianças e adolescentes, viabilizando melhores relações intra e interpessoais²⁸. Tal movimento se apoia na escuta sensível²⁹ deste profissional.

A escuta sensível apoia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos (ou a “existencialidade interna”, na minha linguagem). A escuta sensível

reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara.²⁹

A criança e o adolescente institucionalizado na sua maioria tiveram/ cresceram rodeados de expressões sonoras como os tiros, as sirenes e as chineladas. Uma enorme e complexa gama de elementos musicais pode complementar e construir e a dinâmica do (des)cuidado, pois os sons e ritmos que estão à nossa volta, a musicoterapia em grupo possibilita a percepção dos sons que formam o nosso mundo sonoro, até melodias e harmonias que ultrapassa o plano do sensível²¹.

Nesse sentido acreditamos que o fazer musical conduzido pelo musicoterapeuta produzirá reflexo e eco, dando ouvido aos gritos que a miséria na qual essa pequena e frágil população se encontra (excluída). Se nós profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) não compreendermos esse grito como um alerta, ou como um pedido de socorro advindo destes pequenos, a partir de inúmeras formas de expressão, e continuarmos fingindo que não existe violência contra a criança e o adolescente institucionalizado esse grito nunca será interpretado como um pedido de ajuda.

Considerações finais

Tempo?! Na correria do dia a dia não temos.

Oportunidade de nos expressar? O tempo não nos permite.

Cantar para uma criança, oferecer a escuta para um jovem/ adolescente podemos.

Com pequenas ações impactam vidas que para muitos não importam ou não “existe”.²⁸

Na tentativa de concluir de uma forma criativa redijo os versos acima. A musicoterapia apresenta ferramentas e inúmeras possibilidades para facilitar o acolhimento das diversas demandas trazidas pelas crianças e adolescentes institucionalizados.

Pensar nas faces da violência é importante para a prevenção e identificação da violência contra a criança e o adolescente, buscando assim minimizar os impactos negativos de violências na vida deles e em sua formação por intermédio do fazer musical conduzido por um profissional capacitado para lidar com as diferentes demandas apresentadas.

Estudos nacionais e internacionais apontam a necessidade uma construção de uma rede de apoio profissional e institucional para conciliar as inúmeras demandas trazidas pelas crianças e os adolescentes de além da necessidade de implementação de estratégias de intervenção no âmbito do acolhimento de crianças e jovens institucionalizados^{9,20,30}.

A União das Associações Brasileiras de Musicoterapia (UBAM) vem desde 2019 trabalhando para a regulamentação da profissão de musicoterapeuta (Projeto de Lei n.º 6.379/19)³¹. Acreditamos que a partir da regulamentação a implementação da função nos diferentes campos de atuação (saúde, educação, social, entre outros) torna-se possível, mas também sabemos que depende da vontade política. Ações de inserção nos diversos sistemas de atendimento à população brasileira é uma realidade tanto no SUAS (Resolução n.º 17 de 2011) quanto no SUS (Portaria n.º 849 de 2017)³²⁻³⁴.

O uso da metodologia de ação/intervenção neste trabalho foi de suma importância, pois embasou a construção e as reflexões que extrapolam um simples planejamento, dadas suas potencialidades. Defendemos o uso dessa metodologia tanto na defesa da inserção de um profissional/profissão em um serviço quanto nas ações de extensão da academia. Salientamos a necessidade de mais trabalhos sobre os diversos temas apresentados neste relato: mercado de trabalho (musicoterapeuta), direitos humanos da criança e do adolescente, projetos de intervenção e os impactos da violência na saúde.

Referências

1. Organização das Nações Unidas [Internet]. Relatório Do Status Global Sobre Prevenção da Violência Contra Crianças; 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/tags/relatorio-do-status-global-sobre-prevencao-da-violencia-contra-criancas>. Acesso em: 20 jan. 2024.
2. Alves RM, Lima SS, Souza CB. Cuidados de enfermagem à criança e adolescente em

- violência doméstica na visão de graduandos de enfermagem. *Av. enferm.* Bogotá, 2017; 35(3):293-302.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents.* Nova Iorque: UNICEF; 2017.
 4. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1990;16jul.
 5. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: Conanda; 2006.
 6. Souza LB, Panúncio-Pinto MP, Fiorati RC. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019Apr;27(2):251–69.
 7. Silva MAA. *Alforria pelo sensível: corporeidade da criança e formação docente.* [tese de doutorado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2013.
 8. Presidência da República. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União. 2014; 26jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.
 9. Lumos. Ending the institutionalization of children: A summary of progress in changing systems of care and protection for children in Moldova, the Czech Republic and Bulgaria; 2017. Disponível em: https://lumos.contentfiles.net/media/documents/document/2017/03/Ending_Insti_tutio_nalisation_of_Children.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.
 10. Carvalho JEC. *Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das.* Saúde e Sociedade. 2008; 17(3): 9-18.
 11. Bruscia KE. *Definindo Musicoterapia.* Tradução: Marcus Leopoldino – 3 ed. Barcelona: Barcelona Publishers; 2016.
 12. Millecco F, Millecco B. *É preciso cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções.* Rio de Janeiro: Enelivros; 2001.
 13. Snyder RE, Oliveira LR de, Ribeiro CDM, Corrêa MR, Cardoso CAA, Alves FA, et al. O desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção com uma comunidade urbana. *Fractal, Rev Psicol.* 2016;28(3):296–306.
 14. Presidência da República. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2013;13jun.
 15. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Convenção sobre a proteção e promoção da Diversidade das Expressões Culturais;* 2007. Disponível em:

<http://www.iber museus.org/wp-content/uploads/2014/07/convencao-sobre-a-diver>

16. *cidade-das-expressoes-culturais-unesco-2005.pdf*2007. Acesso em: 20 jan. 2024.
17. Barcellos LR. *Quaternos de Musicoterapia e Coda*. Barcelona: Barcelona Publishers; 2016.
18. Barcellos LR. *O Musicoterapeuta na Contemporaneidade*. Revista *InCantare*; 2019 -file:///home/marcus/Downloads/juciene,+art01.pdf
19. Marin M, Silva SCJ, Carvalho LBC. *Musicoterapia em crianças institucionalizadas*. Revista *Neurociências*; 2022. Disponível em: file:///home/marcus/Downloads/13992+revis%C3%A3o%20(1).pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.
20. Rebecchini L. Music, mental health, and immunity. *Brain Behav Immun Health*. 2021;21(18):100374.
21. Silva VA, Leão ER, Silva MJP. Avaliação da qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(50): 479-492.
22. Machado MMC. *A musicoterapia e a criança institucionalizada – Lisboa: [s.n.], – Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa; 2012*.
23. Silva FO. *Dialética do Rap: o papel (de) formativo da música no contexto de violência e privação da liberdade de adolescentes infratores [tese de doutorado]*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2021.
24. Minayo MCS. *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde*. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
25. Assis SG, Avanci JQ. *É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde*. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
26. Galvão MVA, Camilo CH. *Direitos humanos à educação: surdos na escola*. Revista *Sinalizar*. 2017;2(1):35–50.
27. Cartwright DZA. *Dinâmica de grupo (volume 1 e 2)*. São Paulo: Herder; 1975.
28. Barcellos LRM. *Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas!* Revista *Música Hodie*. 2015;15 (2):33-47.
29. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2014*.
30. Galvão MVA, Zanini CRO. *Feedback em Musicoterapia Grupal*. Revista *Brasileira de Musicoterapia*. 2017;19(22).
31. Barbier R. *A pesquisa-ação. Série Pesquisa em Educação (v.3)*. Brasília: Plano Editora; 2002.

32. Freitas LN. Modo de vida de crianças institucionalizadas. [Trabalho de conclusão de graduação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/28227>. Acesso em: 20 jan. 2024.
33. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.379,10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a Regulamentação da profissão de Musicoterapeuta. Brasília: Câmara dos Deputados. 2019; 10dez. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2233401>. Acesso em: 20 jan. 2024.
34. Conselho nacional de Assistência Social. Resolução nº17, de 20 de Junho de 2011. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Brasília: Diário Oficial da União. 2011; 20jun.
35. Ministério da Saúde. Portaria Nº 849, De 27 De Março De 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Diário Oficial da União. 2017;27mar. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2024.

SOBRE A COMISSÃO ORGANIZADORA

Adelyne Maria Mendes Pereira – Pós-doutorado em Saúde Global pela Universitat de les Illes Balears, Espanha. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Pesquisadora e coordenadora de pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adelynemendes@gmail.com

Adriana de Holanda – Doutora em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública do Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adriana.holanda@fiocruz.br

Ana Laura Brandão – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: alaurabrandao@gmail.br

Célia Regina de Andrade – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social pela Universidade Gama Filho (UGF). Pesquisadora em Saúde Pública

do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos (DEMQS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: celia.andrade@fiocruz.br

Denise Cavalcante de Barros – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tecnologista em Saúde Pública do Centro de Saúde Germando Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: denise.cavalcante@fiocruz.br

Gideon Borges dos Santos – Doutor em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Psicologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Graduado em Pedagogia (UESC). Coordenador Geral do *Lato Sensu* e Qualificação Profissional em Saúde da Vice Direção de Ensino (LSQPS/VDE/ENSP/FIOCRUZ). Pesquisador em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: gideon.borges@fiocruz.br

Giselle Goulart de Oliveira Matos – Doutora em Ciências (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Fonoaudiologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA/RJ). Especialista em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador (UFBA). Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Pesquisadora em Saúde Pública (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: giselle.matos@ensp.fiocruz.br

José Wellington Gomes Araújo – Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Medicina pela Universidade do Ceará (UFC). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: jose.gomes@fiocruz.br

Karen Cordovil Marques de Souza – Doutora em Epidemiologia (FIOCRUZ). Mestre em Ciências (UERJ). Especialista em Saúde da Família (FIOCRUZ). Graduada em Nutrição (UERJ). Analista Administrativo II da Secretaria do Stricto Sensu (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: karen.souza@fiocruz.br

Lenice Gnocchi da Costa Reis – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestrado em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Residência Médica em Medicina Social (UERJ). Especialista em Planejamento Estratégico de Sistemas de Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: lenice.costareis@gmail.com

Marcia Teixeira – Doutora em Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ). Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/ FIOCRUZ). Graduada em Ciências Sociais (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: txmarcia47@gmail.com

Marilúcia Oliveira da Silva – Especialista em Gestão Acadêmica (ENSP/ FIOCRUZ). Especialista em Gestão do Trabalho Pedagógico pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Analista Administrativo II da Secretaria e da Coordenação Geral do LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: marilucia.silva@fiocruz.br

Mirna Barros Teixeira – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF/ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora de Ensino do Departamento

de Ciências Sociais (DCS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: mirna.teixeira@fiocruz.br

Roberta Gondim de Oliveira – Doutora em Sociologia pela Universidade de Coimbra, Portugal. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pesquisadora e Coordenadora de Ensino DAPS (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: robertagondim@ensp.fiocruz.br

Valeria Teresa Saraiva Lino – Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora do Centro de Saúde Germando Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: valeria.lino@fiocruz.br

Vilma Valeria Fonseca Brito – Especialista em Planejamento, Implantação e Gestão da EAD (UFF). Graduada em Letras pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Analista Administrativo II da Secretaria e Coordenação Geral LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ) Rio de Janeiro, RJ. E-mail: vilma.brito@fiocruz.br

SOBRE OS AUTORES

Adriana Moratório de Moraes

Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Gestão em Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Avaliação Psicológica (UCP)

Especialista em Recursos Humanos (UCAM)
Graduada em Psicologia (SEFLU)
Psicóloga Estatutária (SMS/RJ)

Bárbara Zilli Haanwinckel

Doutora em Serviço Social (UFRJ)
Graduada em Assistente Social (UFRJ)
Tutora do Curso Impactos da Violência na Escola – 2ª e 3ª edições
(ENSP/FIOCRUZ)

Breno de Oliveira Ferreira

Graduado em Psicologia (UFPI)
Doutor em Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ)
Mestre em Ciência da Saúde (UFPI)
Docente (UFA)

Carine Class de Moraes Verçoza

Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde (PUC/RJ)
Graduada em Psicologia Clínica e Hospitalar (UFF)

Cintia Regina Oliveira Macedo

Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Psicopatologia e saúde pública (NUPSI/USP)
Graduada em Psicologia (UNINOVE)
Docente no ensino superior (UNIAN-SP)

Dolors Rodriguez-Martín

Doutora em Antropologia Social e Cultural (UAB – Espanha)
Graduada em Enfermagem (Universidade de Barcelona – UB)
Graduada em Antropologia Social (UAB-Espanha).
Professora (UAB-Espanha).

Elise Fernanda da Silva Mello

Curso de Especialização Impactos da Violência na Escola (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Pedagogia (IFRS)

Professora dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental I do Estado do Rio Grande do Sul

Emanuelly Mota Silva Rodrigues

Especialista em Cuidados Paliativos (UECE)

Especialista em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente do Ensino da Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Psicologia (UNIFOR)

Coordenadora da Residência Multiprofissional em Cancerologia CRIO, o Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro Regional Integrado de Oncologia e a Assistência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Izabel Leite de Souza

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional integrada em Saúde da Família (UPE)

Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Assistência Social (UFPE)

Assistente Social (EBSERH)

Josiane Maieski

Especialista em Impactos da Violência (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família (Faculdade Dom Alberto)

Graduada em Serviço Social (ULBRA)

Graduada em Pedagogia (UFPEL)
Assistente Social de Garopaba (SMS/SC)

Letícia Gonçalves

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/FIOCRUZ/
UERJ/UFF)
Mestre em psicologia (PUC/MG)
Graduada em Psicologia (PUC/MG)
Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (UFJF)

Letícia Paladino Rezende

Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia (UERJ)
Pesquisadora-colaboradora (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)
Assistente de Coordenação e Docente do Curso de Especialização em
Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)
Psicóloga Clínica da UERJ

Letícia Pessoa Masson

Pós-doutora em Psicologia no Atelier de Psicologia do Trabalho da
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do
Porto/ Portugal
Doutora em Psicologia Social (UERJ)
Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia (UERJ)
Analista de Gestão em Saúde do Centro de Estudos em Saúde do
Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ)

Lucélia Jaqueline Barbosa dos Santos Oliveira

Especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Políticas Públicas e Socioeducação (UNB)
Graduada em Serviço Social (UFES).

Luciana Nogueira Martins de Medeiros

MBA em Gestão de Pessoas (FGV)
Especialista em Gestão Urbana e Saúde (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia (UCP)

Marcone José das Neves

Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/
FIOCRUZ)
Graduado em Ciências da Natureza (USP)
Diretor e Administrador (SMS/SP)

Marcus Vinicius Alves Galvão

Especialista em Direitos Humanos da Criança e do Adolescente,
Desenvolvimento Humano,
Educação e Inclusão e em Impactos da Violência na Saúde (UNB)
Graduado em Musicoterapia (UFG)
Graduado em Pedagogia (UFG)

Maria Lucia Freitas dos Santos

Mestre em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)
Graduada em Enfermagem e Obstetrícia (EEAN/UFRJ)
Professora Ensino Superior (EEAN/UFRJ)

Marina Santos Rocha

Especialista em Avaliação e Diagnóstico Psicológico (PUC/MG)
Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia (PUC/MG)
Psicóloga clínica do SUS na Prefeitura de Belo Horizonte

Naessa Santos Borges Zure

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador PPGAT(UFU)

Graduada em Odontologia (UFU)

Néa Miwa Kashiwagi

Mestre em Medicina Preventiva (USP)

Especialista em Administração Hospitalar (USP)

Graduada em Enfermagem (USP)

Neuma Chaveiro

Pós-doutora pela Universitat de Barcelona, Espanha

Doutora em Ciências da Saúde (UFG)

Mestre em Ciências da Saúde (UFG)

Graduada em Fonoaudiologia (PUC/GO)

Noilza Abreu Benício dos Santos

Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC/SSA-BA)

Psicóloga Clínica e Psicanalítica particular

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Psiquiatria (UFRJ)

Graduado em Medicina (EMESCAM)

Pesquisador Sênior (ENSP/FIOCRUZ)

Poliana Gualberta Soares de Oliveira

Especialista em Impactos da Violência na Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Sociedade de

Ensino Superior Estácio de Sá)
Especialista em Neuropsicopedagogia (UCAM-PROMINAS)
Graduada em Psicologia pela Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP/PE)
Psicóloga da Estratégia de Atenção Primária Prisional (EAPP) através da
Diretoria Estadual de Atenção à Saúde Prisional (DEASP) – Secretaria
Estadual de Saúde (SES) – PE.

Renata Queiroz Ramos

Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar (UCP)
Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)
Graduado em Psicologia (UFRJ)
Pesquisadora colaboradora do Departamento de Estudos sobre
Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/FIOCRUZ)

Sônia Maria Gomes de Carvalho

Especialista em Antropologia Social (UFRJ)
Especialista Sociologia Urbana (Instituto Universitário de Pesquisas -IUPERJ)
Graduada em Serviço Social (PUC/SP)

Suelen de Aguiar Lopes

Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Psicologia Clínica com Ênfase em Gestalt Terapia
(Centro Universitário Celso Lisboa)
Graduada em Psicologia (UFRRJ)

Tainá Borges Cardozo

Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia (UFF)

Valdinei Santos de Aguiar Junior

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Graduado em Psicologia (UCL)

Valéria Pereira Silva

Mestre em Serviço Social (UFRJ)

Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Serviço Social (UFRJ)

Assistente Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-120-5



9 786554 621205