

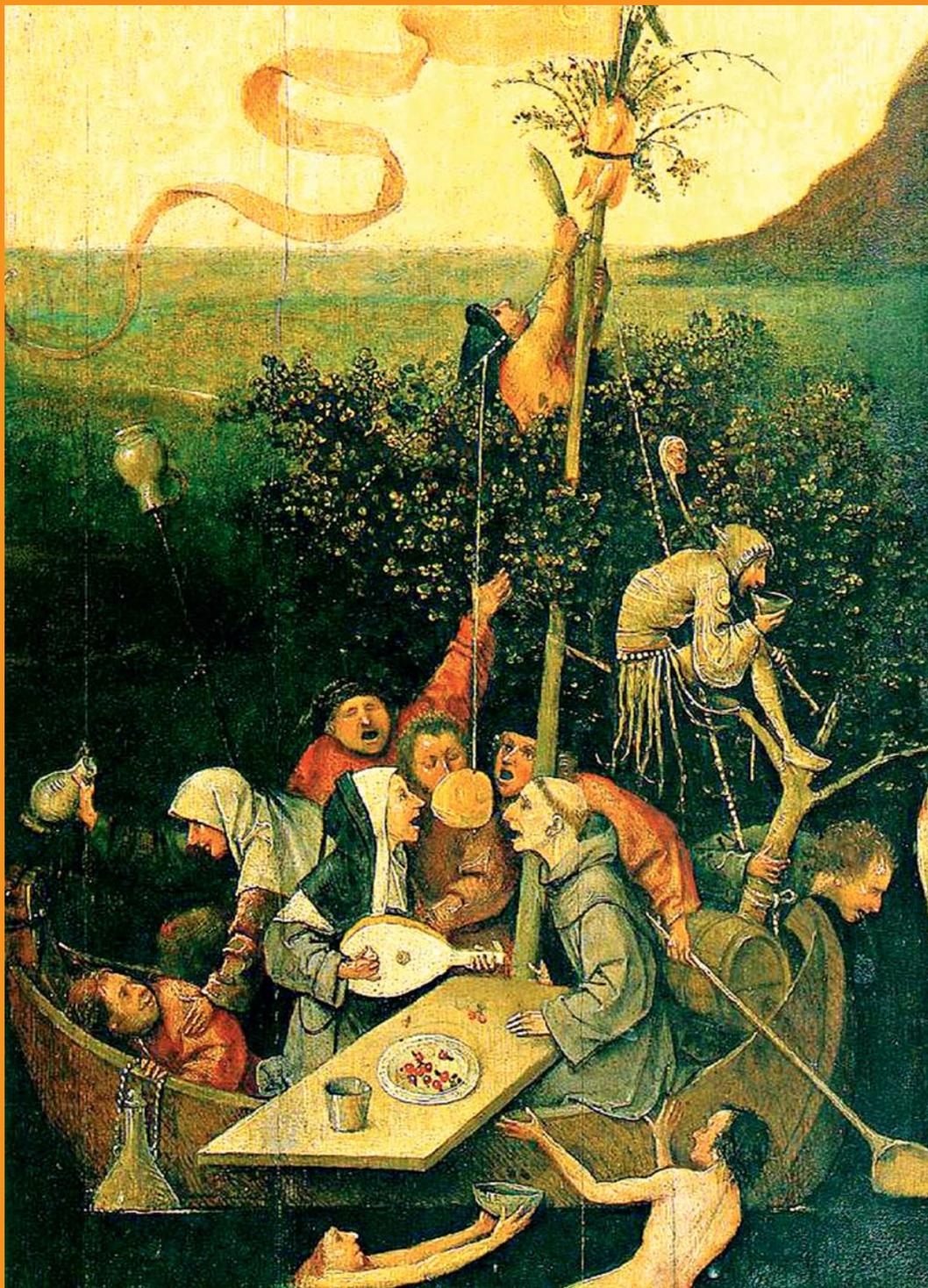


Boletim do Instituto de Saúde

Nº 45 – Agosto de 2008

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

S
A
Ú
D
E
M
E
N
T
A
L





Sumário

❖ Editorial	1
❖ Avaliação de ações de Saúde Mental em 5 Regiões do Estado de São Paulo	3
❖ Poder Judiciário e Saúde: o Ministério Público Federal e a atenção à Saúde Mental no Município de São Paulo	7
❖ A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF	10
❖ Estudo diagnóstico da atuação das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa Saúde da Família na região Sudeste da cidade de São Paulo	13
❖ Terapia comunitária: inovação na Atenção Básica em Saúde?	17
❖ Acupuntura como Promoção de Saúde Mental	21
❖ Oficinas expressivas terapêuticas: uma proposta inclusiva	25
❖ Experiência artística no desenvolvimento de projetos de autonomia: possibilidade de resistência à repetição de significações	28
❖ Saúde Mental Infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde	31
❖ Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde: o caso da queixa escolar	34
❖ Promovendo a Saúde Mental entre crianças e adolescentes: a prevenção à violência em ações educativas	37
❖ Uso de álcool e drogas entre adolescentes do Ensino Médio em São Paulo	41
❖ Os outros olhares necessários no cuidado do abuso sexual infantil para além da Saúde Mental	43
❖ Tiago "X": menino do Brasil - entre a sombra e a luz	46
❖ Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios: apontamentos e reflexões sobre os 20 anos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial	49

**BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 45 – Agosto de 2008
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529**

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 –Bela Vista
Cep: 01314-000 São Paulo - SP
E-mail: editora@isaude.sp.gov.br
Home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos em Saúde:
Maria Iracema G. Leonardi

Diretora do Instituto de Saúde:
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:
Sônia Itoyama Venâncio

Expediente:

Editoras Responsáveis por esta edição:

Maria de Lima Salum e Moraes e Marisa Feffermann

Comissão Editorial:

Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Monique B. Cerqueira; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Teresa E. Rosa; Sandra M. T. Greger; Sílvia Bastos

Colaboradores desta Edição:

Adilene G. Vieira; Ana Lúcia G. Bastos; Flávio S. dos Santos; Flávia Helena P. Pádua; Lauro C. Ibanhes; Lígia R. Pupo; Marcela Amorim Soares; Maria de Lima Salum e Moraes; Marisa Feffermann; Monique B. Cerqueira; Maria Cecília G. Porto Alves; Maria Elisa Rizzi Cintra; Maria Mercedes Escuder; Maria Theresa B. Pavão; Neuber José Segri; Olivia P. Falavina; Regina Figueiredo; Roberta Cristina Boaretto; Sabrina G. Braga; Sandra Greger; Sílvia H. Bastos e Tânia Costa.

Revisão e Normalização Bibliográfica:

Carmen Paulenas; Ana Maria da Silva

Apoio Logístico:

Área de Comunicação - IS

Responsável Administrativa: *Vânia Feres*

Divulgação: *Núcleo de Documentação e Informação - IS*

Imagem de Capa: Bosch, H. (1450-1516). A Nau dos Loucos. Paris: Museu do Louvre.

Arte final, CTP, Impressão e Acabamento:

Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda.

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.
Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.



SECRETARIA
DA SAÚDE



Editorial

Maria de Lima Salum e Morais
e Marisa Feffermann¹

Este Boletim do Instituto de Saúde (BIS) apresenta um mosaico de artigos que delineiam e discutem aspectos referentes ao cuidado em **Saúde Mental**.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofre de transtorno mental severo e persistente, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento em Saúde Mental. Tais dados apontam para a relevância da discussão do tema em pauta.

É importante ressaltar que o conceito de Saúde Mental é amplo e complexo. Como Política, a atenção à Saúde Mental deve ser pensada no bojo da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária e, portanto, da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de algumas iniciativas do governo, é notório que há, ainda, um grande caminho a ser percorrido para a efetiva implantação do SUS; o mesmo ocorre com as políticas para Saúde Mental. Os artigos desta edição buscam analisar essa realidade e apontar alternativas.

Os primeiros artigos apresentados dão subsídio para a reflexão sobre a Política de Saúde Mental hoje no Brasil e, mais especificamente, no Estado de São Paulo. Os artigos são resultados de pesquisas no SUS ou discussões a respeito do modelo atual de atenção na área. No primeiro deles – “Avaliação de ações de Saúde Mental em cinco regiões do Estado de São Paulo” – Morais *et al.* relatam o resultado de uma pesquisa realizada no estado, com o objetivo de investigar a evolução da implantação da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como foco principal a avaliação de indicadores de ações de atenção à Saúde Mental.

No artigo “Poder Judiciário e Saúde: O Ministério Público Federal e a atenção à Saúde Mental no Município de São Paulo”, Ibanhes *et al.* discutem a relação entre o Poder Judiciário e a Saúde, tratando especificamente da chamada “judicialização” da Saúde a partir da atuação do Ministério Público Federal, comentando o quadro atual dos serviços e ações assistenciais em Saúde Mental no Município de São Paulo.

Os artigos de Tavares, de Bastos e Soares e de Vieira *et al.* fazem uma reflexão sobre o Programa de Saúde da Família. No artigo “A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF”, Tavares problematiza o conceito de território, com a preocupação de discutir a inserção da linha de cuidado em Saúde Mental nesses núcleos.

Bastos e Soares, em “Estudo diagnóstico da atuação das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa da Família na região sudeste de São Paulo”, relatam os resultados de uma pesquisa qualitativa que buscou caracterizar a atuação conjunta das Equipes de Apoio Matricial e Equipes de Saúde da Família. As autoras ressaltam a importância de fortalecer a prática de matriciamento com o ingresso de novos profissionais nos serviços de saúde e com a maior articulação no território, no intuito de obter respostas eficazes para

¹ Editoras responsáveis por esta edição.

a substituição do modelo manicomial. Nessa mesma perspectiva caminha o trabalho de Vieira *et al.* "Terapia comunitária: inovação na atenção em Saúde?", que apresenta uma experiência de Terapia Comunitária.

Na busca de alternativas e de avaliação de práticas terapêuticas que vão ao encontro da promoção de uma melhor qualidade de vida e de redução da vulnerabilidade e de riscos à saúde, insere-se o artigo de Cintra e Figueiredo "Acupuntura como Promoção de Saúde Mental".

Os trabalhos seguintes - "Oficinas expressivas terapêuticas: uma proposta inclusiva", de Pádua e Morais, e "Experiência artística no desenvolvimento de projetos de autonomia: possibilidade de resistência à repetição de significações", de Bastos e Cintra - dedicam-se à reflexão sobre a interface entre Arte e Saúde Mental. Ambos os artigos ressaltam a importância da expressão artística como meio de promover o modelo substitutivo ao modelo asilar e hospitalocêntrico.

A importância de um olhar específico para a criança e o adolescente, não dissociado da política de Saúde Mental, é discutida nos artigos seguintes, tanto sob o prisma do acesso aos serviços, como ocorre em "Saúde Mental Infantil: Perfil e acesso aos serviços de Saúde", de Falavina e Cerqueira, quanto da interface com outras políticas e Secretarias, como é o caso do artigo seguinte.

A demanda maior de crianças na área de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde refere-se a queixas escolares. No artigo "Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde: o caso da queixa escolar", Braga e Morais apresentam a necessidade de integração entre os setores Saúde e Educação e apontam a necessidade de uma revisão dos currículos dos cursos de Psicologia, no intuito de ressignificar a prática do psicólogo na rede básica de atenção à Saúde.

A discussão sobre Saúde Mental e Escola é referida também nos artigos seguintes. Em "Promovendo a Saúde Mental entre crianças e adolescentes: a prevenção à violência em ações educativas", Figueiredo salienta a importância de trabalhos nas escolas e na formação de professores para a discussão do tema da violência. Em "Uso de Álcool e Drogas entre Adolescentes do Ensino Médio em São Paulo", Figueiredo et al. relatam o resultado de um levantamento a respeito do uso de substância psicoativas em estudantes da rede pública estadual do município de São Paulo.

Pavão, em "Os outros olhares necessários no cuidado do abuso sexual infantil para além da Saúde Mental", ressalta a importância de uma maior aproximação entre os profissionais de Saúde Mental com profissionais de outras áreas para lidar com a questão do abuso sexual de crianças.

O artigo "Tiago "X" menino do Brasil - entre a sombra e a luz", de Figueiredo, apresenta uma reflexão sobre a realidade de um jovem interno da Febem a partir de uma pesquisa qualitativa.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) surge como um enfrentamento aos dispositivos disciplinares e segregadores que impossibilitam a expressão do ser humano em toda a sua potencialidade. Esse Movimento esteve e está presente em todo o processo de construção das Políticas de Saúde Mental. O "Manifesto" do Fórum Social Por Uma Sociedade sem Manicômios, que encerra essa edição do BIS, apresenta uma reflexão crítica sobre os 20 anos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Capa - A imagem retrata a exclusão histórica dos que sofrem transtornos mentais, levada ao extremo na Renascença, quando eram expulsos dos muros das cidades e embarcados nas chamadas Naus dos Loucos.

Avaliação de ações de Saúde Mental em 5 Regiões do Estado de São Paulo¹

Maria de Lima Salum e Morais²
 Marisa Fefferman³
 Marli Fernandes⁴
 Regina Figueiredo⁵
 Silvia Helena Bastos de Paula⁶
 Sonia Ioyama Venancio⁷

Este trabalho apresenta resultados parciais de um projeto intitulado “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP” cujo principal objetivo foi avaliar as práticas gestoras de referenciamento regional no estado de São Paulo a partir de quatro linhas de cuidado: Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Saúde do Adulto. O foco do presente estudo é a avaliação de ações da linha de cuidado de **Saúde Mental**.

O Ministério da Saúde aponta que 3% da população sofre de transtorno mental severo ou persistente e que cerca de 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Contudo, apenas 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado às ações de Saúde Mental (BRASIL, s/d).

Em relação ao uso de álcool e substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde considera que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Segundo o relatório da 60ª Conferência Mundial de Saúde (OMS, 2007), o uso prejudicial do álcool é considerado o quinto fator de risco para morte prematura e incapacidade no mundo. A Organização Mundial de Saúde aponta, ainda, que 10% da população dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (OMS/OPAS, 2001).

A Reforma Psiquiátrica e as Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil acompanha o movimento da reforma sanitária, que ocorreu desde meados da década de 1970. Compatibiliza-se com a luta pela conquista do SUS, mas tem uma história

própria inserida no movimento internacional na busca de superação do modelo asilar.

O ano de 1978 é reconhecido como o marco cronológico de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse ano, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores de saúde, associações da sociedade civil, usuários e familiares dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2005).

Em 1987, ocorre a I Conferência de Saúde Mental e o MSTM lança o lema que marca até hoje a luta antimanicomial: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Em 1989, entra no Congresso um Projeto de Lei (que é aprovado apenas em 2001 na forma da Lei nº 10.216 – também conhecida como Lei Delgado ou Lei Antimanicomial) que propõe a extinção dos manicômios e estabelece os direitos das pessoas portadoras de doença mental.

Na década de 1990, vários estados aprovam leis que propõem a substituição da internação em hospitais psiquiátricos pela assistência em serviços extra-hospitalares. O Brasil firma compromisso com a Declaração de Caracas (1990). Surgem as primeiras normas regulamentando os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS).

Na esfera federal, apenas em 2001, é sancionada a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegia o tratamento em serviços territoriais, de base comunitária. Embora a Lei não explicita mecanismos claros de extinção de manicômios, gera, paralelamente à III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), um novo impulso ao processo de Reforma Psiquiátrica. Multiplicam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios brasileiros. É instituído programa “De Volta para Casa”, que beneficia egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, estimulando a volta dessas pessoas ao convívio familiar e social. São também criados e subsidiados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para os egressos que não têm possibilidade ou desejo de manter uma casa só ou com seus familiares (BRASIL, 2005).

Segundo a Coordenadoria da Área Técnica da Secretaria de Estado da Saúde, no estado de São Paulo, em 2007, havia 58 hospitais psiquiátricos (25% dos leitos do Brasil), com cerca de 13.000 leitos, sendo

¹ Projeto financiado por convênio Fapesp - CNPq - SUS

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

³ Psicólogo, Mestre e Doutora em Psicologia e Psicólogo do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marisaf@isaude.sp.gov.br

⁴ Psicóloga e Mestre em Psicologia e Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marli@isaude.sp.gov.br

⁵ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

⁶ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

⁷ Médica Pediatra, Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

50% deles ocupados por moradores de hospitais psiquiátricos (6.556 pessoas) e 178 CAPS cadastrados (BICHAF, R., 2007). Dos leitos psiquiátricos, havia, em 2008 apenas 482 em hospitais gerais. De acordo com o CNES, havia em fevereiro de 2008, apenas 35 Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados no estado de São Paulo (DATASUS). Para uma população de 41 milhões de habitantes tais números são insuficientes, mesmo sem se considerar a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

No restante do Brasil, com poucas exceções, a situação não é diferente. Em uma das raras reportagens jornalísticas a respeito da situação de Saúde Mental no Brasil, publicada no jornal O Estado de São Paulo, de 21 de setembro de 2008 (SANT'ANNA; IWASSO) discorre-se e apresentam-se dados sobre a questão. Segundo essa matéria, São Paulo ocupa o 17º. lugar no ranking dos estados em termos de número de CAPS por 100.000 habitantes. Aproximam-se do número preconizado de CAPS alguns estados nordestinos (Sergipe, Paraíba, Alagoas) e do sul do país (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e, entre os mais deficitários, estão o Amazonas, o Distrito Federal e Roraima.

Considerando-se as conseqüências psicossociais do uso problemático de substâncias psicoativas, tal quadro é alarmante e justifica medidas urgentes de intervenção na área da saúde e da necessária ação intersetorial nos cuidados com a dependência química.

A Política de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde segue os mesmos princípios da Reforma Psiquiátrica. Fazem parte das recomendações da "Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas": proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, envolver a comunidade, usuários e familiares, promover ações intersetoriais, monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa. No documento preconiza-se, também, a atenção em dispositivos de maior complexidade, como emergências médicas, para quadros de abstinência, de intoxicação e de transtornos clínicos e psiquiátricos agudos resultantes do uso de substância psicoativas. Os CAPS ad (Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas) devem oferecer atendimento em seu território no sentido de prevenir e tratar transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.

O objetivo deste trabalho foi investigar a evolução da implementação da Política Nacional de Saúde Mental em cinco Regiões do Estado de São Paulo, por meio da análise de séries históricas de indicadores de atendimento ambulatorial e de internações hospitalares por transtornos mentais, de 2003 a 2006.

Método

As unidades de análise do estudo foram as Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. No decorrer

da pesquisa havia no Estado 24 Direções Regionais de Saúde (DIR)¹. Dessas, foram selecionadas para estudo cinco Regionais, de acordo com os critérios estabelecidos a seguir. O agrupamento das DIRs deu-se mediante três fatores: o esforço gestor para o referenciamento, a capacidade instalada (oferta) de saúde em cada Regional e o cenário sócio-econômico em que gestores e serviços de saúde operam.

- Critérios para classificação das DIRs:

O esforço gestor e a oferta de serviços foram avaliados por um questionário preenchido pelos gestores regionais, com questões que dimensionavam a capacidade de articulação entre gestores e entre esses e os prestadores e a oferta de serviços na região. Para dimensionamento do Determinante "Cenário Sócio-econômico", foi escolhido o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS).

A partir desses critérios, as Direções Regionais de Saúde pesquisadas, existentes até o final de 2006, foram classificadas como pertencentes a:

- Grupo I - "elevados níveis de esforço gestor e de oferta de serviços e melhores condições de vida e riqueza regional" - representado nesta pesquisa pela DIR Campinas;
- Grupo II - "melhores índices de esforço de referenciamento e de oferta de serviços e condições medianas de vida e riqueza regional" - representado pela DIR Piracicaba;
- Grupo III - "elevado nível de esforço gestor e mediana oferta de serviços de saúde e condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR São José do Rio Preto;
- Grupo IV - "níveis médios de esforço do gestor para referenciamento e de oferta de serviços de saúde e baixos níveis de condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR Moji das Cruzes;
- Grupo V - "baixos níveis de esforço gestor para referenciamento regional e de oferta de serviços de saúde e mediano nível de condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR São José dos Campos.

- Indicadores selecionados:

Para o estabelecimento das séries históricas de 2003 a 2006, utilizaram-se os seguintes indicadores: internações por transtornos mentais e comportamentais em geral (CID-10, grupo V), internações devidas ao álcool e a outras substâncias psicoativas (SIH-SUS, DATASUS), consultas psiquiátricas e terapias de grupo (SIA-SUS, DATASUS). Os dados também foram relativizados em função da população residente nos respectivos municípios e anos de apuração e os índices, calculados por 10.000 habitantes.

¹ Uma reforma administrativa na Secretaria de Saúde transformou, posteriormente, as DIRs em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Resultados

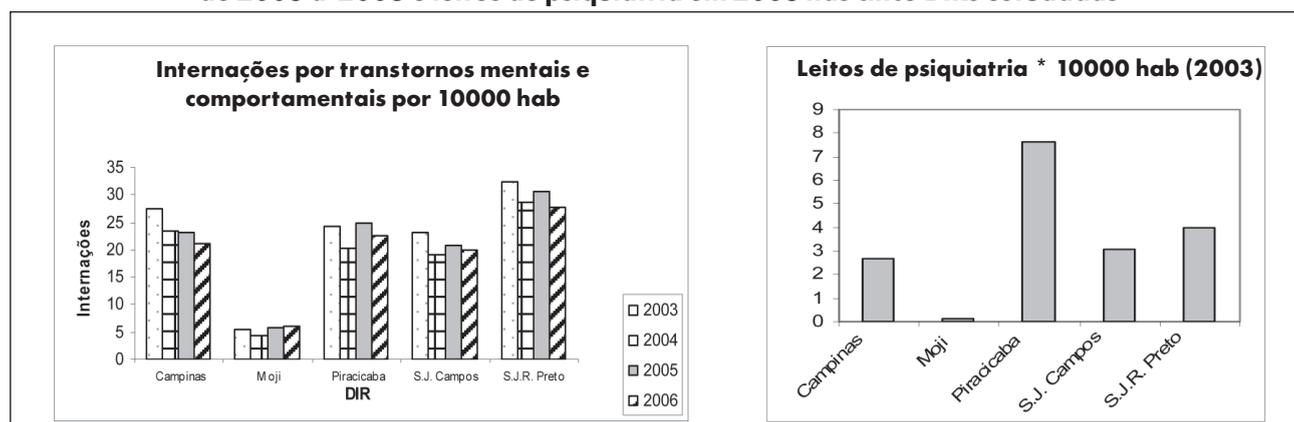
Os dados representados no Gráfico 1 indicam que, com exceção da DIR Moji, houve ligeiro decréscimo das internações psiquiátricas (CID 10 - Grupo V) na DIR Campinas, seguida das regiões de São José do Rio Preto e São José dos Campos, representando um esforço gestor no sentido da redução de internações, preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental.

Quanto às internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, constatou-se que, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que houve decréscimo nas internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool, houve crescimento das internações devidas ao uso de outras drogas (Gráficos 3 e 4). Tal dado pode indicar que o tratamento ambulatorial para abuso de álcool tem sido mais efetivo, possivelmente em razão da atuação dos CAPS ad, enquanto as intervenções sobre os transtornos advindos de uso de outras drogas, também objeto de tratamento em CAPS ad, não têm conseguido dar conta da demanda no nível ambulatorial. Quanto ao uso problemático de drogas, pode-

se ainda conjecturar que venha aumentando em todas as regiões, em razão de um eventual crescimento do número de dependentes químicos com o passar do tempo, ou de maior visibilidade desses casos em razão da disseminação de informações a respeito de considerar a drogadição como problema de saúde passível de tratamento, por um lado. Por outro lado, pode-se supor que os usuários de drogas não procurem atendimento ambulatorial pelo fato de seu consumo ser ilícito, diferentemente do consumo de álcool. De maneira geral, verificou-se tendência de associação direta entre o número de internações e os leitos oferecidos, o que pode, em parte, explicar o baixo índice de internações na DIR Moji (Gráficos 1,2,3 e 4).

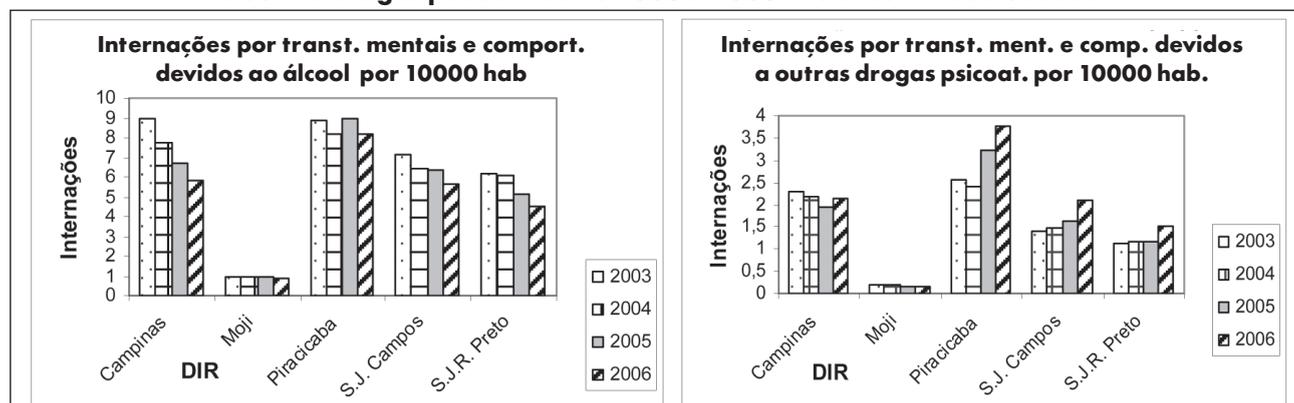
Em relação aos atendimentos extra-hospitalares (Gráficos 5 e 6), observa-se que, apesar de descontínuo ao longo dos anos, houve tendência ao crescimento do número de consultas psiquiátricas, mais perceptível nas DIRs Campinas e Moji. A DIR Campinas sobressai quanto ao número de terapias de grupo e constata-se tendência de crescimento desse indicador ao longo dos anos, especialmente nas DIRs Moji e São José do Rio Preto.

Gráficos 1 e 2: Internações por transtornos mentais e comportamentais (CID-10, grupo V) de 2003 a 2006 e leitos de psiquiatria em 2003 nas cinco DIRs estudadas



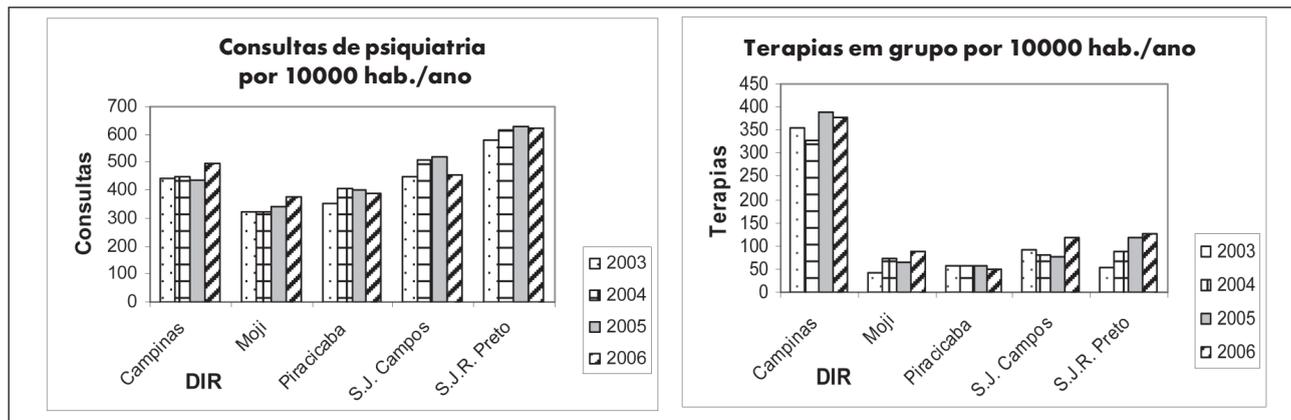
Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Gráficos 3 e 4: Internações por transtornos mentais devidos ao álcool e a outras drogas psicoativas de 2003 a 2006 nas cinco DIRs estudadas



Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Gráficos 5 e 6: Consultas de psiquiatria e terapias em grupo de 2003 a 2006 nas cinco DIRs estudadas



Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Discussão

Pelo comportamento dos indicadores analisados neste estudo, verificou-se que, de forma geral, a proposta de mudança no modelo de atendimento em saúde mental não tem repercutido significativamente na oferta de serviços alternativos e na redução das internações psiquiátricas. O grande número de internações ainda presente na maior parte das regiões pesquisadas pode estar relacionado tanto com estados crônicos que não sofreram outros tipos de intervenção preventiva em estágios iniciais da doença, quanto com a persistência de modelos tradicionais de atenção, centrados na atenção hospitalar.

Tendo em vista um longo passado de estigmatização e isolamento do doente mental e de um modelo hegemônico médico e hospitalocêntrico, é possível que os efeitos dessa transformação sejam lentos e graduais e venham a ser mais claramente percebidos no futuro. Há, no entanto, consenso entre os que militam e trabalham na área de que o atendimento de Saúde Mental em rede e com base territorial - evitando o isolamento da internação e cuidando do portador de transtorno mental de modo a preservar sua inserção social - é o mais humano, adequado e eficiente.

É necessário destacar alguns pontos fundamentais quando se trata de estabelecer e analisar indicadores em geral e de saúde mental em particular. Em primeiro lugar, deve-se ressaltar a importância de registros precisos e confiáveis para que sua análise também o seja. Equívocos ou omissões nos registros podem acarretar conclusões errôneas e essas podem levar a planejamentos e ações inadequadas. É, portanto, imprescindível que, para uma avaliação mais precisa, reafirme-se junto aos gestores e profissionais a importância de registros fidedignos. Em segundo lugar, é preciso incrementar o uso efetivo e a análise dos indicadores na auto-avaliação por parte dos serviços e dos gestores municipais. Muitas vezes, os indicadores não são suficientemente valorizados para o real monitoramento e planejamento das atividades dos

serviços de saúde. Um terceiro ponto relevante diz respeito ao estabelecimento por parte de gestores municipais, com a participação dos serviços de Saúde, de indicadores que possam melhor refletir a realidade dos atendimentos.

Referências Bibliográficas

- BICHAF, R. **Política de atenção à saúde mental: dimensão interdisciplinar de direitos fundamentais e sociais**. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo 30/11/2007. Disponível em [http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao_civel]. Acesso em setembro de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, s/d. Disponível em [<http://portal.da.saude.gov.br>]. Acessado em setembro de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. **Lei Federal 10.216** de 6 de abril de 2001. Brasília. Disponível em [<http://portal.saude.gov.br/arquivos/>]. Acessado em setembro de 2008
- DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [<http://www.datasus.gov.br>]. Acessado em fevereiro de 2007
- OMS. **Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol**. Relatório da 60ª. Conferência Mundial de Saúde. 5 de abril de 2007. Disponível em: [www.ias.org.uk/resources/publications]. Acessado em novembro de 2007.
- OMS/OPAS. **Relatório sobre saúde mental no mundo**. OMS/ONU, 2001. Disponível em [www.psiqweb.med.br/acad]. Acessado em fevereiro de 2005.
- SANT'ANNA, E.; IWASSO, S. **Faltam leitos para doente mental**. São Paulo: **O Estado de São Paulo**, 21 de setembro de 2008. p. 27-29.

Poder Judiciário e Saúde: o Ministério Público Federal e a atenção à Saúde Mental no Município de São Paulo

Lauro Cesar Ibanhes¹
Fábio Souza dos Santos²
Roberta Cristina Boaretto³

Este breve artigo discute alguns aspectos relacionados ao tema da chamada “judicialização” da Saúde a partir da atuação do Ministério Público Federal e o quadro atual dos serviços e ações assistenciais em Saúde Mental no Município de São Paulo.

A questão da judicialização da política tem ganhado força no Brasil nos últimos tempos, geralmente em relação a temas polêmicos do ponto de vista histórico-social – demarcação de terras indígenas, organismos geneticamente modificados, lei “Maria da Penha”. Assim, a própria ação do Poder Judiciário ao decidir de modo cabal e definitivo, acaba ganhando impacto e se transformando em parte do debate, quando não parte do próprio espetáculo midiático.

No âmbito da Saúde, geralmente a lembrança de termos do mundo do Direito emerge, ou por conta da normatização e regulação do e no setor, ou por conta de medidas pontuais, de prestação às garantias individuais, como acesso a tratamentos ou medicamentos específicos. Em todo caso, partimos aqui da premissa de que mais e mais a interrelação se fará presente.

O Ministério Público Federal

O Ministério Público Federal (MPF) é parte do Ministério Público da União (MPU), descrito no artigo 127 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), como instituição essencial à função jurisdicional, a quem compete “a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” e suas atribuições e instrumentos de atuação estão previstos no artigo 129 e na Lei Complementar nº 75/93 (BRASIL, 1993).

O Ministério Público não é subordinado a nenhum dos três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário –, e possui autonomia na estrutura do Estado, não podendo ser extinto ou ter as atribuições repassadas a outra instituição. Os procuradores e promotores têm a independência funcional assegurada pela Constituição. Sua atuação

vem ganhando força nos últimos anos, respondendo, ao mesmo tempo, tanto aos anseios de democratização do País e luta pela cidadania como aos avanços no plano internacional do pós Guerra e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948⁴ (ONU, 1948).

Nesse sentido, em 23 de maio de 2008, o Ministério Público Federal, por meio da procuradoria regional dos Direitos do Cidadão e da procuradoria da República, constituíram Ação Civil Pública em que pede a criação de 37 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e 57 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de sanar o problema no município de São Paulo. O Estado de São Paulo e a União Federal também são réus na ação, por serem responsáveis pela implementação do modelo de atenção à Saúde Mental previsto na Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) e o cadastramento dos CAPS e SRT, com verbas da União para a sua implantação.

Saúde Mental na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

De acordo com a Portaria Nº 1151/2008 - SMS/G, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2008) subordinou as áreas técnicas responsáveis por seus Programas e Políticas de Saúde à Coordenação da Atenção Básica. Dentre essas Áreas Técnicas - em número de quinze -, encontra-se a “Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas”, cujo programa está fundamentado, dentre outros, “na regulamentação da assistência psiquiátrica disposta pela Portaria SNAS/MS de Nº 224 de janeiro de 1992, pela Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 e a lei Nacional da Reforma Psiquiátrica no Brasil”⁵.

Em linhas gerais, a Portaria 224 do Ministério da Saúde instituiu os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), juntamente com os Núcleos de Assistência

¹ Psicólogo, Doutor em Saúde Pública, Especialista em Saúde e Integrante do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: nisis@isaude.sp.gov.br

² Psicólogo com Aprimoramento em Saúde Coletiva e Integrante do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: nisis@isaude.sp.gov.br

³ Psicóloga, Mestre em Gerontologia e Integrante do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: nisis@isaude.sp.gov.br

⁴ Sobre a temática “violência e Saúde Mental” no âmbito judicial, convém recordar que em 17 de agosto de 2006 a Corte Interamericana de Direitos Humanos, tribunal máximo da Organização dos Estados Americanos (OEA) para a questão, condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, ocorrida em 4 de outubro de 1999, na Clínica de Repouso Guararapes, no município de Sobral - CE. Contra o Brasil, foram alegadas a violação aos artigos 4 (direito à vida), 5 (direito à integridade pessoal), 8 (direito às garantias judiciais) e 25 (direito à proteção judicial), da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Os representantes do Estado brasileiro no processo reconheceram a responsabilidade do Estado pela morte de Damião Ximenes Lopes, condenado a indenizar os familiares, a garantir rapidez na investigação e a punição dos responsáveis, além de garantir a não-repetição de casos semelhantes através da consolidação da mudança do modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil, já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte.

⁵ Conforme “Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas”, Portal da Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/adeq/0001>, acessado em 25 de setembro de 2008.

Psicossocial (NAPS), e, a partir do ano de 2001, com o avanço da luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, decorrente do esgotamento do modelo assistencial asilar, eles deixam de estar previstos unicamente em portarias do Ministério da Saúde e em esparsas leis estaduais e passou a ter sede na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental afirmando a cidadania das pessoas sujeitas de direitos.

Os CAPS são unidades de saúde locais regionalizadas com uma população adscrita no nível local com atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Eles podem ser voltados para o atendimento de crianças, adolescentes e adultos, além de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, funcionando durante 24h e leitos de retaguarda.

Já os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) foram introduzidos através da Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde, para egressos de longas internações. São moradias ou casas destinadas a até oito pacientes portadores de transtornos mentais recém saídos de hospitais psiquiátricos e que, dado o longo período que permaneceram internados, encontram-se impossibilitados de retornar às suas famílias ou não possuem algum tipo de suporte visando sua inserção na sociedade.

No documento "Política Geral para as Ações de Saúde Mental 2007/2008", apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde descreve um quadro geral da área e elabora um diagnóstico, contendo elementos como o número de unidades, de equipamentos, de trabalhadores, bem como análise do modelo de atenção. Tendo como foco os CAPS e os SRTs, propõe ainda uma série de ações intersetoriais e intersecretariais⁶.

De acordo com o DATASUS, 2007, a oferta de leitos psiquiátricos no município de São Paulo cai aceleradamente, passando de 4.419, em 1992, para 1367, em 2007. Destes, 1.117 são leitos em hospitais psiquiátricos e 248 em hospitais gerais, o que equivale a uma média de 1,26 leito para cada 10 mil habitantes, considerando a população de São Paulo, 10.789.058 habitantes. Por outro lado, para dar conta das óbvias necessidades de atendimento ambulatorial, existem: 22 CAPS II Adultos; 10 CAPS II Infância e Adolescência; 13 CAPS II Álcool e Drogas e 13 Emergências Municipais, além de 20 Centros de Convivência (CECCO) e apenas uma Residência Terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Com relação aos trabalhadores em Saúde Mental, na Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde aponta que, das 364 unidades citadas, apenas 162

Unidades Básicas de Saúde contam com algum profissional que atua em Saúde Mental - 116 psiquiatras, 152 psicólogos, 95 serviço social e 103 terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros, também distribuídos de forma desigual pela cidade (Plano de Ações, p.06). Conforme o documento, existe nas oitenta unidades especializadas (CAPS, Ambulatório de Especialidades e CECCOS) outros 127 psiquiatras, 155 psicólogos, 84 profissionais de serviços sociais e 191 das demais profissões relacionados ao tema. Para resolver este déficit, a SMS/SP planejava contratar 100 médicos psiquiatras, 20 psiquiatras infantis, 20 psicólogos, 20 assistentes sociais e 20 terapeutas ocupacionais (Plano de Ações 2007/8).

Já de acordo com o SISPACTO, instrumento virtual de pactuação de indicadores, do Ministério da Saúde, a informação enviada pela Secretaria Municipal de Saúde se propôs a aumentar a taxa de cobertura CAPS passando de 0,48 por 100 mil habitantes, em 2007, para 0,55, em 2008⁷.

A Ação Civil Pública e a Saúde Mental em São Paulo: alguns apontamentos

Tendo em vista "a insuficiente cobertura da rede extra-hospitalar e as tratativas realizadas com os gestores" o Ministério Público Federal propôs, em 30 de julho de 2007, a celebração de um Termo de Ajustamento de Conduta, onde o Município de São Paulo se obrigaria a implantar 09 residências terapêuticas e 07 CAPS até 31 de dezembro de 2007. O Estado de São Paulo em elaborar, vistoriar e analisar a documentação dos CAPS e serviços de residência terapêutica a ser implantados e a União, por sua vez, a analisar os pedidos de cadastramento e liberação dos incentivos financeiros (MFP, 2008, p.17).

Convém ressaltar inicialmente dois pontos apresentados pela própria Secretaria Municipal em seu "Plano de Ações 2007/8": primeiro, ela mesma reconhecia o imperativo de dobrar a oferta quanto ao número de CAPS, dado que existiam até então 44 deles e a necessidade era de 96, ou seja, um déficit de 52 equipamentos, de acordo com a Portaria/GM nº 336/2002, que define e estabelece os parâmetros. Em segundo lugar, a Secretaria se propôs a: "planejar e implantar 14 unidades CAPS II em 2007" (Política Geral Saúde Mental 2007/8, p.14/5), isto é, um número ainda maior do que os 12 CAPS que o Ministério Público veio a requerer através de Ação Civil Pública impetrada, em maio de 2008 (MPF, 2008, p. 44).

Das questões que emerge da leitura tanto do Plano de Ações da SMS/SP, como da Ação Civil Pública do MPF, algumas inclusive apontadas por ambos, surge,

⁶ Portaria Conjunta SEADS / SES / SMADS / SMS, publicado no D.O.M. e D.O.E. em 24/08/2007. Apresentação "Saúde Mental e Intersetorialidade no Município de São Paulo" ao Ministério Público Estadual, 30 de novembro de 2007, disponível em: <http://mp.sp.gov.br>, acessado em 23 de setembro de 2008.

⁷ Relatório Municipal "Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde", PACTO PELA VIDA Julho de 2008. Disponível no endereço: <http://www.saude.gov.br/sispacto>, acessado em 26 de setembro de 2008.

por exemplo, o tema da equidade: não apenas há óbvias diferenças quanto à distribuição dos equipamentos especializados e dos profissionais nas diferentes regiões da cidade, como uma concentração deles em relação à população. No caso dos equipamentos em relação à população, se observa 2,3 unidades na região centro-oeste, contra 1,1 unidade na zona leste, por 100.000 habitantes (Plano de Ações, p. 5).

Quanto aos profissionais, é ainda mais perversa essa relação: observa-se 6,3 médicos psiquiatras na região centro-oeste contra 1,3 na região leste, por 100.000 habitantes. Além disso, convém lembrar que equidade no planejamento não se traduz apenas à oferta, menos ainda apenas do ponto de vista espacial, necessitando-se maiores informações epidemiológicas, e a organização da referência e contra-referência levando-se em conta fluxos, concentração e deslocamento das pessoas, meios de transporte, demais serviços e ações intersetoriais, dentre outros.

Nessa linha, sem dúvida que o "Pacto pela Saúde", em 2007, muito mais do que um instrumento técnico, gerencial, ganha importância para o gestor na medida em que além da produção e uso da informação e metas a serem cumpridas, de acordo com as necessidades de cada território, exige articulação e negociação das partes envolvidas - esferas de governo, prestadores, usuários -, transformando-se num processo político amplo, por definição.

Por fim, como afirmou recentemente o Professor Boaventura, "há judicialização da política sempre que os conflitos jurídicos (...) são emergências recorrentes de conflitos sociais subjacentes que o sistema político em sentido estrito (Congresso e governo) não quer ou não pode resolver" (SOUSA SANTOS, 2008).

Portanto, quanto ao Poder Judiciário na vida nacional, ao mesmo tempo em que se observam aspectos polêmicos, às vezes vistos como "intromissão" em outras áreas, inclusive na Saúde, há, também um papel fundamental tanto para indivíduos, mas também para coletivos, que pode - e deve - ser exercitado, no campo das medidas utilizadas, para tornar efetivo o exercício dos **direitos e garantias constitucionais**, ou seja, institutos e instituições, neste caso a Ação Civil Pública e o Ministério Público Federal, respectivamente, tendo como objetivo a ação e mediação no campo dos Direitos Sociais e da construção da Cidadania.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. **Lei Complementar nº 75/93**. Brasília, 1993.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Municipal Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde**, Pacto pela Vida. Brasília: Julho de 2008. Disponível em [<http://www.saude.gov.br/sispacto>]. Acessado em 26 de setembro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: fevereiro de 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias GM 336 e 189**, de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias GM 51 e 53**, de março de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216/01**. Brasília, 2001.
- ONU - Organização da Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Genebra: ONU, 10 de Dezembro de 1948. Disponível em [http://www.mj.gov.br:80/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm]. Acessado em 30 de Setembro de 2008.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Nº 1151. São Paulo, 2008.
- SOUSA SANTOS, B. **Bifurcação na Justiça**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2008. <http://www.ces.uc.pt/bolassbss/opinion.htm#opinion>

Portais e Sítios Eletrônicos:

- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, AÇÃO CIVIL PÚBLICA: http://www.prsp.mpf.gov.br/institucional/i_sobreompf.htm
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: <http://www.saude.gov.br>
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/adeq/0001>

A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF

Sandra Maria Greger Tavares¹

Introdução

A Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com as diretrizes dessa portaria, o NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o **processo de territorialização** e regionalização a partir da atenção básica. O NASF deve se constituir por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família –ESF, compartilhando as práticas em saúde nos **territórios** sob responsabilidade das ESF e atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família compõe uma iniciativa que vai ampliar o número de profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família (ESF). Os núcleos poderão reunir profissionais das mais variadas áreas de saúde, tais como: médicos (ginecologistas, homeopatas, pediatras e psiquiatras), profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Os NASF devem buscar instituir a plena **integralidade do cuidado físico e mental aos usuários** do SUS, pelo intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família. Recomenda-se que cada NASF, **conte com pelo menos 1 profissional de Saúde Mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.**

Os profissionais de cada núcleo devem identificar, em conjunto com a ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada área coberta. Faz parte da estratégia de atuação dos núcleos, a promoção da saúde e da qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças. Por essa razão, destaca-se a importância da atuação

multiprofissional, com professores de Educação Física e Nutricionistas, Psicólogos, entre outros.

Entre as inúmeras ações, os NASF devem: desenvolver atividades físicas e práticas corporais; proporcionar educação permanente em nutrição; contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; implementar ações em homeopatia e acupuntura para a melhoria da qualidade de vida; promover ações multiprofissionais de reabilitação para reduzir a incapacidade e deficiências, permitindo a inclusão social; atender usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou transtorno mental; criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool e apoiar as equipes do SF na abordagem e na atenção aos agravos severos ou persistentes na saúde de crianças e mulheres, entre outras ações.

Para implementar o NASF, o município deve elaborar um projeto, contemplando o **território** de atuação, as atividades que serão desenvolvidas, os profissionais e sua forma de contratação com especificação de carga horária, identificação das equipes do SF vinculadas ao NASF e da unidade de saúde que credenciará o NASF. Esse projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite de cada estado.

A proposta de implementação dos NASF considera a linha política proposta pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que visa, entre outras coisas, superar as desigualdades presentes nos e entre os municípios, por meio da concretização do princípio da regionalização e da garantia da equidade e da integralidade.

De acordo com Heimann e colaboradores (2007), a regionalização tem sido uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/01 do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), para evitar a atomização do SUS em milhares de sistemas locais, ineficientes, iníquos e não resolutivos. A regionalização tem se pautado pela ênfase na implementação de redes regionais articuladas que, dentro dos princípios de complementaridade e de solidariedade, ultrapassem os problemas organizacionais ineren-

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: greger@usp.br

tes, principalmente aos municípios de pequeno porte, permitindo que estes ofereçam ações abrangentes, nos diversos níveis de complexidade, capaz de resgatar a diretriz da integralidade.

O NASF se insere no bojo dessa estratégia de regionalização, otimizada pelo Pacto pela Saúde (2006). Sua implementação pode ser compreendida como um exercício significativo de regionalização, rumo à integralidade das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação, pautada na integração da organização de serviços, práticas e profissionais de saúde, permeada pelo diálogo político entre os diversos níveis de gestão e gerência.

Objetivos

O objetivo desse artigo é problematizar o conceito de território e refletir sobre a inserção de um novo território - os NASF (focalizando a inserção do profissional de Saúde Mental em suas equipes) em outro território, a saber, a área de abrangência das ESF a que cada NASF se vinculará.

A questão principal que se coloca é: Em que medida a inserção dessas equipes interdisciplinares de apoio (NASFs) nos territórios sob responsabilidade das ESFs será concretizada de forma compactuada, provocando e convidando os principais atores vinculados - gestores, profissionais de saúde das ESF, profissionais dos NASF e usuários (conselheiros de saúde ou não) a discutirem e participarem concretamente de seu processo de implementação? Essa questão se sustenta, pelo seguinte motivo: se não houver um processo de enraizamento e de contínua observação participante em cada território em que se der a implementação de cada NASF, desde a elaboração do projeto até sua efetiva implantação, corre-se o risco de se oferecer mais um serviço e/ou equipe sobrepostos e desconectados (NASF) que, por sua vez, poderão oferecer modelos e métodos de atenção em saúde excludentes e não pertinentes frente às demandas por saúde experimentadas pela população local.

Essa preocupação é fundamental, principalmente no que diz respeito à inserção da linha de cuidado em Saúde Mental nos NASFs e indiretamente nas ESFs, uma vez que a proposta de inserção da Saúde Mental nos NASF poderia auxiliar, e muito, na concretização do princípio da integralidade no que se refere tanto aos serviços como aos cuidados em saúde.

A territorialização da Saúde Mental no território NASF/ESF:

Como é referido na Portaria 154/2008, salta aos olhos a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, o quê, por si, justifica a inclusão de pelo menos um profissional de Saúde Mental (não necessariamente Psicólogo) em cada NASF, recomendação esta que não é feita com relação a nenhuma outra área profissional.

Isso nos faz refletir sobre a importância do enfrentamento dos agravos à saúde vinculados a situações de risco psicossocial que poderiam ser identificados de modo precoce se houvesse um profissional de Saúde Mental participando ativamente no território de cada comunidade em que se pretendesse implementar um NASF, ou em que o NASF já estivesse instalado.

Esse profissional de Saúde Mental poderia promover, junto às ESF e aos profissionais de outras especialidades vinculados ao NASF, a realização de diagnósticos-interventivos das condições psicossociais experimentadas em momentos diversos por populações específicas da comunidade local. A idéia é que instalasse uma espécie de "observatório local de saúde", com a participação ativa de um profissional de Saúde Mental com especialização em Psicologia Sócio-Comunitária, que estaria apto a sensibilizar e preparar profissionais de outras áreas e níveis de formação, inclusive usuários e moradores da própria comunidade para realizarem tal diagnóstico situacional e desenvolver os devidos e possíveis procedimentos e encaminhamentos, contando com a rede de apoio daquele território.

O exercício de tecer continuamente e de modo uníssono a trama da rede de saúde constituída por cada unidade NASF/ESF, também poderia ser uma atividade estimulada por um profissional de Saúde Mental com formação em Recursos Humanos e/ou Psicologia Social preparado para lidar com a dinâmica de integração de grupos tão diversos, incluindo os gestores, e maximizar o potencial criativo e produtivo de cada equipe NASF/ESF, as quais poderiam, então, vir a ser uma mesma equipe, tornando cada vez mais complexa e integrada, a trama dessa rede.

A atuação do profissional de Saúde Mental na promoção da saúde, uma vez instalada e tecida essa rede NASF/ESF, seria também de suma importância na construção e desenvolvimento de um método clínico ampliado, na verdade uma clínica do social que incluiria a investigação e a intervenção contínuas frente a problemáticas vinculadas à constituição de cada território e à construção de diferentes modos de subjetividade no cerne desses territórios. Isto equivale a dizer que, no âmbito de cada território, compõem-se múltiplas formas de ser e estar, inúmeros modos de viver, adoecer e morrer. Tais multiplicidades seriam o objeto desse observatório local de saúde que as mapearia, utilizando-se de métodos diversos, desde o geoprocessamento, até a pesquisa qualitativa e participante, de preferência conjugadas, sob a forma de triangulação metodológica.

A partir desses diagnósticos territoriais contínuos poderiam ser construídas e reconstruídas práticas em saúde substitutivas aos modos de cuidado dominantes e padronizados que, na maioria das vezes, não se mostram eficientes para determinada comunidade, ou mesmo para uma parcela, um subgrupo inserido nessa

comunidade. Essas ações demandariam com certeza uma costura intersubjetiva de conceitos e práxis de vários profissionais e uma “amarração” das mesmas nos vários espaços que constituem cada território, quer seja o social, o cultural, o político e não somente o espaço da saúde, ou da Saúde Mental.

Sobre a noção de território, poderíamos dizer que:

“Em sua realidade vivida, os seres humanos – e de formas extremamente complexas – estão constantemente se apropriando do espaço sobre o qual vivem e estabelecem suas diversificadas atividades e relações sociais. Um mesmo homem, no seu agir cotidiano e na sua correlação com outros homens, vai produzindo territórios que apresentam maior ou menor durabilidade. Ao se apropriar de determinado espaço e transformá-lo em sua propriedade (...) um sujeito humano define ou redefine um território. (...) O território que se produz e se converte em propriedade fundiária – ou em unidade política estável para considerar um nível mais amplo – pode existir em uma duração bastante longa antes de ser tragado por um novo processo de reterritorialização. Contudo, se um homem exerce a profissão de professor, ou a função de político, no momento de exercício destas funções ele poderá estar territorializando uma sala de aula ou um palanque por ocasião de um comício político, por exemplo, constituindo-se estes em territórios de curtíssima duração. A vida humana é eterno devir de territórios de longa e curta duração, que se superpõem e se entrecruzam ao sabor das relações sociais, das práticas e representações” (BARROS, 2006, p.460).

Assim, vemos que um profissional pode territorializar um espaço a partir de sua práxis. Disso resulta que a ocupação do território do NASF por diversas modalidades profissionais, pode compor um território múltiplo e integrado dependendo do eixo que nortear as ações dos mesmos.

A promoção de um olhar clínico ampliado e da integralidade das ações de todos os profissionais em função de diagnósticos situacionais realizados continuamente na concretude dos territórios, poderia ser o eixo norteador das práxis dos profissionais de Saúde Mental que vierem a compor as equipes dos NASFs.

Considerações Finais

Finalmente, é importante diferenciar que, ao se falar em regionalização no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), entende-se que as regiões de saúde podem ser diferentes das divisões administrativas regionais, os distritos sanitários, podendo se realizar recortes regionais diversos

de acordo com o mapeamento territorial identificado. Esses espaços geográficos, que podem ser contínuos, ou não devem ter como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transporte e saúde. É responsabilidade dos gestores municipais e estaduais identificarem estes múltiplos territórios.

Considero que as equipes dos NASF/ESF poderiam também, subsidiar os gestores municipais e estaduais nesse processo de identificação continuada desses múltiplos territórios em cada “região”, ou em regiões interligadas, e planejar de forma pactuada, modos efetivos de reterritorialização das práticas de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes integradas com as populações locais. A participação do profissional de Saúde Mental nesse processo seria fundamental, uma vez que sua práxis refere-se direta e indiretamente ao estudo dos modos de vida e das formas de subjetividade em territórios diversos, incluindo o território institucional e ocupacional, bem como ao desenvolvimento de estratégias clínicas que potencializem o enfrentamento de condições injustas e indignas de vida e de saúde.

Referências Bibliográficas

- BARROS, J.A. História, espaço e tempo: interações necessárias. Belo Horizonte: **Varia História**. vol 22. nº 36. p.460-476 Jul/Dez. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Orientações para a implantação dos núcleos. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/NASF_orientacoes_PORTARIA_Nº154.doc]. Acessado em Agosto de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm]. Acessado em Agosto de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01** e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- HEIMANN, L.S. *et al.* **Gestão Regional do SUS - São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2007. Coleção Temas em Saúde Coletiva. nº 5.

Estudo diagnóstico da atuação das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa Saúde da Família na região Sudeste da cidade de São Paulo

Silvia Bastos¹
 Marcela Amorim Soares²

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, tem o objetivo de reorganizar as práticas da atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional. Esta estratégia tem como premissa básica a vigilância em saúde, promoção de saúde e a prevenção de saúde, aproveitando os recursos disponíveis e adequando-os às reais necessidades da população, elegendo a família em seu contexto sociocultural como núcleo básico no atendimento à saúde (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

Com relação à Atenção Básica, constata-se que, no Programa de Saúde da Família, 58% das equipes atendem casos de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Em São Paulo as queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento básico.

Saúde Mental é um conceito complexo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença (SARRACENO, 1999). Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofre de transtorno mental grave e persistente; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em Saúde Mental, seja contínuo ou eventual. Mas somente 2,3% são encaminhados corretamente à esta área (MACHADO, 2005, p. 13).

A escolha da família como novo objeto de atenção e a proximidade das equipes de saúde da família com a comunidade, no território, vêm revelando um maior número de pessoas em situação de sofrimento e de falta de cuidados, vivenciando o estigma, a vergonha, a exclusão e com muita frequência, a morte (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

Com vistas a promover mudanças organizacionais nos processos de trabalho em Saúde Mental, Adib Jatene e David Capistrano criaram e instituíram, em 1997, um dispositivo que contava com equipes volantes inte-

grada no Projeto “Qualis/PSF” com a proposta de transformar a estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, complementando e dando suporte técnico às equipes de Saúde da Família na atenção à Saúde Mental (LANCETTI, 2001). Mais tarde, essa dispositivo foi nomeada Apoio Matricial.

“Este sistema matricial que combina referência (trabalho mais polivalente) com oferta horizontal (trabalho mais específico e especializado) permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando - as para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde” (CAMPOS, 1999, p.7).

O Apoio Matricial tem o propósito de atender questões em Saúde Mental, visando a integralização de saberes especializados, alterando a lógica de encaminhamentos para a lógica de co-responsabilização na assistência à saúde e incluindo atividades conjuntas entre equipes de saúde generalista e Saúde Mental e a clínica ampliada nesta área.

De acordo com Lancetti (2001), a dinâmica de trabalho do PSF envolve o atendimento programado por direito e não apenas por demanda espontânea, sendo o usuário visitado em sua residência no mínimo uma vez por mês, contrariando a prática de ser sempre o usuário que procura o serviço quando adocece, invertendo assim a lógica até então adotada nos fluxos de atendimento. A idéia é que toda a equipe participe ativamente de todos os processos de trabalho, dividindo as responsabilidades, atuando principalmente com ações de promoção, prevenção e manutenção de saúde desta comunidade.

Pretendeu-se com esta estratégia permitir maior produção de resultados na Atenção Básica e, principalmente, no Programa de Saúde da Família. Porém, ainda é necessário sistematizar o conhecimento sobre esta experiência no “jovem” Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo, realizando pesquisas que produzam reflexão pertinente sobre esta prática.

Assim, em linhas gerais, este artigo descreve a pesquisa que caracterizou a atuação conjunta das Equipes

¹ Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

² Psicóloga, Unidade Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo pela Congregação das Irmãs Hospitalares e Ex-aprimoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marcelaamorimsoares@yahoo.com.br

de Apoio Matricial e Equipes de Saúde da Família, avaliando como se modifica a prática de atenção em Saúde Mental nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de São Paulo, contemplando: o conhecimento da estratégia de Apoio Matricial, a descrição e análise das formas de atuação estabelecidas entre essas equipes e a verificação da relação entre elas mesmas considerando, vínculo, intertransdisciplinaridade.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa para diagnóstico sobre a atuação do Apoio Matricial que foi realizada no âmbito do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e que realizou seu campo nas UBS do Município com aprovação prévia pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde.

A técnica de pesquisa utilizada para coleta de dados foi a observação e o registro em diário de campo no acompanhamento da atuação da Equipe Matricial, no período de julho a outubro de 2007.

A amostra foi intencional e composta por três Unidades de Saúde da Família (USF), indicadas pela Coordenação de Saúde da Região Sudeste do Município de São Paulo e incluídas no estudo, através dos seguintes critérios: UBS que adotasse a estratégia de saúde da família; que tivesse o Apoio Matricial em funcionamento; facilidade de acesso; aceitação da pesquisa em campo.

As observações focaram o funcionamento do Apoio Matricial, em cada unidade de saúde, a partir de aspectos como contexto de cada UBS, organização das equipes de Apoio Matricial, dinâmica de funcionamento entre PSF e Apoio Matricial, aspectos de atividades realizadas conjuntamente como a integralidade de saberes, interdisciplinaridade de tarefas e aspectos subjetivos das relações entre os sujeitos.

Resultados

- Descrição das USF estudadas:

O campo de observação deste estudo foi composto por três unidades básicas de saúde com estratégia do modelo de saúde da família situadas na região Sudeste da cidade de São Paulo.

As três USF do estudo situam-se em áreas de população de baixa renda, onde a maioria é dependente do SUS. Sua utilização é fácil pela proximidade, pois esses serviços de saúde encontram-se na comunidade, permitindo que os usuários possam ir andando até os lugares.

Os serviços funcionam de segunda a sexta-feira das 7h até 17h e contam com seis equipes de saúde completas e profissionais de saúde bucal (destes, apenas a USF 1 não tem) além de outros profissionais externos que atuam com Saúde Mental, como terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Contam também com auxiliares de limpeza, seguranças e técnicos administrativos.

A área física das três USF é semelhante e conta com dependências específicas para realização de atendimentos e procedimentos. Apenas uma USF não tem consultório odontológico e nem sala específica para realização de exame de papanicolaou.

As atividades desenvolvidas pelas três USF são divulgadas e realizadas pelas próprias equipes de saúde. Elas acontecem tanto no espaço interno da unidade, quanto no espaço externo, como salões de igreja ou na própria rua.

Em todos os murais da USF 2 há cartazes com divulgação das atividades desenvolvidas por cada equipe de saúde, sendo que todos os cartazes têm os dizeres "Procure seu ACS" (agentes comunitários de saúde).

Os principais encaminhamentos são para a Neurologia, Psicologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Dermatologia, Oftalmologia. A oferta dessas especialidades é, porém, muito pequena em relação à demanda. Há, também, muitos encaminhamentos para endocrinologia, pois há grande número de diabéticos na área.

Na USF 3 há uma brinquedoteca que atualmente se encontra desativada, mas o espaço está sendo utilizado para a realização de acolhimentos, atendimentos em fonoaudiologia ou outras atividades que forem necessárias. Há também telefones públicos comuns e especiais para deficientes auditivos, visuais e mudos no espaço da unidade.

O comércio local é composto por bazares, supermercados, padarias, farmácias, e principalmente bares improvisados nos próprios quintais das casas. Não há muitas opções de lazer nas áreas de abrangência, a não ser praças. Existem também Telecentros e Associação de Moradores nas três áreas.

A população residente na área atendida conta com escolas estaduais e municipais, creches e outros serviços de saúde como hospitais e unidades básicas de saúde em que há especialidades médicas, sendo que o acesso se dá por meio de agendamento e fila de espera.

O tráfico de drogas é um problema presente nas áreas de abrangência das três USF estudadas.

- Perfil populacional da área:

Na área de abrangência da USF 1 residem cerca de 20.000 habitantes e as equipes de saúde atendem 5.000 famílias. A USF 2 possui uma área onde há 23.000 habitantes e 6.500 famílias são atendidas. Já na área da USF 3 moram 20.689 habitantes e são atendidas 5.732 famílias, e destas, a equipe de saúde da família acompanhada na pesquisa atende 963 famílias cadastradas.

A população atendida em maioria é adulta (de todas as faixas), evangélica e de classe baixa.

Durante o estudo identificou-se que as maiores demandas em saúde é diabete e hipertensão e as demandas em Saúde Mental mais frequentes são depres-

são, transtornos de humor, conflitos familiares, violência doméstica, ansiedade e alcoolismo.

As três USF estudadas apresentam, em geral, saneamento básico precário, com habitações que têm esgoto a céu aberto em muitas microáreas e acesso difícil por causa de barreiras geográficas, com ruas muito íngremes. As casas geralmente são de madeira, mas também existem cortiços de até quatro andares e conjuntos habitacionais de prédios.

- Redes de apoio:

Na USF 1, a principal referência é um hospital geral e um hospital de emergência, além do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) Infantil que dá suporte a toda a região.

Para algumas atividades, a USF 2 conta com a participação de uma organização não-governamental e do Conselho Gestor. Os serviços de referência em saúde são: o Amparo Maternal e um Ambulatório de Especialidades, hospital geral; além de um CAPS adulto e outro infantil. Em alguns casos, é preciso recorrer ao Conselho Tutelar.

Vale destacar que para a existência da USF 2 houve forte reivindicação popular da área, movimento que originou também a associação de moradores do bairro.

Na USF 3, as referências são o CAPS adulto, um pronto-socorro de emergência psiquiátrica que atende 5 regiões, centro de referência em HIV/aids, centro de defesa em direitos humanos, além do Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA).

As USF 2 e 3 recebem estagiários e residentes de Medicina e Enfermagem vindos de universidades, o que torna o atendimento mais polivalente.

As igrejas também se configuram como rede de apoio por emprestarem seus espaços para a realização de grupos da unidade e aproximarem ainda mais a comunidade dos serviços de saúde.

- Modelos de atuação no apoio matricial:

Das observações de campo obteve-se três diferentes modelos de implantação do apoio matricial nas USF pesquisadas:

- equipe interna, constituída com vínculo institucional;
- equipe externa, vinda do CAPS;
- por meio de projeto, sem vínculo institucional.

Identificou-se três diferentes modelos de implantação do Apoio Matricial nas USF pesquisadas: equipe interna, constituída com vínculo institucional; por meio de projeto sem vínculo institucional e equipe vinda de CAPS.

Em apenas uma, das três USF observou-se decisões compartilhadas na equipe, que se qualificou ser o mais próximo da prática intertransdisciplinar. Nas outras duas USF, verificou-se além de prática fortemente disciplinar e o desvio do papel do matriciador, a falta de profissionais e o foco/dependência na psiquiatria, que prejudicam a realização do Apoio Matricial, distanciando-se do conceito, que nos leva a pensar que nesses dois serviços a prática encontrada ainda não alcançou o objetivo do Apoio Matricial.

Fica claro ao se observar a dinâmica do matriciamento com as equipes de saúde que, nestes momentos, o matriciador é quem conduz o processo e as equipes acatam as recomendações, quando "deveria apenas complementar aquela prevista em sistemas hierárquicos" (CAMPOS, 2007, p.400),

Ainda nos diz o autor que:

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar (CAMPOS, 2007, p.400).

Quadro 1: Atividades desenvolvidas no PSF com o Apoio Matricial nas três UBS do estudo. São Paulo, final de junho a final de outubro de 2007

UBS Observadas	Apoio Matricial								
	Nº de Discussões de casos			Atendimento ao usuário na USF		Visitas	Acolhimento	Suporte contínuo à equipe	Planejamento de atividades
	Com um profissional de PSF	Com vários profissionais de PSF	Com a equipe de PSF	Somente com o matriciador	Com matriciador e PSF	Domicílio	Na UBS	Na UBS	Na UBS
UBS-1	21	9	1	15	8	2	0	Todos os encontros	0
UBS-2	0	3	3	0	1	0	0	IDEM	0
UBS-3	8	3	4	1	0	10	6	IDEM	2
Total	29	15	8	16	9	12	6	Todos os encontros	2

Em algumas vistas domiciliares observadas nesta USF, o médico não havia realizado a primeira visita domiciliar, desconsiderando que é a "equipe ou profissional de referência são aqueles que têm responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário" (CAMPOS, 2007, p. 401).

Foi considerada uma certa "dependência", (talvez por ser o único profissional matriciador) dos integrantes da equipe em relação ao psiquiatra, que está sempre tirando dúvidas e dando suporte a equipe. Eles estão sempre consultando este profissional e querendo confirmações positivas ou não de seus procedimentos com os usuários e manejo de medicamentos, ao que Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 27) dizem que:

(...) a psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível (ROTELLI *et al*, 2001, p. 27)

Adaptações e novos arranjos precisam ser postos em prática constantemente, justamente pelas diferenças em sua implantação. O modelo médico clínico reforça a persistência da prática farmacológica, e não explora a potência de meios de escuta e intervenção prática. Evidenciou-se fragilidade na organização do dispositivo e integração deficiente entre as equipes. Os profissionais ainda não possuem clareza da proposta do Apoio Matricial.

Considerações

O trabalho em Saúde Mental nas equipes de saúde da família se enriquece em qualquer um das modalidades encontradas. Entretanto, evidenciou-se fragilidade na organização do dispositivo e integração deficiente entre as equipes.

Entre as formas de organização encontradas, o modelo com equipes internas são as que mais conferem estabilidade ao serviço, pois estão melhor integradas, os encontros são diários e há participação ativa das duas equipes. Nas demais, os profissionais ainda não possuem clareza da proposta e é preciso fortalecer a prática do matriciamento através do ingresso de mais profissionais, além de maior articulação no território.

É necessário ampliar o número de equipes e verificar por meio de estudos de avaliação se o território atendido por essas equipes apresenta alguma diferença na busca por serviços de atenção secundária e por internações por crises e urgências psiquiátricas.

Enfim, é preciso reforçar a prática do matriciamento através do ingresso de mais profissionais, além de maior articulação no território para se obter respostas realmente substitutivas ao modelo manicomial e atenção à Saúde Mental de qualidade.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário de Integração da Atenção Básica em Saúde Mental**. Brasília, 2005.
- CAMPOS, G.W. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. São Paulo: **Caderno de Saúde Pública**: 2007;(2): 399-407.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, vol.4, no.2, 1999.
- LANCETTI A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura - Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2001. vol. 7. p. 11-52.
- MACHADO K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? Rio de Janeiro: **Radis - Comunicação em Saúde**, 2005; (38). p.11-18.
- OLIVEIRA, M.A.F.; COLVERO, L.A. A Saúde Mental no programa de saúde da família. **Manual de Enfermagem: Saúde Mental**. (S.l.). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SARRACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: TE CORÁ, 1999.

Terapia comunitária: inovação na Atenção Básica em Saúde?

Adilene Gonçalves Vieira¹

Maria L. Salum e Morais²

Silvia Bastos³

Este estudo, que teve como foco a Terapia Comunitária, integrou um projeto mais amplo, desenvolvido por pesquisadores e alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no biênio 2004-2005. Tal projeto teve como objetivo geral identificar e descrever experiências inovadoras na Atenção Básica em Saúde.

A escolha do tema Terapia Comunitária deveu-se ao fato de tratar de procedimento inserido na rede básica de saúde de São Paulo recentemente, em 2000. Em 2003, foi feito o primeiro treinamento formal de profissionais da saúde da rede básica da Prefeitura do Município de São Paulo nessa modalidade de atendimento. Entretanto, as primeiras experiências de Terapia Comunitária ainda não passaram por avaliações sistemáticas ou pontuais que pudessem elucidar o processo de sua implantação e seus resultados na realidade da cidade de São Paulo. Como experiência recente, para que se a considere inovadora, é necessário verificar, entre outros aspectos, se está alcançando os fins a que se propõe e, dado que se insere na rede básica de saúde, se esses são compatíveis com os princípios do SUS.

Outro motivo para a escolha da Terapia Comunitária como objeto de estudo teve por base a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) em evidenciar a formulação e avaliação de práticas de saúde mental articuladas com a atenção básica, pois, dessa forma, assume-se um compromisso em relação à produção de saúde e busca-se a eficácia das práticas e a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Esta pesquisa adota o conceito de inovação nas ações de saúde a que Mehry (2002) denominou tecnologia leve ou tecnologia de não-equipamento ou de trabalho vivo, em oposição à tecnologia de equipamentos de "ponta" e em contraste com as representações sociais dominantes de inovação tecnológica em saúde. Considera-se, como Gonçalves (1994), que o

conceito de tecnologia deve também ser aplicado aos processos de trabalho e a uma prática social articulada, de modo a abarcar os saberes dos profissionais e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde.

A Terapia Comunitária foi incorporada no Sistema Único de Saúde como uma alternativa de instrumentalização para os profissionais do PSF e de saúde em geral, tendo, como um de seus objetivos, aliviar o sofrimento psíquico dos usuários. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), cerca de 12% da população geral do país, isto é, 20 milhões de pessoas necessitam de atendimento eventual por portarem transtornos mentais menos graves. A realidade revela que diariamente os profissionais de saúde se deparam com problemas de saúde mental. Os dados indicam que 56% das equipes de saúde da família identificam necessidades ou realizam alguma ação de saúde mental em relação aos usuários (BRASIL, 2005). Pressupõe-se que grande parte dessa demanda não seja atendida por serviços especializados, ou seja, que se constitua de usuários que não se identificam como portadores de transtornos mentais.

Adalberto Barreto conceitua a Terapia Comunitária como um procedimento terapêutico de caráter preventivo em saúde mental, pautado na atenção primária em saúde. Este é um processo que visa a que as pessoas, partilhando entre si suas ansiedades, angústias, frustrações e sofrimentos, promovam a troca mútua de seus recursos e descobertas. Propõe-se a ser um espaço de escuta e de apoio para aqueles que têm pouca voz. Através de suas descobertas, do encontro com seus valores culturais, da verbalização de suas emoções, as pessoas podem passar a ter um pensamento transformador e, a partir daí, os excluídos poderão assumir sua condição de sujeitos da história, de agentes e não de meros espectadores (BARRETO, 2005). Segundo Tavares, Bodra E Colaneri (1975), o fato de o indivíduo participar de uma atividade social é um meio de desenvolver a personalidade e de satisfazer suas necessidades básicas. A Terapia Comunitária também pode ser um instrumento para diagnóstico das características sociais e epidemiológicas de um determinado território e de problemas emergentes específicos de

¹ Psicóloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: adilene_vieira@yahoo.com.br

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica II do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

³ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

grupos de diferentes localidades. Mostra-se, ainda, como meio para divulgação de informações e conhecimentos para a população (SÃO PAULO, 2004).

Os objetivos da Terapia Comunitária, segundo Barreto (2005), são: valorizar o papel da família e das redes de relações por ela estabelecidas; reforçar a dinâmica interna das pessoas, para que cada um entre em contato com seus valores e suas potencialidade e, assim, desenvolva maior autonomia; suscitar nas pessoas e grupos o sentimento de união e de identificação com seus valores culturais; valorizar as práticas culturais tradicionais, como forma de preservar a identidade cultural; promover o desenvolvimento comunitário; prevenir situações desintegradoras; fortalecer os laços sociais; reforçar a autoconfiança de cada pessoa, de forma que ela possa desenvolver-se o mais plenamente possível; favorecer a comunicação entre o saber popular e o saber científico; estimular a participação dos indivíduos e do grupo através de diálogo e reflexão, fortalecendo suas possibilidades como agentes de sua transformação; e reforçar a auto-estima individual e coletiva.

A Terapia Comunitária consiste, basicamente, de reuniões semanais, em sessões de 90 minutos, com grupos de moradores de uma mesma comunidade, com a coordenação e o apoio de dois terapeutas que estejam se formando ou que tenham concluído o curso de capacitação profissional nesta terapia. Eles não necessitam estar atuando na área de saúde mental, nem tão pouco ser graduados nessa área.

Objetivos

O estudo teve como objetivo principal analisar uma experiência de Terapia Comunitária (TC) realizada em uma UBS da região da Capela do Socorro, Zona Sul de São Paulo. Constituíram objetivos específicos: caracterizar os usuários da TC em termos de idade e sexo; identificar os motivos de procura; avaliar mudanças percebidas pelos usuários como efeito dessa terapia em termos de relacionamento interpessoal e de participação na comunidade; verificar a avaliação dos usuários quanto às regras estabelecidas no processo das sessões.

Método

- Local do estudo:

Após uma fase inicial de seleção do grupo a ser estudado, foi escolhida a UBS Sérgio Chaddad, que se na região de Capela do Socorro, zona sul do município de São Paulo, a aproximadamente a 30 km do centro da cidade. Segundo dados de 2004 fornecidos pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO PAULO, 2005), o índice de saúde da região de Capela do Socorro, comparado ao das outras regiões da cidade de São Paulo, situa-se na penúltima colocação, com o escore de 0,349.

A UBS Sérgio Chaddad situa-se entre quatro favelas: Jardim Progresso, Santa Rita, Alpino e Geraldo Deblumado. De acordo com informações do SEADE (2004), a UBS é referência para o atendimento de 22.558 habitantes e abrange 5.812 domicílios.

- Procedimento:

Os dados foram obtidos em duas fases com metodologia distintas: fase I, que constituiu de observações de sessões de Terapia Comunitária e fase II, que constou da realização de entrevistas semi-estruturadas.

Fase I - Durante esta fase, realizou-se observação participante de 33 sessões de Terapia Comunitária. Para levantamento dos dados utilizou-se um diário de campo que destacou as seguintes informações: número de participantes presentes em cada sessão, sexo, idade, número de usuários presentes pela primeira vez na Terapia Comunitária. Levantou-se, ainda, o conjunto de problemas apresentados pelos participantes na etapa da escolha do tema, o tema escolhido e as estratégias apresentadas pelos usuários em resposta ao mote na fase de problematização.

Fase II - Para obtenção dos dados referentes à percepção dos usuários em relação à Terapia Comunitária, optou-se pela elaboração de uma entrevista semi-estruturada envolvendo a avaliação de todas as sessões de que o usuário participou.

A entrevista foi realizada com 19 usuários da Terapia Comunitária de ambos os sexos e diversas faixas etárias e níveis de escolaridade, na região da Capela do Socorro, na zona sul da cidade de São Paulo, e que tivessem comparecido a quatro ou mais sessões de terapia.

A entrevista semi-estruturada consistiu em um roteiro de perguntas com vinte e seis questões, sendo seis fechadas, quatro abertas, seis semi-abertas, oito questões fechadas com uma escala gráfica de avaliação e duas fechadas com alternativas e escala gráfica de avaliação.

A entrevista constou de perguntas relacionadas aos seguintes aspectos: caracterização dos participantes, frequência de encontros de Terapia Comunitária e meio pelo qual os participantes tomaram contato com esta forma de terapia, percepção dos participantes em relação à mesma e ao serviço de saúde no contexto desta modalidade terapêutica. Exploraram-se, ainda, o uso de psicofármacos, a auto-avaliação de mudanças comportamentais dos participantes durante ou após as sessões de Terapia Comunitária e a participação social no contexto desta.

O teor das questões da entrevista foi baseado na observação participante das sessões e no questionário proposto por Barreto (2005). Alguns ajustes foram feitos após realização de pré-teste com usuários que não haviam participado o mínimo de quatro sessões. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Portaria 196/96.

Principais Resultados e Comentários

Observou-se que 36,5% dos participantes da Terapia Comunitária em questão tinham entre 66 e 76 anos de idade, com predomínio de mulheres (86%), sendo que 66% das usuárias situava-se entre os 46 e os 76 anos. Esses resultados destacam a possibilidade de que a mesma possa ser uma alternativa importante nas ações de saúde voltadas ao idoso. Dos usuários entrevistados grande parte freqüentava esta terapia há mais de 10 sessões, o que, aparentemente, indica que se sentiam confortáveis nesse espaço.

Os motivos apontados pelos usuários para freqüentar a Terapia Comunitária foram: sentir-se deprimidos, sozinhos, angustiados, entre outros sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico. As sessões se caracterizam pela freqüência dos temas vinculados a sentimentos de solidão, inutilidade, desânimo. Evidentemente, esta modalidade terapêutica pode ser considerada um locus de acolhimento, que propicia um sentimento de pertença, atenuando sentimentos de solidão.

Verificou-se que as estratégias mais freqüentes de enfrentamento dos problemas trazidos pelos participantes foram: resolver o problema ou enfrentar a situação (32,71%), pedir ajuda ou intensificar o relacionamento com familiares e amigos (14,02%), procurar ajuda na religião (12,15%) e refletir, adaptar-se ou distrair-se (11,21%). Esses dados indicam enfrentamentos saudáveis da situação, o que mostra que as pessoas trazem consigo propostas adequadas de resolução de problemas e que a Terapia Comunitária possibilita o desenvolvimento de recursos construtivos para essa resolução.

Constatou-se que a maioria dos participantes julgou que a Terapia Comunitária os ajudou a resolver problemas existenciais e emocionais. A justificativa mais freqüente para isso foi a de que esta terapia oferece oportunidade para desabafar, ou seja, é um meio de expressar idéias e sentimentos e de ser ouvido. Os participantes também argumentaram que a Terapia Comunitária é um meio para "relaxar" e uma maneira de perceber que eles próprios não são os únicos que têm problemas. A última afirmação sugere a importância do partilhar oportunizada por esta.

As regras da Terapia Comunitária foram compreendidas pela maioria dos participantes como importantes. Quando indagados a respeito do motivo da resposta afirmativa, a maioria respondeu que as regras permitiam que se aprendesse a falar, ouvir e respeitar o outro.

Os resultados também revelaram que a maioria dos entrevistados acreditava que a Terapia Comunitária influenciou a maneira como seus problemas de saúde foram resolvidos. A justificativa mais freqüente para esta resposta foi a de que esta terapia os ajudou no controle da pressão. Outros motivos citados foram: ela ajuda a superar a depressão, acalma, diminui a angústia, resolve problemas emocionais.

Na auto-avaliação comparativa entre os estado inicial (antes da Terapia Comunitária) e final (após freqüentar suas sessões), verificou-se que todos os participantes avaliaram-se positivamente: além de perceberem progressos no relacionamento interpessoal, consideraram-se mais capazes de lidar com conflitos, mais aceitos pelos outros e por si mesmos, sentiram que melhorou sua forma de perseguir objetivos e de colocar suas opiniões e perceberam-se mais dispostos para enfrentar atividades novas.

A maioria dos participantes declarou que, após os encontros terapêuticos, estava participando mais da solução de problemas na comunidade, através da participação no conselho gestor das unidades e de prestar ajuda às pessoas divulgando esta modalidade terapêutica.

Pode-se afirmar que os princípios de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível aos usuários e familiares - preconizados pelo Ministério da Saúde para as ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2005) - tenham sido contemplados pela Terapia Comunitária, ao se constatar que os usuários consideraram-se mais capacitados e dispostos para o começo de uma atividade ou trabalho, para perseguir seus objetivos e para superar problemas. Esses dados são reforçados pela afirmação dos entrevistados de que começaram a desenvolver algum tipo de participação na comunidade.

Observou-se, em síntese, que as pessoas que aderiram à Terapia Comunitária avaliaram positivamente, tanto os procedimentos adotados na condução das sessões, quanto os resultados para sua vida pessoal e social. Entretanto, este estudo não acompanhou os usuários que não aderiram à terapia, conforme preconiza Barreto (2005), que propõe que sejam entrevistados os usuários na primeira sessão em que apresentou seu problema e 60 dias após reaplicar, tendo eles aderido ou não ao processo. Apenas uma avaliação comparando esses dois grupos nos daria elementos para melhor avaliar a questão.

Pode-se considerar que este estudo, um dos primeiros na área da avaliação sistemática desta terapia, evidencia a necessidade da continuidade de estudos científicos que contribuam para o conhecimento da Terapia Comunitária e de seus resultados, para que se possa avaliar se é uma técnica inovadora para o alívio do sofrimento psíquico e merecedora de inclusão nas políticas públicas de saúde.

Referências Bibliográficas

- BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005. 335p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde mental e atenção básica o vínculo das ações de saúde mental na atenção básica**. 2005. Disponível em: [<http://portal.saude.gov.br/portal/>]

arquivos/pdf/diretrizes.pdf]. Acesso em: 04-02-2006.
GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAIS, M.L.S., BOTAZZO, C., BONFIM, J. R. A & ROUANET, M. Atenção básica, inovação e representação social. Pôster. **III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde** (Anais on-line). Florianópolis, 2005

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do terapeuta comunitário - curso de capacitação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa**. São Paulo: [s.n.], 2004. 45p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **CEinfo**. Avaliação da equidade: índice-saúde 2004 por subprefeitura e tendência nos últimos quatro anos. 2005. Disponível em: [<http://www.capital.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude>]. Acesso em 12 de fev. 2006.

SEADE (2004). Disponível em:[<http://www.seade.gov.br>]. Acesso em: 15 de jan. 2006.

TAVARES, J., BODRA, J., COLANERI, D. **Saúde e Ação Comunitária**. São Paulo: Gráfica Senac, 1975.

Acupuntura como Promoção de Saúde Mental

Maria Elisa Rizzi Cintra¹
Regina Figueiredo²

Introdução

Como demonstra o Ministério da Saúde (2008), há grande necessidade de inclusão das ações de Saúde Mental na Rede Básica de Assistência à Saúde. Os serviços de Saúde Mental existentes na maior parte das cidades brasileiras vêm se dedicando ao tratamento de casos graves dessa especialidade, à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, à atenção às crises agudas, além do acompanhamento familiar e do trabalho com profissionais por meio das equipes de apoio matricial – apoio que pretende oferecer, tanto a retaguarda assistencial, quanto o suporte técnico pedagógico às equipes de referência, o que depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS & DOMITT, 2007). Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de cuidado dos ambulatórios e da Atenção Básica.

De acordo com estimativas divulgadas, tanto pelo Ministério da Saúde, como por organismos internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), por volta de 3% da população (no Brasil 5 milhões de pessoas) precisa de cuidados contínuos em Saúde Mental, como ocorre nos casos de transtornos mais graves e persistentes. Outros 9% (20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual nesta área. É estimado que grande parte dos indivíduos com transtornos mentais leves estão atualmente sendo atendidos na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerando que exista um componente de sofrimento psíquico associado a todo e qualquer tipo de enfermidade, muitas vezes atuando como entrave à

adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável, pode-se inferir que todo problema de saúde termina por expressar-se também como problema de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que toda ação em Saúde Mental se revela como produção de saúde. Por este motivo é tão importante e necessária a articulação da área de Saúde Mental com a Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde “As ações de Saúde Mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2006). Dessa forma está englobando ações de Promoção à Saúde, entendidas como:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (BRASIL, 2005).

A partir destes pressupostos, foi realizada a pesquisa “Acupuntura e Promoção de Saúde: possibilidades no serviço público”, procurando averiguar o motivo de busca, percepção e impactos do tratamento com acupuntura, inclusive na Saúde Mental.

Metodologia

A pesquisa adotou a metodologia de abordagem qualitativa, realizando um levantamento de dados entre Outubro e Dezembro de 2006, através de entrevistas realizadas com profissionais e usuários dos serviços públicos da Região Centro-Oeste do município de São Paulo que tinham oferta regular do tratamento com acupuntura. Foram analisados quatro serviços com esta especialidade, sendo dois Ambulatórios de Especialida-

¹ Psicóloga com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo. Contato: elisa.rizzi@gmail.com

² Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

des Médicas (AEM) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde foram realizadas um total de 9 entrevistas, pelo menos duas em cada uma dessas unidades referidas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e tiveram seus conteúdos analisados tematicamente, por análise transversal de conteúdos.

Resultados

Os usuários da acupuntura entrevistados tinham de 35 a 70 anos e, no máximo, Ensino Médio. Demandaram a essa técnica espontaneamente ou por encaminhamento de outras especialidades médicas. Apenas 2 deles já haviam tido contato anterior com esta especialidade.

Chama a atenção, a procura para o tratamento com acupuntura por questões como ansiedade, depressão e tristeza, além dos relatos de empatia com o terapeuta e a melhora emocional dos pacientes, mesmo em casos em que a queixa principal não foca este aspecto:

“... então eu acho que a acupuntura age em todos os sentidos na depressão, no circulatório, no reumatismo e quando você está assim com o coração magoado, você sabe assim, que até nisso ela mexe”.

(Usuário 1)

“Melhorei de tudo, dormia muito melhor, quando cheguei a aqui tinha a colite, sarou tudo, principalmente depois que ele falou do leite”.

(Usuário 6)

“Houve, eu até emagreci, fique mais calma, porque eu tenho problema de depressão, insônia”.

(Usuário 7)

“Ajudou principalmente na obesidade ela foi indicando algumas coisas, o que não comer, porque eu sou muito ansiosa”.

(Usuário 8)

Os usuários fizeram também as mudanças orientadas pelo terapeuta nas áreas de alimentação e prática corporal, sendo que a maioria afirmou estar seguindo tais orientações:

“...que ele até me passou pra uma nutricionista, que me ajudou também, que ela me deu aquela disciplina de quanto que eu deveria comer”.

(Usuário 1)

“Sim, especificamente, pra mim, talvez até pelo meu excesso de peso, que isto também é um fator que ajuda a dor no joelho, né? Ele tá me orientando ao açúcar e derivados de leite, pra mim, no meu estado, não é bom. Então as mudanças que ele sugeriu foi estas”.

(Usuário 3)

Foram relatadas mudanças de diversas naturezas atribuídas ao tratamento: melhora na disciplina diária, bem-estar geral, bem-estar mental, relaxamento, consciência corporal, melhora no psicológico (depressão), mudança na forma de pensar/lidar com os problemas, melhora no convívio social, sensação de leveza, melhora no auto-cuidado; além da diminuição ou abandono de medicação alopática, diminuição ou abandono de qualquer tipo de medicação e sucesso na Manutenção das Mudanças.

“Não, eu permaneci com os hábitos que ele me orientou, até hoje, porque eu tenho certeza de que se eu mudar os meus hábitos, eu vou caçar a doença de novo”.

(Usuário 5)

“(...) quando eu vinha no posto para falar com a psicóloga, ela mesma dizia que foi muito bom pro meu sistema nervoso”.

(Usuário 6)

“Porque eu tenho problema de depressão, insônia, assim, eu tomo remédio, mas quando eu faço acupuntura, eu me sinto assim, mais tranqüila”.

(Usuário 7)

Tabela 1: Resumo - Perfil dos Usuários

Serviços	Usuário	Vínculo	Idade	Sexo	Escolaridade	Contato com acupuntura	Motivação para o tratamento
AE - A	U1	Usuário	77	F	2º G (C)	Atual	Espontânea
	U2	Usuário	50	F	1º G (I)	Atual	Encaminhado
	U3	Profissional	42	F	2º G (C)	Anterior	Encaminhado
AE - B	U4	Profissional	35	F	2º G (C)	Anterior	Espontânea
	U5	Profissional	35	M	2º G (I)	Atual	Espontânea
UBS - A	U6	Usuário	60	F	2º G (I)	Atual	Encaminhado
	U7	Usuário	55	F	2º G (I)	Atual	Encaminhado
UBS - B	U8	Profissional	57	F	2º G (C)	Atual	Espontânea
	U9	Profissional	62	F	2º G (C)	Atual	Espontânea

Fonte: RIZZI, 2008.

Tabela 2: Resumo - Mudanças Atribuídas ao Tratamento com Acupuntura

Usuário	Melhora ou ausência de enfermidades	Exerce práticas corporais ou mudou alimentação	Relação com o Terapeuta			Diminuiu o uso de medicação alopática
			Confiança	Afetivo	Orientações Terapêuticas	
U1	sim	sim	sim	sim	sim	sim
U2	sim	não	sim	sim	sim	sim
U3	sim	sim	sim	não	não	sim
U4	sim	não	não	não	não	não
U5	sim	não	sim	sim	sim	sim
U6	sim	sim	não	sim	sim	sim
U7	sim	sim	não	sim	não	sim
U8	sim	sim	não	não	não	não
U9	sim	sim	não	não	não	não

Fonte: RIZZI, 2008.

A maioria dos usuários cita a importância do vínculo com o terapeuta de acupuntura, afirmando ter sentido diferença na forma de relacionamento com o profissional de saúde, principalmente apontando maior confiança:

“Ele sempre está me dizendo: faça isso, faça melhor, não, não fez direito, procura corrigir. E a gente sabendo que ele não tá fazendo isso para ele, que ele está fazendo isso para nós, né?”.

(Usuário 1)

“Ah eu acho que é sim, porque a gente já vem naquela certeza, eu pelo menos que respondo à acupuntura, já vem naquela certeza de vai se sentir melhor, hehe. Então já vem confiante”.

(Usuário 3)

“Então eu acho que, pela cultura mesmo, é fundamental a confiança no terapeuta, mais do que em outras especialidades, por causa disso é uma terapia diferente”.

(Usuário 5)

Os usuários relataram que a especificidade deste atendimento, que consiste também de orientações e conversas, alguns comparando com o mesmo a uma sessão de terapia:

“A psicologia dele, que junta com as agulhas dele, que tem uma mão super leve e a gente tem naquele cada ‘agulhadinha’ dele, eu no meu caso, a gente vai me sentir bem porque meu coração está magoado, vai me sentir bem minha cabeça, minha pressão vai baixar, eu vou me sentir bem, eu vou estar alegre, eu vou estar feliz, estas ‘agulhadinhas’ vai ser o medicamento”.

(Usuário 1)

“(…) mas assim, a gente conversava muito e pesquisava o meu estilo de vida, alimentação, a forma que eu reagia aos problemas naquele momento, ele tentou fazer com que eu mudasse a forma com que eu enxergava os problemas (...) E ali mesmo ele conversa comigo me orienta, é uma terapia, aí, depois, a gente deita e aí ela vai testando alguns pontos, vai perguntando se dói, e tem alguns que doem bastante, e aí ele explica que o desequilíbrio naquele ponto, porque que é, do que se trata, ele é muito específico, ele explica tudo”.

(Usuário 5)

Foi visto que muitos dos usuários estabelecem uma relação afetiva com os terapeutas que os atendem:

“É quando eu chego pra mim eu falo, ele não é só um acupunturista, e no caso dele um médico, que ele tem outra profissão também, né? Mas ele é também, eu acho que tem que ser, o médico que faz acupuntura ele tem que ter o saber explicar e perguntar que nem ele faz, por isso que a gente se dá bem, porque além de aplicar, ele pergunta como foi a sua semana? Ele dá aquela alegria pra gente”.

(Usuário 1)

“Outras especialidades, o médico passa um remédio e as pessoas vêm esperando tanto por um remédio, que sai achando que vai resolver, e a acupuntura não é assim, você tem que confiar. A minha relação era ótima, de extrema confiança”.

(Usuário 5)

Conclusões

A pesquisa demonstra que a prática da acupuntura no serviço público, além de proporcionar a redução de custos e de consumo de medicamentos alopáticos no serviço, ao estimular a reeducação alimentar e os hábitos diários, incentiva comportamentos que podem vir a beneficiar as condições para a melhoria da Saúde Mental.

Um dos pontos apresentados é, além dos benefícios da técnica em si, criação de um vínculo de confiança com o profissional de saúde que facilita a adesão ao(s) tratamento(s) por ele propostos.

A técnica tem o potencial de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tal como orienta a Política Nacional de Promoção da Saúde (2005).

Com a acupuntura, os serviços de saúde abrem novos espaços de diálogo a outras práticas terapêuticas que beneficiam a Saúde Mental. Deste modo, percebe-se que a experiência com esta terapêutica, quando oferecida na Atenção Básica, pode contribuir para a construção de ações multi-estratégicas - ou seja, que envolvam diferentes disciplinas, métodos e abordagens variadas (como o desenvolvimento comunitário, as políticas públicas, as questões educacionais, legislativas e de âmbito da comunicação, além de mudanças organizacionais) -, juntamente ao princípio de desenvolvimento social, como propõem os princípios definidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998).

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata**, 1978. Disponível em [<http://www.saude.gov.br>]. Acesso em: 20/01/2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de promoção de saúde**. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção. **Saúde Mental e Atenção Básica - o vínculo e o diálogo necessários**. Ministério da saúde, municípios de saúde - Brasília: ministério da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 05/09/2008.
- CAMPOS Gastão Wagner de Sousa; DOMITT Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
- RIZZI, E. **Acupuntura e Promoção de Saúde: possibilidades no serviço público**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

Oficinas expressivas terapêuticas: uma proposta inclusiva

Flávia Helena Passos Pádua¹
Maria de Lima Salum e Morais²

Como alternativa ao modelo asilar e hospitalocêntrico - que isola as pessoas com transtornos mentais severos e as exclui da convivência social, impedindo que aflorem seus recursos e desenvolvam plenamente suas potencialidades - têm sido propostos modelos de atenção em Saúde Mental que preconizam o tratamento extra-hospitalar e a inserção social dos que padecem de sofrimento psíquico intenso. Dentro do modelo atual proposto pela Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde e já descrito em outros artigos deste Boletim, que prevê alternativas ao atendimento medicalizante, uma importante modalidade de tratamento são as oficinas terapêuticas.

Segundo a portaria 189 de 1991 do Ministério da Saúde, as oficinas terapêuticas são atividades grupais realizadas geralmente em serviços extra-hospitalares (embora alguns hospitais também utilizem esse procedimento) e possuem função de socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 1991). De acordo com o documento do Ministério da Saúde "Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial", as oficinas devem ser coordenadas por um ou mais profissionais e têm a finalidade de possibilitar "maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania" (BRASIL, 2004, p.20).

Há diversas modalidades de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização. As oficinas expressivas são espaços em que os usuários trabalham com: a expressão plástica, como a pintura, por exemplo; a expressão corporal, como a dança; a expressão verbal com poesias, contos, etc.; a expressão musical; a fotografia; e o teatro. As oficinas geradoras de renda são para o sustento ou para complementação da renda daqueles que possuem intenso sofrimento psíquico, através da aprendizagem de alguma atividade específica. Podem ser de culinária, marcenaria, artesanato em geral, fabricação de velas, vendas, etc. Assim, essas oficinas são

importantes formas de promoção de autonomia e de reinserção social do sujeito. As oficinas de alfabetização são para aqueles que não tiveram acesso à educação formal ou não continuaram os estudos aprenderem a escrita e a leitura e, dessa forma, (re)construírem sua cidadania (BRASIL, 2004). No presente trabalho, priorizou-se a análise das oficinas expressivas.

Como há poucos trabalhos científicos sobre as oficinas expressivas e por considerar importante uma reflexão de como essas atividades podem ser ferramentas para a reinserção dos usuários de Saúde Mental na sociedade, para promover a desinstitucionalização e para a produção de novas subjetividades, são necessários estudos aprofundados a respeito do assunto. Pretendeu-se, então, com o presente trabalho, fazer uma reflexão seletiva, crítica e analítica sobre as oficinas terapêuticas expressivas realizadas nos serviços de Saúde Mental e nos diversos espaços comunitários do Brasil.

Metodologia

A análise baseou-se em pesquisa bibliográfica sobre perspectiva pós-estruturalista da Saúde Mental, que faz uma crítica à psiquiatria tradicional e ao tratamento moral e que discutiam como as atividades terapêuticas poderiam incluir os usuários de Saúde Mental na sociedade.

O método utilizado foi qualitativo, destacando os principais conteúdos verificados na literatura analisada. Após a análise, os trabalhos foram categorizados, conforme o principal foco e as idéias que trazem para a reflexão a respeito das oficinas terapêuticas, em quatro dimensões: (1) multiplicidade de linguagens; (2) resistência à serialização de modos de subjetivação; (3) ruptura da clínica tradicional; (4) vivência de outros espaços.

Resultados e Discussão

- Multiplicidade de linguagens:

As atividades realizadas nas oficinas expressivas são intermediárias na construção de vínculos entre participante-oficineiro e participante-participante. Elas podem fazer que a palavra circule e que o usuário compartilhe suas histórias, experiências e sentimentos que, até aquele momento, não tiveram a possibilidade de ser expressos, escutados e acolhidos.

¹ Psicóloga, Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde em 2007. Contato: flaviapadua@yahoo.com.br

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

A comunicação não precisa ser necessariamente através da linguagem verbal. Experimentações no campo da arte também permitem a expressão de vivências e de sensações singulares e tornam essas produções artísticas uma forma de linguagem. Através da potência criadora, produz-se um transbordamento por outras vias e tem-se a possibilidade de experimentar linguagens como a visual, auditiva e corporal. De acordo com Valladares *et al.* (2003), as atividades desenvolvidas nas oficinas expressivas valorizam as vivências criativas, expressivas, imaginativas e incentivam a originalidade e a despseudatização do usuário de Saúde Mental.

Mendonça (2005) comenta que “as atividades das oficinas em Saúde Mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização de expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades” (p.3). Com essa “injeção de potência” nos sujeitos com intenso sofrimento psíquico, buscam-se linhas de fuga da lógica manicomial e uma clínica não escrava de palavras, que vence a mera linguagem comum (ROCHA, 1997).

- Resistência à serialização de modos de subjetivação:

As oficinas expressivas são uma das ferramentas contra-hegemônicas que podem promover uma ruptura da exclusão daqueles que são considerados diferentes, com “comportamentos bizarros” em relação às subjetividades uniformizadas. Na sociedade contemporânea, existe um padrão, uma norma a ser seguida de os indivíduos se relacionarem e se comportarem. Cedraz e Dimenstein (2005) afirmam que a “ordem capitalística funciona no sentido de promover agenciamentos subjetivos segundo formas padronizadas, serializadas e homogêneas bloqueando a produção de modos de subjetividades singulares e de outros desejos” (p.309). Assim, a sociedade capitalista produz uma massificação na qual aquele que destoa provavelmente será marginalizado.

A adequação aos modelos de beleza, desempenho e eficiência exigidos pela sociedade contemporânea está cada vez mais impiedosa, não apenas para aqueles que possuem transtornos mentais, mas para todos. Portanto, a idéia de fragilidade, de doença mental apenas como algo individual, como muitos acreditam, deve ser desconsiderada, já que é nítida a influência do contexto social adoecedor no sofrimento psíquico de todos os que (sobre)vivem nessa sociedade.

Característico da sociedade capitalista é o fato de que os aspectos econômicos prevalecem sobre as relações interpessoais. Com isso, produz-se uma desertificação,

“desertificação das relações amorosas e do sexo, esvaziamento do campo coletivo, produção de um número cada vez maior de excluídos, não apenas do mercado de trabalho, mas de

um cotidiano, já que muitos modos de ser não se adequam a um mundo em que se colocam em primeiro plano os aspectos ligados à produtividade técnico-econômica” (RAUTER, 2000, p. 270).

Portanto, em uma sociedade em que as pessoas são o que têm, os usuários de Saúde Mental ficam em desvantagem, já que muitos deles se sentem impossibilitados de trabalhar e de viver em uma sociedade competitiva como a nossa.

As oficinas expressivas podem oferecer uma resistência a essa lógica alienante. Ao contrário da sociedade capitalista, que propõe uma desvinculação de trabalho e prazer, busca-se que, através de experimentações artísticas escolhidas pelos participantes, haja uma identificação do sujeito no fazer e em um trabalho criativo e satisfatório.

Além disso, com a arte, há a possibilidade de se contrapor ao modo hegemônico de ser sujeito e de acolher as singularidades para que surjam “novos orifícios respiratórios” (ROCHA, 1997, p.138). Assim, a arte é um importante instrumento de inclusão e de produção de novas subjetividades. O que se propõe nas oficinas expressivas, portanto, é a criação de novos mundos, outras formas de se experimentar o viver.

- Uma ruptura da clínica tradicional:

Ao se refletir sobre o método psicanalítico e psiquiátrico de diagnosticar os sujeitos e enquadrá-los em uma síndrome, considerando-os apenas como um amontoado de sintomas, percebe-se a necessidade de outras formas de se trabalhar com pessoas que possuem um intenso sofrimento psíquico. Lancetti (2006) faz uma discussão a respeito desse tema, ao dizer que os psiquiatras e psicólogos que ficam atrás de sua escrivaninha, no consultório, exercendo sua capacidade classificatória e seu silêncio, terão uma experiência estéril, burocratizada, segmentarizada e repetitiva.

Esse autor propõe uma clínica peripatética que seriam conversações e pensamentos que acontecem durante um passeio, fora do consultório, em movimento. Essas estratégias seriam para aquelas pessoas que não se adequam aos recursos técnicos tradicionais, como os psicóticos. Uma clínica com “espírito de inovação” (LANCETTI, 2006, p. 30).

As oficinas expressivas precisam apoderar-se desse espírito de inovação da clínica peripatética para não produzir uma simples adaptação dos usuários de Saúde Mental aos protocolos clínicos tradicionais já existentes. Não são os pacientes que devem aceitar os modelos de tratamento propostos; os profissionais é que devem usar sua capacidade inventiva para construir maneiras de diminuir o sofrimento dos usuários.

As atividades artísticas, como uma dessas outras possibilidades, devem estar em constante processo de

modificação, já que qualquer trabalho clínico que não propõe rupturas tende à cronificação. Portanto, cada oficina deverá ser única, singular, provocadora de espontaneidades. Assim, com a arte, há a possibilidade de uma clínica que rompa com a submissão à norma. Uma clínica que acolha e potencialize singularidades.

- Vivenciando outros espaços:

Reverendo a literatura, percebe-se que ainda há muitas oficinas que são realizadas apenas nos serviços de Saúde Mental, não havendo preocupação em fazer que os considerados loucos ocupem outros espaços destinados à comunidade em geral, tais como galerias, praças, escolas, etc. As atividades realizadas exclusivamente nos serviços de Saúde Mental possuem apenas uma "roupagem" de inovadoras, porém ratificam a exclusão daqueles que possuem transtornos mentais. Essa exclusão ocorre, pois, retirando os internos dos hospitais psiquiátricos e apenas os transferindo para os CAPS, continua seu isolamento da sociedade. Assim procedendo, não se promove a desinstitucionalização dos usuários, e sim, segregam-nos em outros espaços. Dessa forma, continuam sem os seus direitos de cidadãos e percorrem apenas o caminho casa-serviço de Saúde Mental, ao invés de circular em outros locais da cidade. Assim sendo, em alguns CAPS, perpetua-se a lógica manicomial. Ainda há muitos CAPS centralizados em si mesmos, que não se preocupam em desbravar outros espaços da comunidade, nem em promover uma reinserção dos usuários de Saúde Mental na sociedade e nem em transformar o modo como a população considera aquele que possui intenso sofrimento psíquico.

Há, porém, oficinas terapêuticas que pretendem romper com o estigma do louco e, conseqüentemente, promover a desinstitucionalização. Através de atividades artísticas fora do âmbito estritamente institucional, permite-se que aqueles que vivenciaram a experiência de crise transitem pela cidade, usufruam do patrimônio artístico-cultural, descubram novos lugares significativos e novos interesses. Busca-se, dessa maneira, a democratização de espaços. Espaços onde é possível sair do lugar de impotência e passividade e buscar posições ativas, de protagonismo e de produção cultural. Essas ferramentas inclusoras são fundamentais para as oficinas terapêuticas, já que qualquer atividade ou "instituição que agrupe doentes mentais, tende a cronificar-se" (LANCETTI, 2006, p. 46).

Ao possibilitar a circulação dos usuários nos diversos territórios e agenciar formas de eles se relacionarem com um número significativo de pessoas – não só com outros indivíduos que são excluídos, mas também com aqueles que se interessam em experimentar a arte – produz-se uma maior possibilidade de relações e os usuários dos serviços de Saúde Mental deixam de ser considerados suspeitos, incompreensíveis e sem afetos. Ou seja, ocorre uma desmitificação da loucura.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Recuperado em setembro, 2007, do ILLACS. Disponível em [www.inverso.org.br/index.php/content/view/12211.html]. Acessado em Agosto de 2008.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1991). Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em outubro, 2007. Disponível em: [www.inverso.org.br/index.php/content/view/6887.html]. Acessado em Agosto de 2008.
- CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M.. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-estar e subjetividade**, 5(2), 300-327, 2005. Recuperado em agosto, 2007, do Google Acadêmico. Disponível em [http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27150206.pdf]. Acessado em Agosto de 2008.
- LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Coleção Saúdeloucura 20, São Paulo: HUCITEC, 2006.
- MENDONÇA, T.C.P.. As oficinas de Saúde Mental: relato de uma experiência de internação. **Psicol. cienc. prof.**, 25(4), p.626-635, 2005. Recuperado em outubro, 2007, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- RAUTER, C. Subjetividade, arte & clínica. LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura** (Vol. 6, pp.109-119). São Paulo: Hucitec, 1997.
- ROCHA, A. Experiência da toca. LANCETTI, A (Org.). **Saúdeloucura** (Vol. 6, pp. 135-142). São Paulo: Hucitec, 1997.
- VALLADARES, A.C.A.; LAPPANN-BOTTI, N.C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L.P.; SCATENA, M.C.M. (2003). Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 5(1), 04-09, 2003. Recuperado em agosto, 2007, do Google Acadêmico. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/Revista]. Acessado em Agosto de 2008.

Experiência artística no desenvolvimento de projetos de autonomia: possibilidade de resistência à repetição de significações

Ana Lúcia Gondin Bastos¹
Maria Elisa Rizzi Cintra²

Hannah Arendt (2003, p.15), logo no início de sua obra "A Condição Humana", lembra-nos que o idioma romano tem como sinônimos os termos "viver" e "estar entre os homens" (*inter homines esse*), da mesma forma que "morrer" é sinônimo de "deixar de estar entre os homens". A existência humana é um acontecer num mundo de tantos outros, qualquer recorte existencial feito na vida de um indivíduo revelará a impossibilidade intrínseca de um ser não marcado por uma sociedade, já que:

"... a produção do indivíduo isolado fora da sociedade - uma raridade que pode muito bem acontecer a um homem civilizado transportado por acaso para um lugar selvagem, mas levando consigo já, dinamicamente, as forças da sociedade - é uma coisa tão absurda como o desenvolvimento da linguagem sem indivíduos que vivam juntos e falem entre si" (MARX, 1978, p. 104).

Assim, o ser em sociedade, como aquilo que melhor caracteriza o existir humano, fica materializado não apenas na linguagem (como o exemplo latino nos mostra), mas no fato de que o anúncio da chegada de um novo indivíduo é para ele próprio, assim como para todos os que o cercam, o momento de inseri-lo em um mundo pleno de significados que, em larga medida, o configuram como daquela cultura. Esta é a condição básica que o habilita não só a viver no mundo, como a ser agente transformador do mesmo. Isto é o que faz Arendt afirmar: "O novo começo inerente a cada nascimento pode fazer-se sentir no mundo somente porque o recém-chegado possui a capacidade de iniciar algo novo, isto é, agir" (ARENDR, 2003, p.17).

O desenvolvimento individual num mundo previamente habitado e repleto de referências, também é bastante explorado na obra de Winnicott. Este autor dá particular atenção à relação estabelecida entre bebê e mãe -aquela que o recebe, que o segura, presta os cuidados iniciais e, aos poucos, vai apresentando-lhe o mundo -considerando que esta é a primeira repre-

sentante da cultura na qual, e com a qual, aquele bebê vai viver. No dizer de Winnicott:

"Não podemos deixar de notar a necessidade humana de ter um círculo cada vez mais largo proporcionando cuidado ao indivíduo, bem como a necessidade de inserir-se num contexto que possa, de tempos em tempos, aceitar uma contribuição sua nascida de um impulso de criatividade ou generosidade. Todos esses círculos, por mais vastos que sejam, identificam-se ao colo, aos braços e aos cuidados maternos" (WINNICOTT, 1999, p.131).

O acolhimento deste bebê na chegada a um espaço completamente diverso ao intra-uterino, no qual ele se encontrava até então, marca importante momento para a sua organização: o encontro com o corpo materno. As primeiras experiências são de ordem sensorial, o encontro com texturas, temperaturas, ritmos, odores e sons. De acordo com Safra:

"O importante é que este caleidoscópio de sensações capacita a criança a ter um corpo, que paradoxalmente é a presença de um outro. Não é um corpo coisa, mas torna-se um corpo humano: é o soma com pegadas de alguém devotado" (SAFRA, 1999, p.74).

Este encontro inaugura o descobrimento de uma nova forma, particular e singular, de acontecer num mundo, mundo este que já existe, assim como constitui e é constituído por muitas outras subjetividades e que tem, também, uma dimensão histórica, espacial e temporal determinada.

É a partir dessa primeira relação com o mundo que o recebe, no qual passa a agir, e com o qual se constitui como indivíduo (dotado da dupla condição de ser e fazer), que os lugares e possibilidades de criação se ampliam e a capacidade de reconhecimento do não-eu começa a se estabelecer. Com isto ocorre o estabelecimento da terceira área da experiência humana: o que, para o observador externo se traduz num espaço no qual realidade interna e realidade externa coabitam, mas que não se resume numa nem na outra. Para o sujeito, esta terceira área se materializa como

¹ Psicóloga, Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: alugonbas@terra.com.br

² Psicóloga com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo. Contato: elisa.rizzi@gmail.com

espaço de leitura e expressão subjetiva do mundo, cuja compreensão vai ficando cada vez mais complexa:

“Tentei trabalhar na localização da experiência cultural; fiz essa formulação de modo provisório: ela se inicia no espaço potencial entre uma criança e a mãe, quando a experiência produziu na criança um alto grau de confiança na mãe, no fato de que ela não vai faltar quando da criança dela tiver necessidade” (WINNICOTT, 1999, p.20).

Assim, a capacidade desenvolvida de confiar no ambiente inaugura uma nova capacidade: a de poder distinguir-se do ambiente. Neste momento é criado um espaço entre realidade externa e interna, não sendo domínio exclusivo de nenhuma das duas, ao contrário, articula essas duas dimensões existenciais. Trata-se de um espaço potencial, no qual cessa a cansativa tarefa de distinção constante entre realidade interna e externa e, desse modo, o indivíduo pode criar, brincar. É aí, também, que toda a experiência cultural, artística e simbólica encontra seu lócus:

“A experiência cultural começa como um jogo e conduz ao domínio da herança humana, incluindo as artes, os mitos da história, a lenta marcha do pensamento filosófico e os mistérios da matemática, da administração de grupos e da religião” (WINNICOTT, 1999, p.19).

Nesse contexto, a expressão artística se traduz como possibilidade de abrir espaço para que sentidos possam ser revisitados, ampliados, transformados, numa **resistência à homogeneização de efeitos**, repetição de significações, em suma, à imobilidade de possibilidade de interpretação de uma história. O sujeito, ao expressar-se plasticamente, usa de sua espontaneidade e ao usar sua espontaneidade, aprende a se colocar como membro do grupo social e se desenvolve definindo seus próprios papéis.

A arte possibilita a construção de um cenário que prima pelo modo como são transmitidas e captadas as experiências afetivas, enriquecendo a vivência pessoal da experiência relacional do **aqui e agora**, colaborando para a percepção e para a compreensão da arte como expressão de valores de uma civilização.

“... a arte tem o papel de tornar o mundo digno de ser vivido, reencantando-o, tornado-o um lugar não apenas de luta pela sobrevivência cotidiana, mas um lugar de imaginação criadora, de sonho e de utopia. É fundamental reafirmar a importância da arte como impulso transformador de pessoas portadoras de uma nova visão do ser humano, capaz de elevar sua autoestima, de humanizar e emancipar o espírito” (FARIA; GARCIA, 2003, p.23).

É importante salientar que, quando falamos, aqui, em resistência ou mesmo em “reencantamento do mun-

do” referimos-nos à conduta social, afetiva e política que viabiliza reconhecer, como no dizer de Paulo Freire (1999, p.19) “que a História é tempo de possibilidade e não de determinismo, que o futuro (...) é problemático e não inexorável”. Neste sentido, a resistência não se volta para um fechamento em si mesma, mas, inversamente, abre-se a um conjunto aberto e sempre renovado de possibilidades de trocas significativas com o mundo e das quais resultam transformações mútuas “é um complexo político-afetivo mediante o qual um sujeito constrói, significativa e criticamente, sua relação com o mundo que lhe é dado e, mesmo sob as condições que lhes são oferecidas, participa conscientemente do processo histórico” (cf. BASTOS, 2005).

Ainda na discussão proposta por Faria e Garcia (2003), a arte proporciona vivências da diversidade cultural e possibilita que nos (re)conheçamos nesse processo criativo. Afastando o etnocentrismo que nos conduz a visões estereotipadas do outro, incorporamos, pela arte, a nossa pluralidade, com suas diversas formas de construir e reconstruir o mundo. Ao passo que o indivíduo ao perceber a própria existência como lançado para dentro do mundo sem ser integrado num destino ou outro plano não-contingente; e na impossibilidade de explicar a própria finitude através de referências ao infinito ou categorias absolutas; vemos o desabrochar da condição humana ao mesmo tempo em caráter pessoal e intrínseco, que é a experiência subjetiva do princípio da incerteza, quanto nítida a inscrição em caráter coletivo e social da sociedade moderna, que é o não saber lidar com as questões mais básicas do ser humano. Para Abreu (2002 *in*: SANTANA, 2004), a Arte reflete a busca do homem na conquista de seu meio, seja ele urbano ou rural em qualquer momento histórico; registra os interesses, as especulações, o comportamento, as perspectivas, os sentimentos do homem em sua época. É a outra maneira de compreender a vida; é uma forma de organizar e espelhar a realidade; lida com os valores de belo.

Aqui chegamos ao que podemos chamar de projetos de autonomia, dos quais a percepção do mundo em termos originais, portanto a experiência artística (seja ela plástica, corporal ou intelectual), é elemento fundamental. Os projetos de autonomia constituem-se empreendimentos que somente na relação constitutiva entre sociedade e indivíduo, tem chance de sucesso e que se alimentam dos sonhos e das utopias quanto ao mundo que queremos construir. O sentido de liberdade, associado aos projetos de autonomia, desta forma, vincula o sujeito ainda mais à sua coletividade, ao invés de desvinculá-lo ou desresponsabilizá-lo das preocupações do grupo social do qual faz parte.

Acreditamos, portanto, que é possível entendermos como experiência artística toda aquela que oferece ao sujeito, apropriado de seu potencial criativo e senso estético, a oportunidade de organizar-se e de desen-

volver limites éticos, de resgatar e desenvolver sentidos a partir da sua produção, da análise de conteúdo e da contextualização, de ampliar as dimensões individuais trazendo oportunidades de quietude nos momentos intuitivos e de, por fim, refletir sobre a realidade física e social, individual e coletiva.

Referências Bibliográficas

- ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- BASTOS, A.L.G. **Tecendo a trama das relações, dos afetos e dos sentidos nas práticas educacionais**. Tese [Doutorado]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- FARIA, H.; GARCIA, P. **Arte e identidade cultural na construção de um mundo solidário**. São Paulo: Instituto Polis, 2003. 2ª edição.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- MARX, K. Para a crítica da Economia Política. MARX, K. **Manuscritos econômicos e filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- SAFRA, G. **A face estética do self**. São Paulo: Unimarco, 1999.
- SANTANA, C.L.A. **Avaliação de resultados em arteterapia**. Tese [Doutorado]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. 279p.
- WINNICOTT, D. **Família e desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Saúde Mental Infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde

Olivia Pala Falavina¹
Monique Borba Cerqueira²

Este artigo é um breve recorte do estudo qualitativo desenvolvido no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Infantil “Casinha”, localizado na cidade de São Paulo. O objetivo desta pesquisa foi analisar o perfil da clientela e o histórico de acesso aos serviços de saúde, com ênfase nas formas de assistência recebidas pelas famílias.

A reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde aqui proposta está relacionada ao campo de atuação das políticas públicas, apontando para o âmbito dos direitos sociais. A “saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais” (DALLARI, 1977). O acesso aos serviços de saúde no Brasil é universal, igualitário, integral e garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, embora o SUS venha buscando o seu aprimoramento, a insatisfação dos usuários com os serviços é grande, sendo também evidente a baixa qualidade e resolutividade apresentada pelo sistema.

Estima-se que no Brasil, considerando a população infanto-juvenil, 10% a 20% desse universo sofre de transtornos mentais, sendo que desse total 3% a 4% precisam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005a). Apesar da representatividade das estatísticas, é histórico o descaso e a ausência de políticas públicas nesse setor. Devido à ausência de direcionamento governamental, entidades filantrópicas e instituições privadas passaram a se responsabilizar por essa população durante quase um século de história com um ideário de proteção e forte tendência à institucionalização (BRASIL, 2005b).

A grande participação da área assistencial junto a crianças e adolescentes não fez, contudo, que instituições totais e fechadas deixassem de se expandir (BRASIL, 2005a), à semelhança da trajetória percorrida pelos adultos (RESENDE, 2001). A lógica da falta e da errância, somada ao equivocado entendimento que compreendia os doentes como incapazes e permanentemente deficitários – afetivamente, socialmente ou economicamente – tornou-se um lugar comum (AMARANTE, 1995).

Na década atual, com a criação pelo Ministério da Saúde de um importante instrumento de gestão – o Fórum Nacional de Saúde Mental – o campo da saúde mental infanto-juvenil ganhou novo fôlego. O Fórum é um espaço permanente para discussão, articulação, integração e interlocução dos diferentes atores sociais envolvidos com o tema da saúde mental infantil (BRASIL, 2005a).

É preciso ainda ressaltar a importância de um dispositivo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), utilizado como universo contextual na presente pesquisa. Sua função é concretizar e centralizar as idéias da Reforma Psiquiátrica, sendo a unidade de base para o processo de desinstitucionalização. Nessa lógica de tratamento, o modelo de atenção comunitária e diária deve ser realizado pelos serviços para que a atenção integral à saúde seja atingida (MACHADO, 2005). Criar ações direcionadas a diferentes dispositivos (ELIAS, 2005) e formar redes de saúde que incluam seus usuários, considerados sujeitos de direitos e cidadãos (AMARANTE, 1995), são algumas de suas atribuições.

O contexto da pesquisa

O universo local da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil “Casinha”, localizado no bairro Cidade Vargas, em São Paulo. Esse CAPS fica próximo à estação de metrô Jabaquara, o que facilita bastante o acesso da população. O serviço atende crianças e adolescentes de até 18 anos de idade em atividades grupais e individuais. Os sujeitos que participaram deste estudo foram pais ou responsáveis por usuários do CAPS “Casinha”, de 6 a 14 anos de idade, que freqüentavam o serviço há, no mínimo, seis meses. Foram analisados dois grupos, o das crianças mais velhas, com as idades de 11, 12, 13 e 14 anos, e o das crianças mais novas, com as idades de 6 e 8 anos. Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas, o que permitiu aprofundar conhecimentos sobre o universo das famílias e sua experiência nos casos de doença mental infanto-juvenil.

Resultados e Discussão

A discussão privilegiou, a partir da análise das entrevistas, alguns pontos centrais, como a escolarização, a socialização dos usuários do CAPS, os relacionamentos

¹ Psicóloga com Aprimoramento Clínico Infantil pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: olviapala@terra.com.br

² Socióloga, Mestre em Sociologia e Doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: monique@isaude.sp.gov.br

familiares e a importância da utilização dos serviços de saúde pelas famílias. A escolarização das crianças e adolescentes foi um ponto importante da pesquisa. Quase todos os usuários demonstraram grande comprometimento, problemas ou atraso nesse aspecto. O caso mais grave é de “Breno”, 13 anos, que está fora da escola há muitos anos. Sua mãe, “Telma”, explicita os motivos:

“Eu via a rejeição na porta da escola (...) a professora não judiava, ela deixava aqueles alunos mais levados judiar. Ele vivia cheio de areia por dentro da roupa (...). Ela não deixava ele sair, aí ele fazia xixi e cocô dentro da sala de aula e ela achava ruim comigo”.

(“Telma”)

Os pais reconhecem a importância da escola na vida dos filhos. É a instituição que detecta, muitas vezes, precocemente, os problemas dos alunos, encaminhando para serviços especializados, oferecendo novas oportunidades de socialização, possibilitando uma melhora nos problemas comportamentais, além de estabelecer rotinas e regras. A escola, além do CAPS, é um dos únicos lugares frequentados pelas crianças, por isso é um espaço tão importante. A instituição pode produzir muitas mudanças positivas na vida das crianças, mas também pode reproduzir preconceitos e contribuir para a ocorrência de dramas existenciais, gerando graves conseqüências para crianças e famílias.

No âmbito social, observou-se que todas as crianças que participaram da pesquisa têm ou tiveram esse aspecto da vida comprometido e dificultado pela doença mental. Elas apresentaram grande isolamento, solidão, restrição de espaços de convivência, falta de rotina estruturada, pouca variação e criatividade nas atividades diárias e ausência de estímulos novos e desafiadores. O preconceito também é muito presente na vida dessas crianças e adolescentes e suas conseqüências podem ser psiquicamente devastadoras e imobilizantes, como fica claro no comentário de “Joana”, mãe de “Leandro”, 12 anos:

“As pessoas do ônibus, todo mundo fica olhando. Tem gente que até fica rindo e, às vezes, chama [o filho] até de maluco. (...) Falam na minha frente. (...) Pior que na hora só fico com vontade de chorar, é como se a coisa tapasse, (...) eu fico com vergonha. (...) Você sente na pele o preconceito”.

(“Joana”)

Os relacionamentos familiares são outro aspecto afetado pelo contexto da doença mental. As relações são ambíguas, ora tendendo para a superproteção e a preocupação extrema, ora apontando para a indignação, o cansaço, a raiva, a culpa. O cuidado passa a ser um fardo pesado para ser carregado e vivido solitariamente pelas mães, principais responsáveis pelos

filhos. Essa soberania materna pode reforçar demais os laços, levando, muitas vezes, a uma simbiose entre mãe e filho. A relação com os irmãos também é complexa e cheia de facetas. Eles são, em muitos casos, a única alternativa possível de convivência para essas crianças, o que resulta, em vários casos, num peso para a fraternidade.

Outro ponto central da análise foi as barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde, que se referem a todos os obstáculos que impediram ou dificultaram as mães de consumir tais serviços, em grande parte oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Tais impedimentos podem ser classificados como de ordem econômica, cultural, geográfica e funcional. Quanto à barreira econômica, são relatadas dificuldades em pagar a condução e comprar medicamentos. O obstáculo cultural se relaciona à impossibilidade das famílias compreenderem os termos técnicos, de se colocar e se expressar nas consultas com os profissionais de saúde. Os problemas geográficos no acesso envolvem a relação tempo/distância das unidades de saúde até a residência dos usuários. As barreiras funcionais evidenciam os problemas de estruturação dos serviços – dificuldade para marcar e realizar consultas, retornos e exames, horários dos atendimentos, farmácias ineficientes – e de qualidade – falta de atenção, acolhimento e escuta por parte dos profissionais. As tentativas fracassadas de utilizar os serviços de saúde culminaram muitas vezes em uma nova busca por ajuda e orientação, havendo muitas desistências ou abandonos dos tratamentos anteriores, produzindo prejuízos de diferentes naturezas para os usuários.

Ao contrário das experiências anteriormente relatadas, a utilização dos serviços do CAPS “Casinha”, com sua estrutura diferenciada no atendimento à saúde mental infanto-juvenil, teve um impacto significativo na vida de seus usuários. Entrar nesse CAPS significou obter o atendimento esperado, pondo fim à longa espera por atenção especializada. As famílias relatam que a partir daí é possível vislumbrar as mudanças e transformações produzidas pela escuta e acolhimento oferecido pelos profissionais. Isso está diretamente relacionado ao fim das ansiedades, dos medos, da falta de orientação, do sentimento de solidão e de abandono sentido pelas famílias. A experiência no CAPS traz também a abordagem da doença mental sob a perspectiva familiar, retirando do foco o portador do sofrimento psíquico e fazendo com que toda a complexa rede de relações familiares participe do tratamento.

Considerações Finais

Os usuários do CAPS Casinha retratam o perfil das famílias e jovens que vêm enfrentando a difícil realidade encontrada nos equipamentos de saúde mental no país. A pesquisa mostra que paralela às dificuldades na busca e utilização dos serviços de saúde, há a possibilidade de atendimento de qualidade na área da saúde mental infantil.

É importante que fique claro que crianças e adolescentes são sujeitos com necessidades particulares. É nesse período da vida que as potencialidades para uma vida psíquica rica e com recursos para enfrentar dificuldades começam a ser construídas. Compreender as especificidades da população usuária dos serviços de saúde mental deve constituir a base do planejamento de políticas públicas capazes de facilitar o acesso e utilização dos serviços especializados para as famílias que precisam de orientação e direcionamento no tratamento de seus filhos.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: **Caderno de Saúde Pública**, 1995, nº11, p.491-95.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- DALLARI, S. FORTES, P.A. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. FLEURY, S. (organizador). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ELIA, L. A rede da atenção na saúde mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MACHADO, K. Como anda a reforma psiquiátrica? Rio de Janeiro: **Radis**, nº 38, 2005. p.11-9.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde: o caso da queixa escolar

Sabrina Gasparetti Braga¹
Maria de Lima Salum e Morais²

É grande o número de crianças encaminhadas para os serviços públicos de saúde com queixas escolares (SOUZA, 1997; MORAIS E SOUZA, 2001; BRAGA E MORAIS, 2007). Queixas de dificuldades de aprendizagem e/ou de problemas de comportamento relacionados à escola são chamadas de queixas escolares e estão entre os principais motivos de encaminhamento de crianças para atendimento em saúde mental de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de clínicas-escola.

Os profissionais que recebem essas crianças, muitas vezes, desconhecem a complexa rede de relações imbricadas na manifestação da queixa escolar, deixando à margem determinações sociais e institucionais que influenciam na produção das dificuldades escolares. Segundo Moysés (2001) a demanda atendida em serviços de saúde foi construída e apropriada pelos profissionais da área que, tendo como base uma concepção das causas das dificuldades de aprendizagem centradas no sujeito, deslocam para a saúde o enfrentamento de problemas que são fundamentalmente de ordem pedagógica, institucional e política. Muitas vezes, os psicólogos não têm a formação adequada para buscar outras formas de atendimento à queixa escolar, além do atendimento individual das crianças e de sua família, excluindo, dessa forma, o papel da instituição escolar na produção e solução das dificuldades.

Os profissionais da educação, por sua vez, encaram os problemas de saúde como barreira para aprendizagem e fator determinante do comportamento dito "inadequado" da criança no ambiente escolar, desconsiderando causas sociais das dificuldades escolares, tais como condições de vida, inserção familiar nos estratos sociais e nos meios de produção. Realizam encaminhamentos acreditando que os profissionais da saúde têm um grande poder de resolução, já que as crianças provavelmente não aprendem por serem portadoras de doenças orgânicas ou emocionais (COLLARES; MOYSÉS, 1997).

Diversos estudos propõem uma nova abordagem às queixas escolares. A nova abordagem preconiza a

desnaturalização das queixas através do conhecimento a respeito de sua construção histórica e compreende a queixa a partir das redes de relações produzidas no âmbito escolar, buscando identificar os diversos fatores sociais, institucionais e políticos envolvidos na sua produção. (MORAIS; SOUZA, 2001; SOUZA, 1997; CABRAL; SAWAYA, 2001; MARÇAL; SILVA, 2006).

Estudo realizado no ano de 2006 ratificou alguns dados de publicações anteriores a respeito da demanda de crianças com queixas escolares atendidas ambulatorialmente em psicologia, bem como sobre a forma de enfrentamento dessas queixas. Com o objetivo de averiguar se as pesquisas a respeito da demanda escolar em clínicas-escola e serviços públicos de saúde têm surtido efeito e provocado mudanças significativas na prática dos psicólogos foi realizado um levantamento do perfil de crianças atendidas e da conduta adotada pelos profissionais em sete UBSs da Zona Norte da cidade de São Paulo. Foram consultados 104 prontuários de crianças de 06 a 12 anos e onze meses de idade que demandaram o serviço de saúde mental, no segundo trimestre do ano de 2005, registrando-se os seguintes dados: idade, sexo e série escolar do usuário, escola que freqüentava, origem do encaminhamento, queixa principal e conduta adotada pelo psicólogo frente ao caso.

Os resultados do estudo revelaram que a maioria das crianças de 6 a 11 anos atendidas no serviço de saúde mental das UBSs eram do sexo masculino tinham entre oito e dez anos de idade e apresentavam queixas escolares, tanto em relação a dificuldades de aprendizagem, quanto a problemas de comportamento na escola. Tais dados, em sua maioria, são compatíveis com os encontrados em outras pesquisas no que diz respeito ao sexo e idade das crianças e à queixa apresentada por responsáveis pelas crianças encaminhadas para atendimento psicológico. (SILVA, 1994; SANTOS, 1990; SOUZA, 2002; MORAIS E SOUZA, 2001). Segundo Morais e Souza (2001), talvez os meninos sejam encaminhados mais freqüentemente devido a razões socioculturais. Por serem mais ativos, indisciplinados e agitados, sua conduta – que contrasta com a conduta aparentemente mais disciplinada das meninas – seria menos aceita pelos professores.

¹ Psicóloga com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: sabrinagasparetti@hotmail.com

² Psicóloga e Doutora em Psicologia pela universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br.

Morais e Souza (2001) concluíram em seu estudo que havia um número significativo de crianças da 2ª série encaminhadas para atendimento, pois essa série, à época da pesquisa, coincidia com o final do ciclo básico, que era de dois anos (1ª e 2ª séries). Os resultados do presente estudo apresentam uma realidade diferente, já que a maior parte das queixas escolares foi de crianças que freqüentavam a 4ª série, com as queixas escolares preponderando sobre as demais de 1ª a 5ª série.

Atualmente, os ciclos das escolas fundamentais, tanto municipais quanto estaduais, são divididos em um inicial, da 1ª à 4ª série, e um segundo, da 5ª à 8ª série, sendo que, dentro do período dos ciclos, há o regime de progressão continuada. Talvez o regime de progressão continuada tenha possibilitado que a maior parte das crianças cujo protocolo foi investigado neste estudo estivesse na série esperada de acordo com a idade. No entanto, quando chegavam à 4ª série, já no início do ano (período em que foi realizada a pesquisa), grande parte das crianças foi encaminhada para os serviços de saúde mental principalmente por queixas de dificuldade de aprendizagem associadas a problemas de comportamento na escola, no período de conclusão do ciclo, em que a criança pode, em tese, repetir o ano.

O estudo revela também que os encaminhamentos para saúde mental das UBSs são predominantemente realizados por escolas públicas, bem como são estas instituições as principais fontes de encaminhamentos das crianças para atendimento psicológico. Tais resultados indicam que os profissionais da educação realizam encaminhamentos para saúde mental por compreenderem como distúrbios os problemas de ajustamento escolar, que foram construídos também a partir da implantação de uma política (a progressão continuada). Atribuem explicações de ordem biológica a fenômenos sociais, desconsiderando os fatores educacionais, culturais e econômicos envolvidos no processo de escolarização.

Verificamos que, 76,9% das queixa apresentadas aos psicólogos nas UBSs eram escolares, associadas ou não a outros tipos de queixas de comportamento. Esse quadro mostra que, apesar dos esforços de alguns psicólogos e estudiosos da psicologia escolar, as escolas continuam tendendo a psicologizar ou a biologizar as queixas escolares, ao invés de reformular suas práticas e rever as questões da instituição educacional.

O estudo constatou ainda que a conduta mais freqüentemente adotada pelos profissionais de psicologia participantes da pesquisa foi a orientação familiar. Percebe-se que, independentemente do teor da queixa, os procedimentos mais utilizados pelos psicólogos são os tradicionais; orientação familiar (24,7%); terapia individual (15,3%) e grupal (20,5%), sendo que em casos de queixa não escolar a conduta adotada com maior

freqüência foi a terapia individual. Em apenas 1% dos casos que procuraram a UBS com queixas escolares foi realizada entrevista com professor.

Estudo realizado por Cabral e Sawaya (2001) mostrou que grande parte dos psicólogos ainda compreende a queixa escolar como um problema individual pertencente à criança encaminhada, portanto, pensam que ao desenvolverem um trabalho de compensação de supostas defasagens cognitivas e de problemas emocionais (via psicoterapia e/ou orientação familiar) podem eliminar os problemas escolares, independentemente da análise do contexto institucional onde tais problemas foram produzidos.

Morais (2004) relata a experiência do Fórum de Saúde Mental que revela a importância da atuação intersectorial na atenção à saúde. O Fórum de Saúde Mental foi uma experiência em que discussões intersectoriais fizeram ver que o contingente de crianças e adolescentes que necessitavam de atendimento médico, psicológico ou fonoaudiológico era menor do que inicialmente se pensava. Como resultado do Fórum, houve uma maior presença dos profissionais de saúde junto às escolas e uma diminuição dos encaminhamentos de crianças com queixas escolares para as unidades de saúde. Diante dessa experiência, fica clara a necessidade dos profissionais de saúde mental realizarem um trabalho intersectorial, que inclua a instituição escolar na compreensão e solução das queixas, não culpabilizando o aprendiz que muitas vezes é visto como portador de características pessoais incompatíveis com a aprendizagem.

Para Dimenstein (2000), os currículos de psicologia reproduzem o modelo clínico liberal privatista, modelo da psicoterapia individual com embasamento psicanalítico, valorizado-o em demasia, o que constitui um entrave para o exercício profissional em novas áreas que exigem uma atuação diferenciada do que foi vivenciado na formação, como no atendimento à queixa escolar em serviços de assistência pública à saúde

Freller *et al* (2001), por exemplo, propõem uma nova forma de atendimento à queixa escolar que - diferentemente do atendimento clínico tradicional muitas vezes demorado e que foca prioritariamente nos mecanismos intrapsíquicos e nas relações familiares - inclui os processos e práticas escolares na solução das dificuldades. Partir da análise de uma construção histórica permite uma avaliação de caráter investigativo e não classificatório, além de possibilitar reflexão sobre a criança e sobre as práticas pedagógicas, com o intuito de criar rupturas num possível funcionamento cristalizado das relações escolares e das práticas institucionais. Dessa forma, são levadas em conta as relações no interior da escola, com intervenções tais como: mudar de classe, mudar de lugar na sala de aula, assumir novos papéis na relação com os colegas e professores, passar a fazer atividades extra-escolares físicas ou

expressivas, etc. Assim, emergem novos espaços de movimentação para a criança, que também podem funcionar como desencadeadores de uma mudança interna.

Apesar de surgirem cada vez mais estudos que apontam para novas formas de enfrentamento da queixa escolar, prevalece o modelo hegemônico da clínica, norteada, sobretudo, por atuações diagnósticas e curativas. Segundo Marçal e Silva (2006), "a dificuldade em fazer o diagnóstico de que as dificuldades se relacionam com o âmbito escolar, com o processo de escolarização pode estar na formação, pois os cursos de psicologia geralmente centralizam seus currículos no sujeito psicológico e desconsideram o conhecimento dos aspectos sócio-históricos, políticos e ideológicos que permeiam a realidade e prática do psicólogo" (p.122).

Marçal e Silva (2006) relatam que há uma visão, por parte dos psicólogos que atuam em ambulatórios de Saúde Mental, que tenta considerar os determinantes sócio-históricos da queixa escolar. No entanto, as autoras apontam que existe certa dificuldade de uma atuação prática de acordo com tais pressupostos. Portanto, embora possa estar havendo algumas mudanças na visão dos profissionais de saúde a respeito dos determinantes da queixa escolar, continua sendo imperiosa uma revisão dos currículos de psicologia, para que não se reproduza uma visão naturalizante e biologizante de homem, e que os cursos de graduação preparem os psicólogos para uma atuação prática que busque não o ajustamento de crianças e famílias ao que delas é esperado, mas uma compreensão e atuação que considerem que, em se tratando de queixa escolar, é primordial a investigação de como a queixa foi construída na escola.

Referências Bibliográficas

- BRAGA, S. G.; MORAIS, M.L.S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. São Paulo: **Revista Psicologia USP**, 4, 2007. p. 35-51.
- CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante das Queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. Natal: **Estudos Psicologia**, 6, 2, 2001.
- COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. O profissional de saúde e o fracasso escolar. In CRP-SP - Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. **Educação Especial em Debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo, CRP 06, 1997. p. 137-159.
- DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública a saúde. Natal: **Estudos em Psicologia**, 5, 2000. p. 95-121.
- FRELLER, C.C., SOUZA, B.P, ANGELUCCI, C.B., BONADIO, A.N., DIAS, A.C, LINS, F.R.S. & MACEDO, T.E.R. (2001). Orientação à queixa escolar. Maringá: **Psicologia em Estudo**, 2, 129-134.
- MARÇAL, V.P.; SILVA, S.M.C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: Práticas e Concepções. Campinas: **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, 10, 2006. p.121-131.
- MORAIS, M.L.S.; SOUZA, B.P. **Saúde e Educação: Muito prazer!. Novos rumos no atendimento à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MORAIS, M. L. S. Redes de proteção e de inclusão social: a importância da atuação intersetorial na atenção à saúde. São Paulo: **Boletim do Instituto de Saúde**, 34, 2004. p.21.
- MOYSÉS, M. A. A. Os autos de acusação. In: MOYSÉS, M.A.A. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado das Letras, 2001. p. 51 - 138.
- SANTOS, M.A. Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. São Paulo: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 42, 1990. p.79-94.
- SILVA, R.C. O fracasso escolar: a quem atribuir? Ribeirão Preto: **Paidéia**, 7, 1994. p.33-41.
- SOUZA, M.P.R. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: MACHADO, A.M.; SOUZA, M.P.R (Editores.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 19-37.
- SOUZA, M.P.R. Problemas de Aprendizagem ou problemas de escolarização? repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva Histórico-Crítica em Psicologia. In: SOUZA, D.T.R.; OLIVEIRA, M.K.; REGO, T.C. (Editores.). **Psicologia, Educação e as Temáticas da vida Contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002. p.177-195.

Promovendo a Saúde Mental entre crianças e adolescentes: a prevenção à violência em ações educativas

Regina Figueiredo^{1,2}

Introdução:

Um dos itens mais importantes para o trabalho de promoção da **Saúde Mental de crianças e adolescentes** é a prevenção da violência contra este público.

A violência deve ser entendida nas suas mais diversas formas de expressão: desde **violência comportamental** (como a exclusão, desconsideração, etc), **violência verbal** (desqualificação, preconceito, ofensa e humilhação), até **violência física** (maus-tratos e agressão física ou sexual). Em todos esses casos, o dano psicológico é inerente e, devido à faixa etária envolvida, pode resultar em agravos estruturantes para toda a vida do indivíduo.

Este artigo aborda tal temática, utilizando a experiência do projeto Prevenção às DST/Aids e à Violência contra Crianças, desenvolvido em Diadema - SP, a partir de 2007, entre suas escolas municipais.

Pressupostos Teóricos e Metodológicos Adotados para a Intervenção

- Origens da violência:

Para atuar com o tema **violência** de forma efetiva, uma inversão de perspectiva se faz necessária. Ela não deve ser vista como um fenômeno de "fora" ou do "outro" (estranho, vizinho, más companhias), mas como algo "nosso", endógeno e próprio da base biológica dos seres humanos, sobre a qual racional e intencionalmente atuamos.

Enquanto animais, temos a expressão da violência/agressividade constituída enquanto resposta a situações de disputa e auto-defesa da espécie, bases da sobrevivência em meio natural (WRANGHAM; PETERSON, 1998). Por esse motivo, fica tão fácil entender porque esse interesse e defesa das próprias necessidades (denominados na Psicologia como "egocentrismo") se mostram tão presentes e mais fortes, quanto menos o indivíduo tenha recebido influências socializadoras, como observa-se com bebês e crianças pequenas. Todos podem lembrar situações onde uma criança que quer um brinquedo de outra, simplesmente o toma ou empurra o "adversário" com toda "naturalidade".

Será o adulto, por meio de processos educativos, quem irá indicar a inadequabilidade do ato, ensinando a criança a pedir, esperar a sua vez de brincar e respeitar o "amiguinho", não fazendo coisas que possam deixá-lo "triste" ou "chateado". Portanto, é a situação de vivência em sociedade que determinará, no caso humano, a conduta frente a esta propensão de defesa do interesse próprio (que às vezes usa da agressividade/violência), criando consensos e contenções para que não haja ameaça ou destruição dos vínculos de convivência, permitindo uma vida em comum e o respeito ao outro. **A noção de respeito e direito ao outro, dessa forma, é uma construção humana, uma opção, uma estratégia definida para uma melhor vida coletiva**, que precisa ser reafirmada continuamente para estar em vigor. Não é algo dado, nato, pressuposto, por isso, todos da sociedade têm a responsabilidade de desenvolver ações para a sua perpetuação.

Não sem propósito, os estudiosos e antropólogos relatam casos de "meninos-lobos" (LÉVI-STRAUSS, 1976a) - pessoas encontradas, após terem sido perdidas e criadas em matas e florestas - apontam comportamentos absolutamente arremidos, agressivos e impulsos de resolução ágil e prática de interesses próprios mesmo quando adultos. Eles não receberam o potencial socializador da sociedade para conter as necessidades prioritárias de seu *ego* e aprender a negociá-las em prol do bem-comum, inclusive construindo a confiança de que também será beneficiado.

Essa preocupação em definir até onde vão os limites comportamentais impostos pela Biologia (natureza) nos seres humanos e até onde começa a imperar os desígnios da Cultura, foi por décadas, alvo de discussões da Antropologia (LÉVI-STRAUSS, 1976b). O que se define, conclusivamente, é que **não há tal fronteira**, uma vez que os próprios princípios biológicos que regem os comportamentos humanos são, em muitos casos, promovidos pela sua vida em sociedade, ao mesmo tempo em que muitas condutas culturais se mostram presentes em várias sociedades sendo universais, enquanto outras tantas, aparentemente "naturais", são tão diversas entre os grupos humanos, ainda que infelizmente não sejam divulgadas (GEERTZ, 1978).

¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

² Colaboração de Tânia Costa, Assistente Social e Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids/Hepatites do Município de Diadema-SP. Contato: tancosta@uol.com.br

- Educar para a não-violência:

A atuação educativa do grupo sobre os indivíduos deve buscar torná-los sujeitos não-violentos, não violadores e, portanto, pensando na reprodução de comportamentos entre as pessoas e as gerações, também visa promover que não sejam **sujeitos violados**. Essas educações ficam a cargo, em nossa sociedade, principalmente da família, da escola, mas também são praticadas por outras instituições sociais que têm papel na formação dos indivíduos, como a mídia, a polícia, etc.

Assim, a atuação conjunta com discursos comuns sobre a contenção da violência e da agressividade e da importância do respeito ao outro é fundamental para que este objetivo tenha êxito, uma vez que podem limitar, reproduzir, ou, até mesmo, ampliar o potencial da violência/agressividade, tornando-a indesejada e mal-vista ou, então, uma marca social das relações entre os indivíduos. Portanto, a característica humana será a interação social com a agressividade/violência, através da educação (familiar, escolar, etc.) na formação preventiva do indivíduo como sujeito das ações na sociedade.

Durkheim (1995), em suas macro-análises de comportamentos sociais, observa que toda sociedade, através da educação, delimita condutas sociais de interesse ao grupo. Um dos alvos dessas ações são os comportamentos e a expressão da violência/agressividade presentes no interior dos grupos humanos. O autor identifica essa contenção através da prática de "coerções" realizadas, ora como sanções positivas (que promovem e premiam os comportamentos considerados corretos para vivência em sociedade), ora como sanções negativas (que recriam os comportamentos considerados incorretos, dando-lhe uma punição, não necessariamente física, mas realizada por indicações de limites, ressalvas, conselhos e, também, broncas verbais, exílio de atividades, etc.). A função de ambas as formas de sanções é eminentemente social, ou seja, não tem função sobre o que foi feito pelo indivíduo (uma vez que a ação é passada e sem retorno), mas visa demonstrar aos demais membros da sociedade que assistem, quais comportamentos devem ou não ser seguidos.

Expandindo tal papel educador/formador com relação à prevenção da violência/agressividade, será a sociedade a responsável por ensinar os indivíduos desde crianças:

- a "enxergar" o outro como indivíduo semelhante a si;
- a "enxergar" que esse outro tem comportamento e vontades próprias, que podem ser diferentes;
- qual deve ser o comportamento frente a este "outro" e suas condutas e vontades. No caso da educação para a não-violência a intenção é preconizar sempre o respeito.

Além disso, a Antropologia observa que as sociedades, da mesma forma, indicam e estão sempre preocupadas em definir:

- o que será definido como violência que deve sofrer intervenção;

- como tratar a prática dessa violência - qual será a conduta, a sanção, os encaminhamentos feitos;
- o que será feito para prevenir a violência coletivamente;
- onde e como esta violência/agressividade poderá ser expressa e descarregada.

Com relação a este último item, a Antropologia registra a universalidade do uso de jogos como atividades onde a agressividade pode ser "canalizada", direcionando sua expressão de forma a não representar ameaça à vida comum. Essa "descarga" pode ser feita em jogos propriamente físicos (esportes e brincadeiras corporais), mas também pode ocorrer de forma simbólica (jogos e brincadeiras em geral de disputa, onde se "mata", "come", conquista ou "destrói" o adversário, como o xadrez, ludo, damas, war, etc.).

- Capacitação de educadores para atuar com a violência:

O trabalho de prevenção à violência com crianças e adolescentes precisa, portanto, resgatar o papel dos **adultos como atores sociais que têm que atuar sobre ela**. No caso, da escola e seus educadores. A observância dessa conduta, deve considerar, no Brasil, as diretrizes do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), tanto com relação ao que pode ser identificado como violência contra crianças e adolescentes, quanto na responsabilidade social das instituições para promover sua contenção.

Além do ECA, várias outras legislações corroboram a atuação sobre a violência, principalmente com relação à denúncia de casos. Assim, a violência contra crianças e adolescentes deve ser vista, conforme o Ministério da Saúde (2001), como uma questão de Saúde Pública. A atuação de adultos em geral e instituições como escolas deve ser de promoção à prevenção e a denúncia de sua ocorrência pelas instituições públicas de saúde e/ou de cuidado à criança e ao adolescente é **obrigatória** em todo no Brasil, conforme o artigo 245 do ECA (BRASIL, 1990), bem como em todo o estado de São Paulo (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA, 2001).

A opção para o trabalho desenvolvido em Diadema preconizou o esclarecimento de educadores de 3 (três) escolas municipais de Ensino Fundamental (Novo Eldorado, Florestan Fernandes e Olga Benário). Em reuniões com todos os educadores, foi abordado um conteúdo básico que incluiu: legislação, papel esperado dos educadores e das direções escolares, além da orientação de encaminhamentos a serviços (unidades de saúde, conselhos tutelares e outros) e a identificação das principais características que indicam a ocorrência da violência contra crianças e adolescentes:

Além disso, o Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites de Diadema, junto à Rede de Atenção à Violência Sexual de Diadema (RAVIS), elaborou em conjun-

Sinais de Violência contra Crianças	Sinais de Violência contra Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressão/Ansiedade ▪ Medos/Fobias/ Insegurança excessiva ▪ Perda de urina e fezes ▪ Compulsão masturbatória ▪ Marcas físicas ▪ Palavreado ou atos com detalhamento excessivo de práticas ou condutas sexuais ▪ Sintomas de DST ▪ Relato da violência (direto ou indireto) através de brincadeiras ▪ Descrição ou exemplificação de contatos em situação de verticalidade (diferença de status, faixas etárias ou com uso de ameaça ou força física) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressão/Ansiedade ▪ Medos/Fobias/ Insegurança excessiva ▪ Marcas físicas ▪ Sintomas de DST ▪ Relato da violência direto ou indireto através histórias de “amigos” ▪ Descrição de contatos em situação de verticalidade (onde há diferença de status, faixas etárias ou com uso de força física ou ameaça)

Fonte: Álbum Seriado Prevenção à Violência. Semina Educativa, 2008.

to com um grupo de teatro profissional a peça “Larga do Meu Pé”³, para ser apresentada às crianças nas escolas envolvidas no projeto. Seu enredo aborda a importância do respeito mútuo, do direito de ser participante e respeitada, da igualdade de direitos entre meninos e meninas, da importância de brincar, se divertir e de procurar um adulto, sempre que houver desrespeito a si ou ao seu corpo.

Discussões e Fatos Observados - Violência no Cotidiano de Crianças e Adolescentes

Uma das principais constatações do projeto desenvolvido entre as escolas municipais de Diadema (e que se acredita ser um retrato de várias regiões brasileiras), é que a violência está nos espaços de formação/educação de crianças e adolescentes, geralmente sem ser notada ou alvo de intervenção.

Nas famílias, por seus conteúdos culturais e morais, a educação e os exemplos de conduta são permeados por condutas de violência. O preconceito com relação a diversos temas (raça, sexualidade, homossexualidade, etc), somados a condutas de coerção física, reproduzem o modelo de violência contra o “outro”, muitas vezes, este “outro” as crianças e adolescentes parentes.

Também há relatos dos educadores, de casos pontuais de famílias que praticam maus-tratos, omissão de cuidado ou casos de violência sexual - realizada fisicamente ou, até, psicologicamente, como, por exemplo, a violência contra meninos erroneamente identificados como homossexuais, o incentivo de pais sobre meninos para que assistam a filmes eróticos. Esses relatos corroboram as estatísticas oficiais de **violência doméstica** e contra a criança tão comentadas no Brasil, um dos focos de maior atuação para a implementação do ECA (BRASIL, 1990).

Cabe ressaltar, que devido a diversos fatores, como o âmbito privado, à falta de autonomia das vítimas, à

cultura de omissão e passividade frente aos casos e à recente conquista histórica de composição dos conselhos tutelares, ainda há sub-notificação da maioria dos casos onde há violência contra crianças e adolescentes.

Nas escolas, observa-se a reprodução da violência, não apenas pelas condutas escolares, ainda, bastante influenciadas pelos modelos antigos de educação autoritária (que preconizam punições com notas, ameaça de levar alunos “mal comportados para a diretoria”, chamar os pais), além do próprio método de ensino: muitas vezes, diretivo, expositivo e colocado de forma vertical, impedindo a integração da realidade e saberes dos alunos. Essas características, no entanto, se mostram em transformação devido ao impacto das propostas construtivistas de educação, que promovem maior horizontalidade das relações educador-educando, facilitando a participação desses últimos, além da re-estruturação das formas de ensino-aprendizagem com desenvolvimento de projetos e pesquisas.

Observa-se, também, o despreparo e a falta de formação dos educadores para atuar com o tema da violência, que passa, não apenas despercebido, como tem tratamento não-padronizado, variando conforme a percepção, acúmulo, experiência e boa vontade desses profissionais. Não há uma profissionalização para atuar com este tema em seus cursos preparatórios e os próprios procedimentos preconizados pelo ECA e outras portarias e normas são desconhecidos. Essa constatação ressalta a importância de projetos como este, que atuem com a atualização técnica desta categoria em relação ao assunto.

- Situações de violência recorrentes na escola:

A intervenção possibilitou verificar que há, de forma geral, diversas situações onde violências simbólicas ou relacionais ainda são reproduzidas na escola e não-visualizadas pelos educadores:

- **Violência Racial (racismo):** mais rara em nível de comportamento, ainda se mostra muito presente em materiais didáticos e conteúdos de texto que

³ Apresentada pelo Grupo Teatro da Conspiração, Santo André - SP. Contato: teatrodacospiração@uol.com.br e recém-produzida também no formato do vídeo-educativo “Larga do Meu Pé: ensinando cidadania, respeito e prevenção à violência às crianças”, pela Semina Educativa Ltda: www.seminaeducativa.com.br.

não apresentam pessoas negras em situação de status, comando ou bem estar social;

- **Violência de Gênero (misoginia e sexismo):** comum entre o comportamento de alunos e reproduzida e reforçada pelos professores, com divisões por sexo (como filas, brincadeiras e outras atividades), além de uma preocupação visivelmente desigual e mais preconceituosa com o comportamento sexual das meninas, com relação ao dos meninos;
- **Violência Homofóbica (homofobia):** extremamente presente no comportamento de alunos frente a meninos que não correspondam ao modelo de masculinidade preconizado. Há xingamentos, desqualificações, isolamento, casos de violência física e, até, sexual, frente aos quais os educadores se mostram sem ou com pouquíssima ação e enquadram conforme o senso comum como "homossexualidade".

Com relação a tais ocorrências de violência acima citadas, não há, no geral, uma conduta de intervenção/sanção em relação às mesmas e o comportamento padrão é a resolução individual quando a violência se torna física entre alunos, ou é praticada de forma comportamental ou verbal desses para com professores.

Outros tipos de violência verificados são as hierarquias físicas ou de status social (esta última expressa geralmente pela exibição de objetos pessoais, roupas, etc.). Essas ocorrências não são identificadas pelos educadores como forma de violência simbólica que promove humilhação: meninos mais fracos ou menores são destratados, gerando uma tendência de desejo de ser "forte"; crianças mais pobres e sem pertences são automaticamente desqualificadas, reforçando o materialismo, o exibicionismo, a inveja e a exclusão social. Em nenhum desses casos, há intervenção da escola para apontar a violência praticada e para indicar esses comportamentos como práticas discriminatórias que geram mal-estar e desigualdade; ao contrário, se perpetua a idéia de que esses são modelos ideais a serem garantidos.

Por fim, observa-se que a escola não realiza nenhum trabalho preventivo com relação à violência e perde muito tempo com a confirmação de casos e com a realização de orientação individual, interrogação da família, o que termina por omitir e evitar o encaminhamento de casos para profissionais da Saúde Mental, serviços de saúde ou conselhos tutelares.

O desconhecimento das etapas naturais de descoberta da sexualidade (FIGUEIREDO *et al*, 2008), também é observado como um motivo para que, muitas vezes, o próprio educador se coloque num papel de violador, tanto frente às descobertas naturais das crianças, quanto às vivências da pré-adolescência e adolescência, como ocorre com relação aos direitos de expressão de formas de ser e agir que são confundidas com homossexualidade, tema ainda visto com profundo preconceito e preocupação. Os diversos tipos de

reação do educador desrespeitam os direitos e o bem-estar de crianças e adolescentes.

Considerações Finais

A experiência demonstra a importância da inclusão do tema violência no currículo de formação das novas gerações de educadores. Demonstra ainda, a necessidade de capacitação e construção de fóruns permanentes que articulem a criação de atividades de promoção à violência entre crianças e adolescentes nos espaços escolares.

Em ambas, deve estar presente a informação sobre legislações sobre o tema e procedimentos e fluxos envolvidos na observação de ocorrências de violência. Por este motivo, é fundamental a participação de secretarias de saúde e justiça/cidadania fazendo tal interlocução.

Como boa parte das ocorrências de violência observadas giram em torno de temas ligados à área de sexualidade, é fundamental que haja abordagem desse tema tanto na formação como na atualização dos profissionais que atuam com crianças e adolescentes.

Acredita-se que essa é a melhor forma de resgatar o papel realmente educacional para a não-violência da instituição escolar, que vem, sem intencionalidade e por falta de preparo, sendo uma das estruturas sociais que perpetuam a sua continuidade, principalmente com relação à violência comportamental e simbólica.

Referências Bibliográficas

- ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Estadual 10.498 obriga a notificação dos maus tratos contra a criança e adolescente.** São Paulo, 05/01/2001.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
- DURKHEIM, E. **Da Divisão do Trabalho Social.** São Paulo: **Martins Fontes, 1995.**
- FIGUEIREDO, R.; KALCKMANN, S.; BASTOS, S. **Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de DST/aids e gravidez não-planejada, incluindo contracepção de emergência.** São Paulo: Instituto de Saúde/SES-SP, 2008.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco.** Petrópolis: Vozes / São Paulo: EDUSP, 1976a.
- LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem.** São Paulo: Ed. Nacional, 1976b. [1962]
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- SEMINA EDUCATIVA. **Prevenção à Violência.** São Paulo: Semina Educativa, 2008. (álbum seriado).
- WRANGHAM, R; PETERSON, D. **O macho demoníaco.** São Paulo: Editora Objetiva, 1998.

Uso de álcool e drogas entre adolescentes do Ensino Médio em São Paulo

Regina Figueiredo¹
 Maria Cecília Goi Porto Alves²
 Maria Mercedes Escuder³
 Lígia Rivero Pupo⁴
 Neuber José Segri⁵

Introdução

O consumo de drogas está associado a fatores que constituem risco à saúde, como sexo desprotegido, violência urbana, acidentes de trânsito, problemas físicos e mentais. Este consumo crescente entre adolescentes vem sendo apontado como um problema de Saúde Pública no Brasil (GALDURÓZ *et al*, 1997; SOLDERA *et al*, 2004; CHAVES; ANDRADE, 2005). Por este motivo, seu acompanhamento e o estudo de suas implicações precisa ser realizado, especificando aspectos que desmistifiquem as situações de experimentação e acompanhem e associem o uso contínuo e também o abusivo e suas implicações.

Este artigo apresenta resultados do levantamento que identificou a frequência de uso de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes estudantes da rede pública estadual no município de São Paulo.

Metodologia

O levantamento sobre uso de drogas foi realizado junto ao inquérito escolar de maior abrangência realizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no final de 2006, que objetivou levantar comportamentos sexuais e reprodutivos de risco, além de fatores a eles associados (FIGUEIREDO *et al*, 2008). A amostra representou proporcionalmente os estudantes de Ensino Médio da rede pública de ensino estadual, conforme as 5 macro-regiões nas quais as escolas da cidade de São Paulo é dividida (centro-norte, sul, sudeste, leste e oeste). Foram entrevistados 4.929 alunos de um total de 151 turmas sorteadas dos três períodos escolares (matutino, vespertino e noturno) de 38 escolas, também sorteadas, através do uso de questionário auto-aplicável em sala de aula.

Resultados

Foram entrevistados 2.632 garotas e 2.297 rapazes com idade média 16,5 anos (mediana = 16), sendo 47,9% brancos e 46,7% negros e pardos, com 51,5% de religião católica e 23,5% evangélicos, que residem

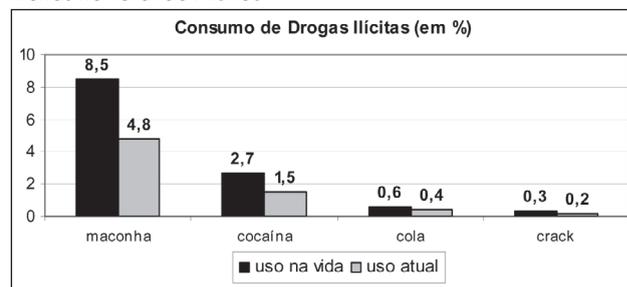
com chefes de família onde 47,9% cursou apenas até o Ensino Fundamental.

A experimentação de cigarros foi feita por 30,1%, sendo maior entre meninas (33,2%) que entre rapazes (26,4%). A continuidade no uso desses atualmente é feita por 20% dos estudantes.

O uso de bebidas alcoólicas já foi realizado por 57,5% (56,1% meninas; 59,1% rapazes), sendo que atualmente 50% continuam a utilizar essa substância.

O uso de drogas ilícitas foi de 13,1% (11,2% meninas; 15,2% rapazes). A principal droga consumida foi a maconha, por 5,3% dos alunos, a cocaína por 1,6%, a cola por 0,4% e o crack por 0,1%, conforme o Gráfico 1:

Gráfico 1: Consumo e Continuidade de Uso de Drogas Ilícitas no Total de Alunos



Tanto as drogas lícitas, como as ilícitas foram mais consumidas (71,9% e 47,4%, respectivamente) em festas, com grupos de amigos. Seu uso na vida foi mais freqüente entre alunos do período noturno ($P = 0,0000$), sendo as drogas ilícitas, mais consumidas nas regiões Leste e Centro do município ($P = 0,0307$).

O consumo de drogas ilícitas foi mais comum entre rapazes ($P = 0,0010$) e foi abandonado por 38,2% de quem as experimentou. Dos que utilizaram crack, houve 64,3% de abandono; dos de cigarro, 46,8%; dos de maconha, 43,4%; dos de cocaína, 44,7% e dos de cola, 35,7%. O álcool é a droga em que há mais adesão e permanência de uso, 86,7% continuaram a consumi-la após a experimentação.

As drogas que apresentam maior frequência de uso por quem as utiliza são, conforme o Gráfico 2: o crack, utilizado "sempre" por 21,4% deles; o cigarro, utilizado "sempre" por 18,8%; a maconha utilizada "sempre" por

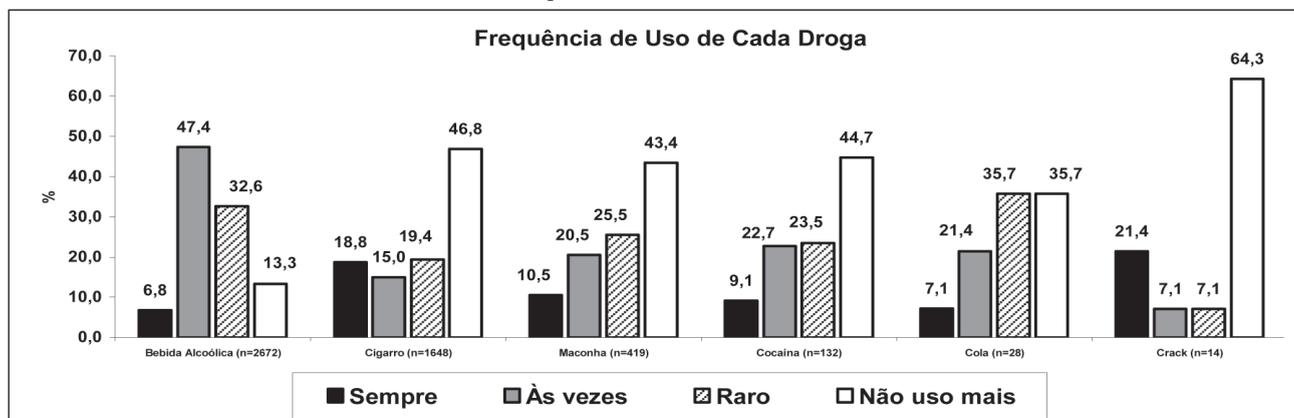
¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@vul.com.br

² Estatística, Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica de Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cecilia@isaude.sp.gov.br

³ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Pesquisadora Científica de Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mescuder@isaude.sp.gov.br

⁴ Psicóloga, Mestre em Medicina Preventiva e Pesquisadora Científica de Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: ligia@isaude.sp.gov.br

⁵ Estatístico, Mestre em Saúde Pública. Contato: nsegri@gmail.com

Gráfico 2: Consumo e Continuidade de Uso de Drogas Ilícitas no Total de Alunos (%)

10,5%; a cocaína usada "sempre" por 9,1% a cola utilizada "sempre" por 7,1% e, por último, as bebidas alcoólicas, utilizadas "sempre" por 6,8% de seus consumidores.

Entre os entrevistados, 55,6% já mantiveram relação sexual, sendo 64,8% dos entrevistados do sexo masculino e 47,9% dos do sexo feminino. Dos que já praticaram sexo, 24,8% afirmaram já ter feito esta prática sob efeito de drogas (18,6% meninas; 30,5% rapazes).

Dentre os que já usaram drogas ilícitas na vida, é menor o percentual dos que se preocupam em sempre evitar DST/Aids (Teste Qui-quadrado, $P = 0,002$) e o estudo de associação demonstrou que entre as mulheres que referiram ter utilizado drogas ilícitas, há 1,86 vezes mais chances de não uso de camisinha atualmente do que entre as que nunca usaram drogas (Teste Qui-quadrado, $P = 0,027$).

A pesquisa aponta que o fato de haver ter tido consumo de álcool e outras drogas não se relaciona ao uso de preservativos, porém o consumo frequente do álcool está ligado ao não uso constante ("sempre") do preservativo (Teste de Qui-quadrado, $P = 0,049$):

Conclusões

Há grande experimentação de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes estudantes de Ensino Médio. A **droga mais utilizada é a bebida alcoólica**, observada em ambos os sexo e também o uso de cigarros por meninas, o que aponta a necessidade de trabalhos preventivos sobre drogas com adolescentes.

Tabela: Consumo de Bebidas Alcoólicas X Frequência de Uso de Camisinha

Uso de Bebidas Alcoólicas	Uso de Camisinha			Total
	Quase nunca	Quase sempre	Todas as vezes	
Sempre	11,4%	10,4%	6,5%	8,3%
Às vezes	44,3%	52,0%	51,0%	50,3%
Raramente	30,7%	26,2%	29,9%	29,0%
Não uso mais	13,6%	11,3%	12,7%	12,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O estudo revela que o contato com drogas ilícitas não leva necessariamente a permanência de seu uso e nem ao seu uso abusivo. A **ocorrência de permanência no uso contínuo é maior entre usuários de crack, assim como se observa com usuários de cigarro**.

A utilização de drogas no grupo adolescente está ligada à sociabilidade, uma vez que é realizada com amigos, normalmente em situações de lazer.

A prática de sexo é realizada muitas vezes sob efeito de drogas psicotrópicas, o que aponta a vulnerabilidade a comportamentos sexuais de risco com relação à prevenção de gravidez e DST/Aids. Esse comportamento se confirma na relação de **menor uso de preservativo entre meninas que utilizaram drogas ilícitas e no não uso constante de preservativos entre usuários frequentes de bebidas alcoólicas**. Este fato aponta a **importância de trabalhos de intervenção que motivem a prevenção sexual e o uso de preservativos em situações ou locais onde o consumo de bebidas alcoólicas é realizado, além de outras situações de lazer onde o consumo de drogas ilícitas pode ser realizado, como festas, danceterias, shows e eventos de encontro jovem**.

Referências Bibliográficas

- CHAVEZ, L.M.C.; ANDRADE, D. La escuela básica em la prevención Del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Ribeirão Preto: **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, 13 (spe), 2005.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/EPM, 1997.
- FIGUEIREDO, R.; PORTO ALVES, M.C.G.; ESCUDER, M.M.; PUPO, L.R. **Relatório Final da Pesquisa Contração de Emergência entre Estudantes de Ensino Médio e Público do Município de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. (relatório)
- SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORREA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Use of psychotropis drugs Amon students: prevalence and associated social factors. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 38 (2), 2004.

Os outros olhares necessários no cuidado do abuso sexual infantil para além da Saúde Mental

Maria Theresa Bittencourt Pavão¹

A presente questão surgiu da minha experiência clínica, como psicanalista, oportunidade em que atendi casos de mulheres que, no decorrer do processo de análise, relataram experiências de abuso sexual na sua infância. Eram relatos carregados de muito sofrimento, uma vez que elas se consideravam culpadas pelo abuso sofrido - seja por omissão, por provocação ou pelo prazer resultante, mas principalmente porque ocorriam dentro da relação familiar, com o pai.

Por mais que ponderassem que eram crianças à época inicial do abuso, não conseguiam integrar e nem elaborar essa experiência como uma situação de abuso propriamente dito, uma vez que receberam um estímulo externo não correspondente ao seu grau de evolução interna. Procuravam, sempre, o que se pode chamar de sua participação ativa naquele relacionamento abusivo.

Nesses casos, pude observar que as conseqüências do abuso sexual foram a base da grande maioria dos sintomas apresentados na fase adulta desses sujeitos e, dessa forma, todo o processo analítico circulava em torno dessa experiência numa tentativa de elaboração e reestruturação dos papéis familiares.

Entendendo que o abuso ocorre no contexto de uma relação afetiva entre o autor (geralmente o pai) e sua vítima (geralmente a filha) e, segundo Freud (1913), por se tratar de uma relação incestuosa, proibida, proibição essa transmitida de geração à geração, implicando com isso a culpabilização nas vítimas. A prática do abuso é realizada por alguém que a criança conhece, confia e ama, afinal ela é educada para desconfiar de estranhos, facilitando assim, o domínio perverso sobre a criança

Na grande maioria das vezes, o abuso acontece sob segredo, sem deixar marcas físicas, já que o abusador age sem violência, usando de sedução e ameaça, tornando a revelação mais perigosa que o próprio ato. Esse segredo tem como função manter a coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social, acarretando em uma grande confusão em relação aos papéis parentais - o pai deixa de desempenhar papel protetor e de representante da lei, e a mãe, por sua omissão, também deixa de protegê-la.

O fato da criança resistir pouco ao agressor, torna-a, com isto, segundo Lamour (1997), "uma presa ao sistema relacional patológico, adaptando-se a ele." O abusador quando percebe que a criança começa a entender essa relação como abusiva, inverte os papéis, culpando-a por aceitar seus carinhos. Com a evolução do abuso e a chegada da adolescência, o abusador torna-se cada vez mais violento e possessivo, por medo de que sua vítima o denuncie, ou que possa perdê-la para outros.

Por isso, quando da revelação, é essencial que aquele a quem a criança confiou possa sustentar sua palavra, dando-lhe credibilidade e reconhecimento do quanto ela é frágil em tal situação. Porém, se ela for ouvida de forma exageradamente dubitativa poderá, segundo Mazet (1997), "comprometer as chances de restaurar sua identidade já maltratada e reforçar as conseqüências do trauma." O risco é que ela não fale, que se feche em seu silêncio para grande alívio de todos; que não espere mais nenhuma ajuda, nenhum apoio do adulto, sobretudo porque já passou pela experiência do abuso de poder dos adultos, e da ausência de respeito por si. Em alguns casos de abuso contra a filha, quando da revelação, a mãe reage com ciúmes e a responsabiliza pelo ocorrido. A dificuldade da mãe em reconhecer o incesto, provém do seu reconhecimento no fracasso como mãe e esposa.

São formas doentias e pervertidas de violência e segundo Cohen & Gobbetti (1998), "a relação incestuosa é a perversão do papel de pai, mãe e filho; é o sintoma de uma família mal estruturada, portanto a patologia está na família e não na relação em si; não há apenas agressor e vítima, todos são agressores e vítimas, uns mais ativos e outros que observam passivamente."

Pfeiffer (2000) conclui que "o abuso sexual faz parte de um conjunto de rupturas de relacionamentos, em uma estrutura doente familiar, que vem do histórico de vida de cada membro dessa família, incluindo o agressor. Esse histórico pode determinar uma permissividade ao ato pela própria desvalorização da infância e adolescência como também do papel da mulher, mantendo, na maioria dos casos, uma cegueira e surdez coletiva dos apelos muitas vezes mudos das vítimas." Para Mazet (1997) há, na família, "a repetição de uma geração

¹ Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo e Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mtheresa@isaude.sp.gov.br

para outra, da situação de abusos sexuais. Existe uma verdadeira transmissão de tais fatos através de gerações.”

Mais do que a violência do ato sexual, no entendimento de Gabel (1997), “é a violência da situação de dominação – é o poder exercido pelo grande sobre o pequeno, baseado na confiança que o pequeno tem no grande” e, segundo Cohen (1998), “é a imposição da vontade sobre o outro, a qual a criança se submete.”

A verdadeira incidência do abuso sexual é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo o mundo, pois é envolvido em um profundo pacto de silêncio, principal responsável pelo tímido número de denúncias.

Palusci (2006) considera que “o abuso é definido por meio de sinais indiretos da agressão psicológica, somado aos fatos relatados pela vítima ou por um adulto próximo.”

Os principais sinais considerados pelo autor como um alerta para uma avaliação mais ampla, são:

- curiosidade incomum sobre os genitais
- medo de ficar só com determinada pessoa
- mudança súbita emocional ou de comportamento
- abandono das antigas brincadeiras
- problemas de sono
- queixas somáticas
- choro fácil
- brincadeiras sexuais agressivas
- masturbação excessiva
- medo de ficar só
- problemas na escola
- hematomas
- lesões genitais e ou anais
- conhecimento sexual
- história de vitimização sexual por parte dos pais -sobreviventes do abuso, geralmente, repetem o ciclo de vitimização

Para Kaplan (1997) “crianças até 3 anos de idade tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou de abusos passados, contudo suas experiências podem ser reproduzidas em seus jogos e fantasias.”

O abuso sexual afeta 15% dos 65 milhões de menores de 18 anos no Brasil. Dois terços das agressões são contra meninas. Cerca de 300 mil meninas são vítimas de incesto pai-filha todos os anos. Mais de 100 mil delas tentam o suicídio em decorrência desse fato. Acresça-se ainda a informação de que 100 crianças morrem por dia no Brasil, vítimas de maus-tratos, segundo o LACRI (1998).

Estudo financiado pela Organização Panamericana da Saúde (1994), chama a atenção de que somente 2% dos casos de abuso sexual contra crianças e

adolescentes dentro da família são denunciados à polícia, e, devido ao constrangimento causado pelo estupro e pelos abusos, os dados sobre esses crimes são mais difíceis de serem pesquisados, de acordo com o Ministério da Justiça/Pacto contra a Violência (2000).

Estudos (MOURA, 2005) apontam a formação dos profissionais de saúde, como uma das razões para o baixo índice de identificação. O pouco tempo que eles tem para atender os pacientes, o medo em ofender ao tocar no assunto, não dispor de recursos para oferecer às vítimas e acreditar que não faz parte de sua atribuição abordar o assunto, são outras razões apontadas.

Mas, o mais importante da denúncia é que quando uma família falha no processo de instauração da lei que proíbe o incesto, um outro agente externo deve cumprir esta função. Revelar a violência é o primeiro passo para cessar o abuso, pois, segundo a teoria psicanalítica, seria uma forma simbólica da castração que não ocorreu na relação parental, fazendo a ruptura do equilíbrio doméstico que as pessoas se impõem, em uma distorção relacional, denominada família incestuosa.

A procura aos profissionais de Saúde Mental, para o tratamento de crianças vítimas de abuso, só ocorre quando da descoberta desse abuso. Os casos não descobertos em tempo hábil ficam sem tratamento adequado e, quiçá um dia, quando o sujeito abusado tiver oportunidade de atendimento por questões outras, o tema venha à tona, acrescido de todo o desgaste que o tempo sem tratamento provocou.

Resta a questão de como os profissionais da Saúde Mental podem alertar aos profissionais de outras áreas de Saúde, de que crianças de seu trato rotineiro possam estar sendo abusadas sexualmente, sem evidências claras? Existem dispositivos legais que permitem aos profissionais de saúde dar o passo inicial em situações de suspeita e posterior tratamento psicológico aos envolvidos, quando confirmado o caso. A intervenção acarretaria a possibilidade de um encaminhamento adequado, garantindo através de mecanismos jurídicos a proteção das vítimas, e a punição dos culpados.

Segundo o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8068 de 13/07/1990, em seu artigo nº 245, “o médico e o responsável pelo estabelecimento de saúde têm o dever de denunciar os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos praticados contra crianças e adolescentes que tenham conhecimento, fundamentando-se em evidências consistentes e sustentáveis.”

O Conselho Federal de Medicina em 1997, emite o parecer que “o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional”.

Em 2000, é lançada a Lei Estadual 10.498/00, em São Paulo, que torna compulsória a notificação de maus tratos em crianças e adolescentes.

Em 2001, o Ministério da Saúde publica a portaria 1968 de 26/10/2001, que dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde, obrigando assim, a notificação pelo serviço de saúde, e permitindo o acompanhamento dos casos.

A necessidade e validade dessas medidas, explica-se não só para a proteção das crianças, como também para servir de profilaxia, pois nos casos em que o abuso é descoberto imediatamente após o ocorrido, a rede pública é capaz de oferecer medidas de proteção à gravidez indesejada, e prevenção ou tratamento precoce das Doenças Sexualmente Transmissíveis, até 72 horas após a ocorrência do abuso.

Referências Bibliográficas

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM nº737 de 16/05/2001.** Brasília. 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8069/90.** Brasília. 2003.
- COHEN, C. & GOBBETTI, G.J. "Abuso Sexual Intra-familiar". **Revista Brasileira de Ciências Criminais.** V.6, n.24, p.235-43. 1998.
- FREUD, S. "Totem e Tabú". **Obras Completas.** V. XIII. Rio de Janeiro. Imago. 1913.
- FURNISS, T. **Abuso Sexual da Criança. Uma Abordagem Multidisciplinar.** Porto Alegre. Artes Médicas. 1993.
- GABEL, M. **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** São Paulo. Summus. 1997.
- GOBBETTI, G.J. **Incesto e Saúde Mental : Uma Compreensão Psicanalítica sobre a Dinâmica das Famílias Incestuosas.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo. 2000.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. & GREBB, J. "Problemas relacionados ao abuso ou negligência." In: Kaplan & Sadock. **Compêndio de Psiquiatria.** Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.
- LAMOUR, M. "Os abusos Sexuais em Crianças Pequenas". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.
- LARANJEIRA, R.A.P. **Abuso Sexual na Infância.** Monografia apresentada ao internato de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro. 2000.
- LERNER T. Tratamento em Situações de Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes. **Jornal da Rede Saúde.** N. 22, Pgs. 15 e 16. 2000.
- MAZET, P. "Problemas Exemplares para a Psiquiatria da Criança e do Adolescente". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.
- MOURA, A.T.M.S & REICHENHEIM, M.E. "Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?". **Cadernos de Saúde Pública.** Vol 21, n.4. Rio de Janeiro. July/Aug. 2005.
- PFEIFFER, L. & SALVAGNI, E. "Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência". **Jornal de Pediatria;** 81(5, supl):s197-s204. Rio de Janeiro. Nov. 2005.
- PALUSCI, V.J. "Instrumentos de avaliação de abuso sexual em crianças." **Jornal de Pediatria.** 82(6):409-10. Rio de Janeiro. 2006.
- ROUYER, M. "As Crianças Vítimas, Conseqüências a Curto e Médio Prazo". **Crianças Vítimas de Abuso Sexual.** Org. Marceline Gabel. São Paulo. Summus. 1997.

Tiago "X": menino do Brasil - entre a sombra e a luz

Regina Figueiredo¹

Introdução

O Brasil é o 70º país em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (GLOBO, 2007). Esse índice vem subindo movido pela maior estabilidade financeira e pelo desenvolvimento de programas sociais implementados, nos últimos anos, pelo Governo Federal. Porém, considerando o índice GINI, indicador que registra na escala de 0 (igualdade absoluta) a 1 (desigualdade absoluta), é um dos piores países do mundo na distribuição de renda entre sua população: cerca de 0,60. Há cerca de 1% de brasileiros mais ricos (aproximadamente 1.700.000 pessoas) que detém 50% da renda, restando os outros 50% para os outros 99% (cerca de 86.500.000) (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005).

Tal realidade, conferida junto a um estilo de vida capitalista que propaga, não apenas o consumo contínuo para a vida, mas também para a realização das satisfações pessoais "totais", como a felicidade (HOBBSBAWM, 1995), tem levado ao grande número de infrações cometidas entre jovens e adolescentes (FEFFERMANN, 2004). No estado de São Paulo, mais de 18.000 jovens estão sob programas de assistência ou detenção ligados à Fundação CASA - Centro de Atendimento Sócio-Educativo do Adolescente (FEBEM, 2005).

A trajetória de vida, o enfrentamento da violência policial (entre outras), a estigmatização a que são submetidos os jovens infratores se mostram problemas relevantes para a caracterização de nossa sociedade e sistema legal e prisional, mas também para a proposição de re-arranjos para discutir novas formas de lidar com essa problemática.

Este artigo faz uma análise do aspecto de exclusão social e formação para a violência de nossos jovens a partir do caso Tiago "X", revelando sob a perspectiva de construção social, os seus possíveis reflexos na Saúde Mental e conduta social dos indivíduos.

Metodologia:

A análise refere-se a um estudo de caso coletado a partir de relato oral de história de vida feito por Tiago "X", em 2005, durante sua internação na Fundação

para o Bem-Estar do Menor (FEBEM), na unidade Tatuapé em São Paulo². A partir de roteiro pré-definido foi realizada uma entrevista em profundidade, gravada e posteriormente transcrita, com duração de uma hora, dentro da própria sala de estar da ala onde o jovem permanecia na FEBEM do Brás. A entrevista abordou o histórico de vida, incluindo o comportamento sexual e reprodutivo e o uso de drogas antes e após a detenção e os motivos que o levaram à infração e à prisão.

O foco em análise neste artigo contempla aspectos que surgiram espontaneamente durante a entrevista, que vão além dos objetivos do projeto citado, que dizem respeito à observação dos fenômenos de "personificação da identidade marginal" e produção do "mitopraxis" (SAHLINS, 1999), que transformaram Tiago "X" em objeto para um estudo de caso feito pela presente autora.

Relato de Caso

Tiago X nasceu no interior do Paraná, de mãe solteira, jovem e pobre. Foi "dado" recém-nascido, para a mãe adotiva que o criou. Conforme seu relato, morava numa casa precária na periferia semi-rural de uma cidadezinha próxima à Maringá.

Foram as condições de vida difíceis e a busca em ajudar esta mãe de criação que fizeram com que aos 12 anos começasse a roubar e vender toca ficas e rádios de automóveis, passando aos 13 à venda de drogas ilegais (maconha, cocaína e crack), que logo passou a consumir. Utilizou-as, conforme relatou, abusivamente nos dois anos anteriores a sua detenção.

O contato com a marginalidade violenta fez com que passasse a andar armado, o que facilitou que aos 14 anos cometesse seu primeiro assassinato. Segundo afirma, isso ocorreu contra um rapaz que o ameaçou de morte, por Tiago ter paquerado a sua irmã. Desde então, passou a ser procurado pela polícia, motivo que o fez sair de casa e, em tentativas de fuga, cometer outras mortes.

¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

² A autora realizou a coleta do caso, como parceira junto com Marisa Feffermann no Instituto de Saúde, como colaboradoras no Brasil da pesquisa "Enfrentando Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis" na FEBEM - São Paulo, coordenada e desenvolvida por Ekua Yankah do Departamento de Higiene e Medicina Tropical da London School - LSHTM, que abrangeu uma etapa qualitativa de análise transversal de entrevistas com internos, outro bloco colhido com familiares e uma segunda etapa de levantamento qualitativo de dados com internos.

Foi preso na fronteira do Paraná com São Paulo em 2003, passando por algumas detenções provisórias até ser alocado na FEBEM do Brás. Segundo afirma, sua sentença já expirou. Porém, em entrevistas com psicólogos, às vezes se revolta e passa a fazer ameaças. Numa dessas ocasiões, após ouvir a negativa de liberação feita pelo juiz, ameaçou-o de morte; noutra vez, chegou a esfaquear um funcionário da própria instituição. Por isso, continua detento.

Conforme suas palavras “não leva provocação”, elimina todos que o desrespeitem. Afirma que não espera nada da vida, que não tem nada a perder e que ainda continua vivo por sorte. A única pessoa que pensa ou considera com acato e respeito é a mãe, que diz que, se ficar livre, irá visitar.

Na época da entrevista, passava o dia vendo TV na FEBEM, escutando músicas ou dando voltas no pátio aberto da instituição. Adquiriu o hábito de fumar muitos cigarros, coisa que não fazia. Diz que se relaciona “tranquilo” com os outros jovens e às vezes fica separado em seu “canto”.

Tiago falava sereno, não transmite muitas emoções. Seja sobre a infância, sobre mortes, seu relato é como um monocórdio. Apenas quando relatou ameaças, tendia a baixar a voz, fechar seu timbre e sussurrá-la como se estivesse ameaçando também o interlocutor e reafirmando o seu “perigo” para qualquer um que se aproximasse.

Tiago tem 16 anos.

Análise

Tiago “X” é um jovem brasileiro incluído na “margem” dos recursos sócio-econômicos. A nossa sociedade excludente na distribuição desigual do “**direito a ter tudo**” descaracteriza-o enquanto indivíduo, desconstruindo sua especificidade como pessoa e transferindo-o à massa de “delinquentes”. Seu caso apresenta similaridade com outros fenômenos de exclusão social e desconstrução sócio-histórica e perda de referenciais identificatórios, como já registrado por Florestan Fernandes no estudo de caso de Tiago Marques (FERNANDES, 1975). Autor descreve e analisa o caso do índio descaracterizado no contato brancos-nativos, que termina por perder a sua identidade e, no limiar de sua exclusão externa e interna, se suicida. Tiago Marques mata a si; Tiago “X” mata os outros: como mais um menor “marginal” está selando mais cedo ou mais tarde, como acredita e relata, a sua própria sentença de morte.

Utilizando o conceito de “sombra”, referido por Calligaris (2004), podemos dizer que Tiago “X” representa o lado negativo, “sombrio” da sociedade brasileira atual, que “empurra para debaixo do tapete”, seus fenômenos “indesejáveis”, mesmo que provocados por ela mesma. Assim, a sociedade que só quer ver “luz”, desconsidera de forma prática e cômoda a sua responsabilidade na geração e manutenção de um sistema de injustiça e desigualdade social. A “sombra”,

parodiando o premiado documentário de Burlamaqui (2008), que aborda a possibilidade de re-integração de infratores à forma de vida “normal”, é evitada e a sociedade, eximindo-se de responsabilidade de transformação em prol da justiça social, coloca-se distante e alheia, culpabilizando as próprias vítimas.

Como mais um componente sórdido, temos que Tiago “X”, para ser o modelo identificador de um “outro sombra” diferente do “nós luz” e personificado como o lugar e a expressão da violência, termina ele mesmo crendo em sua própria rotulação. Esse fato reforça as interpretações de Novaes (1993), que aponta que o “**espelhamento**”, onde se assumem características atribuídas por “outro(s)”, é um fenômeno observado no contato entre pessoas ou grupos, reforçando a diferenciação do “eu”/“nós” com os demais. No caso, o “nós” Tiago “X” para construindo sua identidade em oposição aos demais, assume a rotulação de marginalidade e personifica a identidade que lhe foi impingida por seus “excludores”. Por isso Tiago “X” realmente acredita que é um “marginal”.

A incorporação pelo próprio Tiago “X” de seu personagem, transforma-se na construção mítica da realidade pelos que o cercam e por ele mesmo, terminando por converter-se no fenômeno de “**mitopraxis**”, criado por Sahlins (1999). Segundo o autor, na experiência de “mitopraxis”, a percepção mítica da realidade interfere sobre a História, tornando-se uma *práxis*. A construção mítica que Tiago “X” faz de si, e o próprio teatro que encena continuamente, inclusive impressionar o interlocutor de sua entrevista, se firma como determinante na condução de seu caso. Ele não apenas assume o papel, mas pratica-o, fazendo a concepção mítica de si, construída a partir do processo de espelhamento, gerar situações concretas (comportamentos, reações dos outros) que conduzem a sua trajetória histórica. Ele é re-sentenciado cada vez que reforça-se como “marginal”, ou seja, é re-conduzido à posição que lhe designaram. Essa sentença também construída a partir de uma percepção mítica de seus “juízes” define-se no real: ele não é libertado, apesar de já ter cumprido o limite legal máximo de internação atribuído a jovens infratores permitidos pelo sistema penal-FEBEM. Conforme seu relato, sua conduta e jeito de ser foram avaliados por juiz de menores, mais de duas vezes, não impossibilitando, mas pelo contrário reafirmando a sua retenção, independente das normas que previriam a sua liberdade, desde então postergada.

Não cabe aqui um diagnóstico de nosso “herói” como “psicopata”, ou algo parecido, uma vez que o material da pesquisa não objetivou e nem possibilita análises psicológicas ou psiquiátricas de padrões de saúde pré-estabelecidos. Porém, vislumbra-se no caso Tiago “X”, a Saúde Mental a partir da posição social e estrutural que lhe é designada e o papel que o próprio protagonista (como sujeito) desempenha ao corres-

ponder à posição que lhe é designada, ao reforçar o mito social de "marginal" criado sobre si. Essa conduta, definitivamente traduz-se em fato real, na própria História individual protagonizada por este jovem, mas também e, sobretudo, na História da "Nação Brasil" que está sendo construída incluindo a existência deste caso.

Tiago representa o indivíduo, que pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), é um adolescente "em formação". Sua vida, no entanto, demonstra que a formação que lhe foi dada, devido à falta de proteção social ao seu desenvolvimento, foi direcionada para a exclusão social e para a infração. À formação, adiciona-se o caráter de indivíduo "perigoso para convívio social", numa instituição que, independente do nome, possui um princípio e um modelo de organização arcaico e violento e que vem contribuindo para a continuidade da má formação dele e de diversos outros jovens que estão em situação similar a sua, ao leva-los tipicamente a um estado de animalidade.

Sua Saúde Mental vem sendo consolidada: diagnóstico como indivíduo de alta periculosidade, que não pode ser solto (apesar da legislação), e, principalmente, indivíduo sem direitos. Nunca foi permitido a Tiago "X" a dignidade e o respeito que possibilitassem saúde.

Referências Bibliográficas

- CALLIGARIS, C. **Terra de ninguém**. São Paulo: Publifolha, 2004.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990. [http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/eca.htm]
- FEBEM - FUNDAÇÃO PARA O BEM ESTAR DO MENOR. Dados fornecidos pela coordenação em 2005.
- FEFFERMANN, M. **Vidas Arriscadas**, São Paulo. Tese [Doutorado]. Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- FERNANDES, F. **Tiago Marques** Aipiboreu: um bororo marginal. Investigação Etnológica no Brasil e Outros Ensaios. Petrópolis, Vozes, 1975.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Brasil tem segunda pior distribuição de renda do mundo. São Paulo: **FSP on line**, 01/06/2005. Disponível em [http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u69318.shtml]
- GLOBO. IDH: Brasil entra para o grupo de 'alto desenvolvimento humano. Rio de Janeiro: Globo Online, 27/11/2007. Disponível em [http://oglobo.globo.com/economia/mat/2007/11/27/327330997.asp]
- HOBSBAWM, E. **A Era dos Extremos - o breve século XX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- MEZAN, R. **A vingança da esfinge**. São Paulo, Brasiliense, 1988.
- NOVAES, Sylvia **Cayubi. Jogo de espelhos**. São Paulo: Edusp, 1993
- SAHLINS, M. **Ilhas de Historia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- PNUD. Brasil melhora IDH, mas cai no ranking. **Reportagens**. Brasília, PNUD, 9/1/2006. Disponível em [http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2388&lay=pde]. Acessado em agosto de 2009].

Filmografia

- BURLAMAQUI, L. **Entre a Luz e a Sombra**. São Paulo: Zoramídia, 2008. Documentário. 156 min. [http://www.zoramidia.com.br]. Prêmio de Público de Melhor Documentário e Menção Especial do Júri no Festival de Biarritz -França, 2008 (www.festivaldebiarritz.com).

Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios: apontamentos e reflexões sobre os 20 anos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios¹

**O Estado e a Rota da Morte do Brasil: o circuito de extermínio dos pobres, negros e diferentes
Nada é impossível de mudar
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceites o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer
impossível de mudar.**

(B. Brecht)

O Movimento Nacional da Luta Anti-Manicomial (MNLA) surgiu no Brasil como um grande movimento social que pretendia enfrentar e destruir todos os dispositivos disciplinadores e segregadores que impedem o pleno desenvolvimento do ser humano, e que anulam seu potencial criativo e sua condição plena de cidadania. Entretanto, a redução das estratégias de luta do MNLA – **em suas diversas versões** –, o transformou em mero guardião e operador das políticas de saúde mental oficiais – de Collor, FHC a Lula –, rebaixando sua vocação de movimento social amplo, articulado com as forças sociais sindicais e populares, em movimento específico, assistencialista, voltado à impossível humanização das relações manicomiais. Perdendo o referencial político da transformação social profunda, que combate todas as formas de discriminação e de espoliação do ser humano, o MNLA atribui como vitória a mera contabilização de serviços financiados pelo governo, de caráter pretensamente substitutivos.

A despolitização do MNLA – cujo sintoma mais nítido tem sido sua divisão interna de caráter patrimonialista e clientelista –, e as despolitizações da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, têm sido caldo de cultura para a acumulação capitalista na saúde, que amplia cada vez mais sua hegemonia, possibilitando novo ciclo de discursos e práticas neo-manicomiais.

Enquanto isto, **as instituições repressivas e as condições aviltantes de vida** ampliam sua capacidade de

extermínio dos diferentes e dos segmentos mais discriminados pela sociedade.

A superação desta cultura e prática manicomiais – violenta, preconceituosa e excludente – somente ocorrerá pela organização e luta conjunta das organizações interessadas em combater todas as formas de discriminação e segregação; seja contra a opressão racista; a violência contra segmentos da sociedade; a exploração dos trabalhadores; ou o preconceito a portadores de patologias e deficiências; compreendendo que este embate se processa no contexto da luta de classes na sua forma atual.

Com o propósito de resgatar as preocupações e pressupostos históricos do MNLA, no sentido de seu fortalecimento interno e sua independência enquanto movimento social, inúmeros militantes estão construindo novos espaços de discussão, de produção de propostas políticas, de reflexão crítica e de pautas de luta para a construção de uma Reforma Sanitária e Psiquiátrica Anti-Manicomiais, que não se desvinculem das lutas dos movimentos sociais, sindicais e populares, urbanos e rurais. Caminho que não se confunde com as disputas e divisionismos personalistas, e não se ilude com as artimanhas do poder, que têm constantemente cooptado discursos, lideranças e o próprio movimento, através do ardil da ordem que procura esmagar nossas mais caras utopias, em especial a construção de uma sociedade fraterna, igualitária e verdadeiramente antimanicomial.

O sofrimento mental tem suas origens, fundamentalmente, na dureza das relações humanas, na exploração e competição no trabalho, no desemprego, nas más condições de vida, na falta de um teto para morar, ou de terra para trabalhar, na falta de lazer e de prazer. A “loucura” é uma das manifestações da capacidade do ser humano se defender das dificuldades da vida e como uma das diversas formas de expressar pensamentos e sentimentos. No entanto, uma cultura imposta pela sociedade capitalista legitima a prática de excluir toda pessoa diferente, que não se adapte aos padrões e normas. Os Manicômios alimentam e legitimam esta ação da sociedade disciplinadora e excludente, servindo de modelo para o funcionamento de outras instituições repressivas.

¹ Contato: sociedade_sem_manicomios@yahoo.com.br

A violência institucional contra os indivíduos – cujos mecanismos procuram adaptar, normatizar e disciplinar condutas, comportamentos e pensamentos –, tem como objetivo criar uma homogeneidade social aparente que esmague a real diversidade dos seres humanos e que oculte os produtos da exploração capitalista e da luta de classes. Ela permeia todos os espaços de convivência social procurando otimizar o processo produtivo, criando agentes sociais passivos e, portanto, disponíveis para a divisão social do trabalho. O caldo cultural da violência é produzido através de um dinamismo complexo de desqualificação dos indivíduos, que implica em proscricção e prescrição de subjetividades, agressão/morte psíquica, morte social e, no extremo, mas não raramente, em agressão/morte física.

Numa relação complementar aos processos sociais de esmagamento das subjetividades há sempre uma instituição, legitimada, que vem garantir os parâmetros da norma estabelecida, através da repressão aos que relutam à disciplinarização, sequestrando, depositando e “tratando” para, finalmente, indicar dois caminhos desprovidos de projetos: o retorno ao convívio social, o mesmo que produziu as condições de sua exclusão, ou a segregação definitiva.

Assim é na Família, no Trabalho, na Escola, onde se produz a desqualificação, e se golpeiam as singularidades. É assim com a Febem, a Prisão, o Hospital Psiquiátrico, onde se reproduzem com mais intensidade e legitimidade, os processos sociais de disciplinarização, e cuja complementaridade garantem a hegemonia dos padrões de conduta e valores, imprescindíveis para o perfeito funcionamento do modo de produção capitalista.

Da Instituição Psiquiátrica às Instituições Prisionais

Emblema da violência institucional, o Hospital Psiquiátrico, é exemplo e base da compreensão desta dinâmica, assim como do seu caráter histórico e social.

No Brasil, há mais de um século e meio, convivemos com os hospitais psiquiátricos, cujo caráter asilar e manicomial foi referência internacional. Legitimados por um saber médico que se apropria de um objeto até então estranho à medicina – o comportamento humano – passa a sequestrar e segregar todo tipo de indesejáveis sociais. Exerce seu papel frente ao processo de industrialização e urbanização, intervindo sobre o exército de reserva de mão-de-obra e sobre os trabalhadores submetidos às condições de super exploração, em especial os negros, mulheres e migrantes.

Na Ditadura Militar (1964-1985) o projeto manicomial se intensifica, inserindo cada vez mais o hospital psiquiátrico nos espaços urbanos, como instrumento de repressão política e, também, de acúmulo de capital, transformando o sofrimento psíquico em fonte inesgotável de lucro.

Desta forma, aproximadamente 2,5% da população brasileira foi internada alguma vez na vida em hospitais

psiquiátricos, criando-se uma representação social do papel do hospício frente a doença mental, de aceitação diante da falta de alternativas de cuidados. Em nome do saber médico legitima-se a violência institucional: o eletrochoque, a insulino-terapia, o choque cardiazólico, o excesso de medicação, a cela forte, a camisa de força, o espancamento, o castigo, a distância da família e dos amigos, a perda definitiva do emprego, a rotulação e a estigmatização e, se sobreviver, a morte civil. Violência encoberta pela cumplicidade de técnicos, às vezes submetidos às mesmas condições de cronicidade institucional, e pela ação corporativa de entidades de classe. Por extensão ficam impunes a classe dominante, os donos dos meios de produção, os reprodutores da ideologia dominante na escola, na família e nas instituições de saúde. Uma rede bem montada de produção da loucura e de perpetuação do sofrimento.

Os **interesses ideológicos, econômicos, políticos e lucrativos**, são fundamentais na constituição e permanência da lógica manicomial, sem os quais é impossível compreender a cultura de massa de intolerância com os diferentes, a segregação da loucura e do sofrimento como fato naturalizado, a invalidação das singularidades e das subjetividades desviantes, o sequestro das identidades, enfim da cumplicidade de propósitos entre Sociedade, Estado e Instituição Psiquiátrica.

Com esta crítica nasce a luta por reforma psiquiátrica no Brasil, pautada por um grande movimento social nacional, inicialmente (1975 até 1987) de recorte profissional com predomínio dos trabalhadores de saúde mental, no seio da luta contra a ditadura militar e por democracia. Posteriormente, a partir de 1987, outros atores sociais se apropriam desta luta, especialmente os usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental, imprimindo um caráter radicalmente anti-manicomial, ou seja, de superação não somente do aparato jurídico e institucional do modelo centrado no hospital psiquiátrico, mas de todas as relações manicomiais na sociedade. Neste período foi criado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), com base organizativa em quase todos os estados brasileiros. Levou suas bandeiras para o parlamento, e influenciou políticas públicas municipais de grande repercussão, em especial nas gestões de esquerda. As experiências mais autênticas implementaram redes de atenção integral à saúde mental, diversificadas, que conseguiam pela sua força política criar grande impacto cultural, revertendo as práticas de exclusão e segregação, fechando hospitais psiquiátricos, criando espaços de inclusão e de exercício de cidadania, promovendo a convivência dos diferentes e possibilitando a ressignificação da “loucura” e do “louco”, da “doença mental” e do “doente mental”.

Entretanto o Estado Brasileiro não ficou indiferente ao avanço de um movimento social que colocava a possibilidade de extinção de um de seus aparatos de controle,

repressão social e de acumulação de capital. De caráter autoritário, clientelista, patrimonialista e privatista, o Estado assimilou o discurso da superação e substituição do aparato asilar manicomial, mas garantiu a manutenção da acumulação do capital, através da lucratividade com a exploração da “loucura” e do “sofrimento”. Garantiu, também, a manutenção do “lugar do louco”, ou seja, estratégias de substituição do hospital psiquiátrico por outro lugar, ainda que mais aberto, mas que mantivesse a referência para a loucura: a lógica espaçocêntrica, através principalmente da profusão de CAPS e NAPS, os chamados “capspícios” ou “napsômios”.

Assim, no período de hegemonia da nova ordem neoliberal, de Collor, FHC à Lula, de 1990 a 2007, convivemos com a contradição entre o discurso e a prática, com a imposição de políticas nacionais que confundem, cooptam lideranças e, arditamente, implantam uma Reforma Psiquiátrica distanciada da utopia antimanicomial, sem modificar em essência o caráter excludente e discriminatório dos cuidados em saúde mental e das políticas sociais aos diferentes. Gratificam os empresários da loucura com recursos crescentes, proporcional à diminuição do número de leitos, pagando mais caro aos procedimentos de internação/exclusão; exigindo-se o mínimo de higiene, o mínimo de hotelaria, o mínimo de violência... Os recursos que deveriam ser transferidos do fechamento dos hospitais psiquiátricos para a rede de serviços substitutivos, continuam nos hospitais psiquiátricos. Sangra-se os recursos do SUS para a abertura de espaços de “cuidados” (os CAPS, os NAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos) que, na prática, não têm alterado a condição de discriminação, segregação e exclusão dos cidadãos; continuando como estratégias de acumulação de capital, pela possibilidade de privatização também destes serviços, oferta generosa do Ministério da Saúde aos empresários da loucura.

Se em 1992, no Brasil, havia 83 mil leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS, com recursos da ordem de R\$ 250 milhões por ano, hoje com aproximadamente 45 mil leitos, o SUS gasta R\$ 460 milhões por ano. Acrescentem-se os gastos de mais de R\$ 400 milhões com os serviços “substitutivos” que continuam a funcionar na lógica espaçocêntrica. Grande porcentagem continua destinada ao setor privado, os chamados “empresários da loucura”, que obtêm lucro certo, pelos baixos salários pagos, pela insuficiência de recursos empregados, pela má qualidade da alimentação e da higiene.

Com esta política continuísta do Ministério da Saúde, traçada na era Collor, não assistiremos a extinção dos manicômios no Brasil. No limite de sua falta de criatividade e de coerência entre discurso e prática, a estratégia ministerial de reforma psiquiátrica, de caráter burocrático e assistencialista, a mantém circunscrita aos pequenos rearranjos que o marketing transforma em grandes conquistas.

A total ausência de um projeto verdadeiramente anti-manicomial, a ausência de uma política de transformação cultural, tem levado a criação de uma invisível mas crescente teia de pequenas instituições de caráter privado, muitas vezes com financiamento público da Assistência Social, como os asilos de idosos, as casas de repouso e os hospitais de retaguarda, para onde convergem adultos e idosos, em grande parte portadores de transtornos mentais. Não existe uma estatística desta realidade, mas com certeza ela oculta a verdadeira realidade da reforma psiquiátrica manicomial em curso, que perpetua a exclusão e a segregação da população que sofre mentalmente.

O mais cruel, no entanto, é que apesar da diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos, a violência aí cometida não diminuiu. Vende-se a idéia de que a reforma psiquiátrica passa pelo controle de qualidade dos hospitais psiquiátricos, criando a falsa ilusão de que é possível substituir o “mau” hospício pelo “bom” hospício; de que se trata de humanizar o hospital psiquiátrico. “Por fora bela viola, por dentro pão bolorento”. É impossível humanizar a violência, é impossível humanizar a exclusão e a segregação!

O dado mais evidente desta violência são os números das mortes nos hospitais psiquiátricos que vêm aumentando apesar da diminuição dos leitos. De 1992 a 2007 morreram dentro dos Hospitais Psiquiátricos Brasileiros aproximadamente 17.000 (dezesete mil) pessoas e, provavelmente, o mesmo número fora dos seus muros, mas em decorrência de violências praticadas no seu interior, cuja morte não é registrada no Hospital Psiquiátrico e sim no serviço para qual foi encaminhado. Todos os anos continuam morrendo pelo menos 820 pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos. Nos últimos 10 anos o índice de mortalidade em hospitais psiquiátricos aumentou em 40% e, se considerarmos a simples relação entre número de mortes e o número de leitos, constatamos que este aumento é de 100% - um verdadeiro instrumento de extermínio do diferente, do pobre, do negro, e de todos que vêm sucumbindo à nova ordem econômica mundial, os excluídos entre os excluídos. Estudos já demonstraram que desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, há 166 anos, já foram mortos mais de 300.000 (trezentos mil) pessoas dentro de seus muros, e o mesmo número fora de seus muros, mas por violências praticadas no seu interior.

No entanto, continuamos assistindo a preservação dos interesses da indústria farmacêutica, que cada vez mais lucra com a psiquiatrização da sociedade e de seus fenômenos mais cotidianos, e da indústria de equipamentos que modernizam a intervenção drástica sobre o fenômeno psíquico, reconhecidos pelos seus riscos de sequelas e morte, como as psicocirurgias e os eletrochoques, estes últimos recentemente regulamentados no seu uso pelo próprio Conselho Federal de Medicina.

A Instituição Psiquiátrica tem uma enorme dívida social e moral com a sociedade, acumulada histórica-

mente. As mortes nos hospitais psiquiátricos, sendo a face mais cruel de sua violência inevitável, anunciam permanentemente a necessidade de sua extinção, assim como de todos os locais e instituições que reproduzem sua lógica e que compõem o circuito de extermínio dos pobres, negros, diferentes e indesejáveis sociais da velha e da nova ordem econômica capitalista.

A Política de Segurança do Governo Federal: as instituições prisionais e de encarceramento da juventude eliminando a população pobre e negra

Operando pelos mesmos métodos de dominação e opressão dos hospitais psiquiátricos, as prisões e as chamadas instituições para adolescentes infratores (FEBEM, Fundação Casa, entre outras), são os outros dois pilares no tripé dos dispositivos institucionais de controle social para a segregação e aniquilamento subjetivo e físico.

É assim que formatada à política neoliberal implementada no Brasil, junto com os dados referentes aos hospitais psiquiátricos, somam as taxas referentes às prisões e espaços de aprisionamento da juventude. O Brasil é o país que mais construiu prisões nas duas últimas décadas; de 90 mil vagas em 1990, se chegou ao patamar de 401 mil vagas em 2006. A proporção destes dados fica mais evidenciada quando se toma o Estado de São Paulo, que é emblemático quanto à declarada política de segregação da população, pois de menos de 20 mil vagas prisionais em 1993, passou a 130 mil em 2006. Obedecendo a esta mesma lógica, encontramos o aprisionamento dos adolescentes pobres e negros, estes últimos compõem 70% da população em sistema de internação. O número de adolescentes "internados" passou de 4.245, em 1996, para 13.489, em 2004. Os dados ainda apontam que a cada dois dias um adolescente em cumprimento de medida sócio-educativa é assassinado.

As instituições jurídico-policiais são complementares à perseguição e aniquilamento iniciados nos bairros pobres. O assassinato de crianças e adolescentes no Brasil cresceu 306% entre 1980 e 2002. Estas mortes têm alvo certo: jovens pobres, negros, moradores da periferia. Quando comparamos as taxas de homicídios na cidade de São Paulo por bairros, constatamos que nos bairros privilegiados o índice de homicídios é de 4,11 por 100 mil habitantes, enquanto em bairros da periferia, o índice chega a 116,23 homicídios por 100 mil habitantes, ou seja, é 30 vezes maior. Nestes bairros os homicídios contam como primeira causa de mortalidade da população entre 15 e 34 anos no período de 1996 a 2005. Se calcularmos o cotidiano da população, referido aos números de homicídios, morre mais de um jovem por dia do ano em cada bairro da periferia.

A política neoliberal produziu queda das taxas de emprego, a precarização dos salários e das condições de trabalho, assim como, a insuficiência ou ausência de

políticas públicas e sociais, tendo como consequência o encarceramento e morte da população pobre, através de uma política de extermínio da mão de obra excedente, não utilizável pelo capital. Estas mortes contam com as justificativas do aparato midiático, que constrói discursos para dar legitimidade aos assassinatos, sob a alegação de que o maior problema social no Brasil é a violência. Os jovens são identificados como os culpados pela desordem e mal-estar social. Assim, numa evidente inversão o projeto de extermínio passa a ser justificado como solução do problema, e com isso oferece condições de aprisionamento e assassinato dos jovens.

Os dispositivos institucionais como instrumentos de segregação e aniquilamento da subjetividade e do corpo, têm sua função revelada pelas propostas de redução da maioridade penal e aumento do tempo de internação, estratégia para retirar os jovens da circulação dos espaços públicos.

Morte da Rebelia e a Construção do Sonho Antimanicomial Socialista

Existe uma rota da morte subjetiva/física e dela faz parte o conformismo das organizações sindicais e populares, forças originalmente contrárias à dominação e opressão política do capital nacional e internacional.

A ausência de organização política é complementar ao projeto da classe dominante de morte dos pobres, pois como espaço concreto de lutas, como construção de sonhos e utopias coletivas, necessários à vida, à imaginação criativa, a sua eliminação é a capitulação, é apatia depressiva dos movimentos sociais e políticos que conformam-se com o projeto de exploração e dominação capitalista. Abandona-se o sonho de transformação radical desta sociedade, abrindo mão primeiro no discurso e posteriormente nos atos, de reivindicações e estratégias de lutas. Instala-se uma cultura do conformismo, que subordina as individualidades e as formações coletivas, incluindo os movimentos sociais e os partidos políticos, ao império do mercado e do consumo.

É insistindo e resgatando o projeto sintetizado pelo Movimento da Nacional da Luta Antimanicomial em seu nascimento, de que a superação das instituições de seqüestro e segregação, está articulada e intrinsecamente ligada à superação da relação de exploração e dominação capitalista, que reafirmamos que a Luta Antimanicomial só se viabiliza na construção e implementação de ações conjuntas com os diversos atores e movimentos sociais. Combater a morte dos jovens pobres, negros, dos que enlouquecem por não suportar esta ordem social que engessa as subjetividades, se constitui numa tarefa que toca ao movimento negro, movimento de mulheres, movimento de criança e adolescente, ao movimento de direitos humanos em geral, aos sindicatos, ao movimento de lésbicas e movimento gay.

Enfim, a solidariedade e o sonho, nesta sociedade, são formas de rebelia!