

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Análise da inclusão do tema violência na Rede de Atenção à Saúde
Mental no município do Rio de Janeiro”*

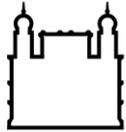
por

Fabiana Castelo Valadares

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza

Rio de Janeiro, abril de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Análise da inclusão do tema violência na Rede de Atenção à Saúde Mental no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Fabiana Castelo Valadares

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lygia Santa Maria Ayres

Prof.^a Dr.^a Ana Paola Frare

Prof.^a Dr.^a Miriam Schenker

Prof.^a Dr.^a Patricia Constantino

Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 30 de abril de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V136 Valadares, Fabiana Castelo
Análise da inclusão do tema violência na rede de atenção à
saúde mental do município do Rio de Janeiro. / Fabiana Castelo
Valadares. -- 2013.
179 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Souza, Edinilsa Ramos de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Violência. 2. Saúde Mental. 3. Políticas Públicas de Saúde.
4. Conselhos de Especialidade Profissional. 5. Assistência em
Saúde Mental. 6. Apoio Social. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Agradecimentos

Sou muito grata a todos aqueles que de alguma forma me acompanharam durante o percurso de construção deste trabalho.

Entre estes agradeço especialmente a Edinilsa Ramos de Souza, minha orientadora, pela troca acadêmica que muito me influenciou pessoal e profissionalmente nestes anos. Sou extremamente grata também a Juliana Guimarães e Silva e Adalgisa Peixoto Ribeiro, minhas companheiras de estudos e pesquisas que compartilharam comigo todos os passos de construção deste trabalho, assim como a toda equipe do CLAVES, professores, pesquisadores, funcionários e alunos, com quem compartilhei esses últimos anos de formação.

Com imenso carinho agradeço aos meus colegas de doutorado que tornaram essa experiência de formação indiscutivelmente inesquecível!

Pelo carinho, atenção, suporte e interlocução, nos momentos de angústia e cansaço agradeço a Alexandre Bárbara Soares, meu sempre companheiro e amigo, e a todos os meus amigos do "Salve" por tornar minha vida no trabalho ou fora dele muito mais divertida. A todos os meus queridos amigos e aos meus pais, muito obrigada por existirem em minha vida.

As instituições FAPERJ e CNPq que apoiaram financeiramente meus estudos e pesquisas, e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro merecem meus agradecimentos, por incentivar a produção de conhecimentos sobre a difícil realidade do trabalho em saúde.

Por fim, mas não menos importante, agradeço as pessoas que participaram desta pesquisa, trabalhadores e gestores da área da saúde, pela generosidade em compartilhar comigo suas experiências, angústias, dúvidas e conhecimentos, pois sem vocês nada poderia ser feito.

Resumo

A violência está muito presente na sociedade brasileira e, desde a década de 1980, vem se configurando também como um importante problema de saúde pública. Para enfrentar esse desafio o setor saúde tem buscado, principalmente ao longo da última década, construir formas de intervenção voltadas para a promoção da saúde e a prevenção da violência. Tais ações foram formalizadas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada no ano de 2001, com a proposta de promover ações integradas e intersetoriais em todos os níveis da atenção em saúde. Como essas propostas e ações vêm sendo integradas a atenção à saúde mental é a pergunta que buscamos responder nesta tese.

No âmbito da atenção à saúde mental, a violência sempre esteve presente nos discursos construídos em torno da anormalidade e periculosidade das pessoas com transtornos mentais, bem como nas diferentes propostas de tratamento e exclusão às quais essas pessoas eram submetidas. Ao longo das últimas décadas ocorreram mudanças profundas na Política de Atenção à Saúde Mental no Brasil que passou a privilegiar a atenção extra-hospitalar, a integração familiar e comunitária, a inclusão social e a garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais. Diante desta nova configuração da assistência, o enfrentamento dos problemas comuns à sociedade, como as situações de violência, passaram a se constituir também como objeto da intervenção dos profissionais desta área.

Esta tese buscou, a partir dos quatro artigos que a compõem e por meio da metodologia que combinou abordagens quantitativas e qualitativas, identificar como a violência vem sendo inserida como objeto de intervenção das práticas dos profissionais da atenção em saúde mental, como as diretrizes da Política de Atenção à Saúde Mental integram esta temática e quais orientações as categorias profissionais vem construindo

em torno do tema. Para isso utilizou a metodologia da pesquisa documental para analisar como a literatura científica e os marcos legais da Política de Saúde Mental vem incorporando o tema da violência, que grupos populacionais vem sendo mais abordados e quais os principais problemas enfrentados. A pesquisa qualitativa de abordagem compreensiva foi adotada para investigar como as categorias profissionais mais atuantes no âmbito da atenção à saúde mental vêm incorporando o tema da violência como objeto de intervenção de suas práticas. Já a triangulação de métodos foi realizada para investigar como os serviços de saúde mental têm atuado nos casos de violência que chegam aos serviços.

Os resultados das pesquisas analisadas nesta tese apontam que a temática da violência vem gradativamente sendo incorporada como objeto de estudos e pesquisas no âmbito da saúde mental, com maior incremento a partir da segunda metade dos anos 2000. Também em relação aos marcos legais da Política de Saúde Mental constatou-se uma maior preocupação com o tema da violência, principalmente quando associada ao uso de substâncias psicoativas. Para as categorias profissionais entrevistadas a temática da violência surge como um dos objetos de intervenção das práticas de seus profissionais, entretanto foi percebida pouca apropriação das ferramentas propostas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Por fim, os dois artigos que abordam, em períodos distintos, as práticas dos profissionais da saúde mental em relação à temática da violência, demonstram que ocorreram mudanças significativas nestas práticas e maior apropriação do tema.

Concluimos que há um processo de incorporação do tema violência no âmbito da atenção em saúde mental, no entanto as práticas desse campo ainda têm pouca visibilidade. Nesse sentido esperamos, com esta pesquisa, contribuir para que o tema ganhe mais relevância.

Palavras-chave: violência, saúde mental, políticas públicas de saúde, conselhos profissionais, atenção psicossocial.

Abstract

The violence is very present in Brazilian society, and since the 1980s has also shaping up as an important public health problem. To face this challenge the health sector has sought, particularly over the last decade, building forms of intervention aimed at promoting health and preventing violence. Such actions were formalized in the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence, adopted in 2001, with the proposal to promote integrated and intersectoral actions at all levels of health care. How these proposals and actions have been integrated into mental health care is the question we seek to answer in this thesis.

In the context of mental health care, violence has always been present in the discourse around the abnormality and dangerousness of people with mental disorders, as well as in the different treatment proposals and exclusion to which these people were subjected. Over the past decades profound changes have occurred in the Mental Health Care Policy in Brazil which now focus attention outside the hospital, family and community integration, social inclusion and ensuring rights of people with mental disorders. Faced with this new assistance configuration, dealing with society common problems, such as violence situations, began to be also an object of the intervention of professionals from this area.

This thesis sought, from the four articles that it comprises and by the methodology of quantitative and qualitative approaches, identify how violence has been inserted as an object of intervention by practices of professionals of mental health care, how the guidelines of Mental Health Care Policy integrate this theme, and which guidelines the professional categories have been created around the theme. For that we've used the methodology of documentary research to analyze how the scientific literature and the legal frameworks of Mental Health Policy have been incorporating the theme of violence, wich population groups have been most discussed and which are the

main problems faced. A qualitative comprehensive research approach was adopted to investigate how most active professionals categories within the mental health care have been incorporating the theme of violence as object of intervention in their practices. A triangulation of methods was performed to investigate how mental health services have acted in cases of violence cases that arrive into the services.

The results of the studies analyzed in this thesis show that the issue of violence is gradually being incorporated as an object of study and research in mental health area, with the largest increase from the second half of the 2000s. Also in relation to the legal framework of the Mental Health Policy we've found a greater concern with the issue of violence especially when associated with the use of psychoactive substances. For the professional categories interviewed the theme of violence emerges as one of the objects of intervention of practices by those professionals, however a small appropriation of the tools proposed in the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence was realised. Finally, two articles that approach, at different times, the practices of mental health professionals in relation to the issue of violence, show that there were significant changes in these practices and greater ownership of the theme.

We concluded that there is a process of incorporation of violence within mental health area, however the practices of this field still have little visibility. We expect this research can contribute to this theme become more relevant.

Keywords: violence, mental health, public health policies, professional advice, psychosocial care.

Lista de Siglas

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CLAVES – Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PRMAT – Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAM – Sistema de Informações Nacional de Agravos

SUS – Sistema Único de Saúde

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Lista de quadros e tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por causas externas segundo sexo, para o ano de 2010, no município do Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Distribuição das internações por causas externas segundo sexo, para o ano de 2010, no município do Rio de Janeiro.

Sumário

Resumo	iv
Abstract	vii
Lista de siglas	ix
Lista de quadros e tabelas	x
1- APRESENTAÇÃO	13
2- PERCURSO TEÓRICO	17
2.1 - Violência como desafio para o setor saúde	17
2.1.1 - Magnitude da violência no Brasil	23
2.1.2 – Violência e saúde no Rio de Janeiro	25
2.2 - As iniciativas do setor saúde para o enfrentamento da violência	29
2.2.1 – Um panorama das pesquisas avaliativas da PNRMAV	34
2.3 - A violência e o campo da saúde mental	41
2.3.1- A saúde mental no Brasil	43
2.3.2- A literatura sobre violência e saúde mental no Brasil a partir dos anos 2000	46
3- PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS	53
4- CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	55
5- ARTIGOS	59
5.1 – Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras	59
5.2 – Análise da inserção do tema violência na Política de Saúde Mental Brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)	72
5.3 – A violência sob a ótica das entidades reguladoras dos profissionais que atuam na área da saúde mental	102

5.4 – "A gente vive equilibrando pratos"- Olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro 128

6-	CONCLUSÃO	156
7-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163

1. APRESENTAÇÃO

Apesar da escrita da tese ser muitas vezes um processo solitário e autoral pude contar com valiosas contribuições durante todo esse percurso. Assim, para construir um ponto de partida, retomo aqui uma das contribuições da minha banca de qualificação, quando fui indagada sobre o que me motivou a pesquisar esse tema e qual minha inserção pessoal nessa história?

Como nossas histórias costumam construir sentidos cada vez mais amplos, acredito que minha principal motivação para pesquisar o tema da violência e sua aproximação com o campo da saúde mental começou em 2005, quando passei a acompanhar, como trabalhadora da saúde, o processo de intervenção e fechamento de um dos grandes hospitais psiquiátricos privados no Estado do Rio de Janeiro, a Casa de Saúde Doutor Eiras, no município de Paracambi. A intervenção, iniciada em junho de 2004, foi coordenada pela Prefeitura Municipal de Paracambi em parceria com o Governo do Estado do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde, e teve como norte a implementação e efetivação das profundas mudanças na política de atenção à saúde mental no país, formalizadas nacionalmente na Lei 10.216 de 2001¹.

Minha atuação profissional nesse processo, portanto, vinha ratificar um novo modo de olhar a atenção aos portadores de transtornos mentais, que recusava toda e qualquer forma de exclusão e violação de direitos destes usuários; práticas estas, antes naturalizadas nas instituições psiquiátricas^{2, 3}, principalmente naquela instituição cuja intervenção deveu-se à morte de vários internos por negligência, fome, frio e falta de cuidados básicos de saúde^{4, 5}. Nesse processo de intervenção que buscava construir outros caminhos para o cuidado já viciado naquela instituição, vivenciei, junto a outros profissionais de saúde, questões muito relacionadas ao fenômeno violência em suas diversas formas de expressão. Se naquele momento, tínhamos consciência da

importância do nosso papel na construção de novas formas de cuidado, questionando e intervindo, principalmente, nas situações onde a violência institucional era mais evidente ou quando a violência cultural promovia processos de exclusão dos internos de toda e qualquer forma de socialização, o contato constante com as famílias e a comunidade revelavam um universo de situações extremamente complexas onde pobreza, criminalidade, agressões físicas e sexuais, e as mais diversas formas de negligência e omissão estavam muito presentes.

Diante desses casos, minha intervenção e, acredito que também, a dos demais profissionais que participavam desse processo, era, muitas vezes, pontual e pouco fundamentada em estudos, pesquisas e políticas que abordavam o tema da violência, o que promovia, ao menos em mim, uma imensa sensação de insegurança e falta de preparo. Foi esse sentimento que levou-me a ampliar minha formação profissional, e encontrei no Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) grande parte das ferramentas de que precisava.

A partir desse feliz encontro, desde 2007, venho participando de estudos e pesquisas sobre o fenômeno da violência e seu impacto na saúde dos brasileiros. Em algumas destas pesquisas, senão na grande maioria, pude compreender que as lacunas que percebia em meu processo de formação e atuação profissional não eram apenas questões pessoais. Elas eram compartilhadas por diversos profissionais da área da saúde, que assim como eu, desconheciam a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência⁶ (PNRMAV) e seu papel de intervenção nos casos de violência e na prevenção destas situações no cotidiano de seu trabalho^{7, 8}. Tal constatação conduziu-me ao início da construção do meu problema de pesquisa, isto é, como o tema da violência vem sendo abordado pelo campo da atenção à saúde mental?

Esta pergunta contemplava, não somente os problemas relacionados às práticas dos profissionais de saúde em relação à temática da violência, mas também se debruçava sobre questões próprias ao campo da atenção à saúde mental e ao conjunto de conhecimentos e experiências que estes profissionais vêm construindo ao longo de uma década de mudanças significativas na política de atenção aos usuários e seus familiares. Nesse sentido, percebia encontros e desencontros, assim como aproximações e distanciamentos que, em suma, mostravam um cenário de pouca comunicação entre as Políticas de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Saúde Mental, que repercutia em lacunas, atrasos e equívocos possíveis de serem sanados.

Foi diante deste cenário que construí a pesquisa que fundamentou esta tese. Assim, na primeira parte deste texto apresento um recorte acerca dos estudos sobre violência e saúde no Brasil. Começo com uma discussão sobre o conceito de violência, seguida pela apresentação de alguns dados atuais sobre a magnitude deste fenômeno no âmbito da saúde pública no país, revelado pelas taxas de morbimortalidade e custos para a área da saúde. Faço também a caracterização desta violência no país, identificando suas principais vítimas e meios de ocorrência, bem como suas principais características no município do Rio de Janeiro, campo desta pesquisa.

Em seguida, discuto o processo de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no país. Tal apresentação traz contextualização do processo de construção da política e as sucessivas iniciativas tomadas pelo Ministério da Saúde em relação à temática. Apresento, entre essas iniciativas, os resultados das avaliações já realizadas sobre o processo de implementação desta política, bem como as lacunas identificadas até este momento.

Na terceira parte, abordo especificamente o campo da saúde mental identificado como uma das lacunas apontadas nas pesquisas sobre violência e saúde. Nessa etapa, faço uma contextualização do tema violência na literatura científica no âmbito da saúde

mental, principalmente na última década no Brasil. A proposta é compreender como essa temática vem sendo abordada nos estudos científicos, que questões têm sido problematizadas, que públicos vêm sendo alvo destes estudos e, sobretudo, que lacunas essa literatura ainda apresenta.

Após a apresentação do caminho metodológico percorrido para a pesquisa que originou esta tese, apresento os quatro artigos que a compõem. O primeiro artigo traz uma análise da atenção em saúde mental de idosos vítimas da violência em cinco capitais nacionais, expondo assim parte dos resultados de uma pesquisa maior e a necessidade de aprofundamento do tema. O segundo artigo discute como o tema violência vem sendo incorporado nos marcos legais da Política de Saúde Mental Brasileira na última década. O terceiro explora as percepções de cinco categorias profissionais sobre a temática da violência a partir das orientações de seus conselhos de profissão. No quarto e último artigo, analiso como a rede de atenção à saúde mental do município do Rio de Janeiro vem atuando frente ao problema da violência. Por fim, nas conclusões, destaco os caminhos já percorridos no âmbito da saúde mental sobre a atenção às vítimas da violência, dando visibilidade a processos já instituídos e bem sucedidos e identificando caminhos para a solução de problemas ainda existentes.

2 - PERCURSO TEÓRICO

2.1- A violência como desafio para o setor saúde

Tratar do tema violência é uma tarefa difícil porque apesar desta ser uma experiência humana banalizada em nossa sociedade e muito presente nos noticiários, nas experiências de vida e no imaginário social, há um vasto conjunto de concepções que o abordam complexificando seu entendimento. Tomamos como referência o fato de não existir uma sociedade que não tenha convivido com a violência em suas mais variadas formas⁹. O caráter pessimista desta afirmação nos revela que a violência é um fenômeno fundamentalmente humano e produzido por este humano nas relações que estabelece consigo mesmo, entre seus pares e com o mundo que o cerca. A compreensão do conceito de violência que se refere a um processo social aprendido é distinta do conceito de agressividade. A agressividade refere-se ao impulso instintivo e inato a todos os seres vivos, essencial para sobrevivência, defesa e adaptação. No humano a agressividade constitui, além de um elemento protetor, aquilo que possibilita a construção do Eu que o diferencia do exterior, o Outro¹⁰. A partir desta diferenciação são construídos os vínculos emocionais que o levam a preferir a civilização, o diálogo e a convivência pacífica, ao uso puro e simples da força física para se impor¹¹. A agressividade torna-se violência quando as relações entre o Eu e o Outro são profundamente assimétricas para as quais contribuem processos sociais como a cultura, o ambiente e as relações familiares e comunitárias, além das questões pessoais dos sujeitos.

Na PNRMAV, a “violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual”⁶. Por esta definição, vemos

que a violência é um fenômeno complexo, polissêmico, controverso e de múltiplas expressões. Essa complexidade dificilmente se reflete nas teorias que buscam explicá-la explicitando, assim, as incompletudes e limitações das diferentes vertentes teóricas.

No âmbito da saúde pública o fenômeno violência é identificado a partir de suas expressões que impactam na vida humana, o que muitas vezes é reduzido às “Causas externas” conforme a definição dos manuais diagnósticos. Minayo¹⁰ propõe, mesmo compreendendo a limitação que uma abordagem pode atribuir a um fenômeno complexo, a classificação da violência segundo tipos e natureza. Para essa autora, os primeiros referem-se à forma de manifestação do fenômeno em relação ao meio em que ele ocorre, como a violência criminal, estrutural, institucional, interpessoal, intrafamiliar, autoinfligida e cultural. Já quanto à natureza, a violência diz respeito às modalidades de expressão no corpo de suas vítimas, sendo comumente observadas como abusos e maus-tratos que podem ser físico, psicológico, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados.

Conceitualmente a violência criminal é aquela compreendida como a prática de agressão grave que coloca em risco a vida e os bens de pessoas. São exemplos: as gangues e redes de exploração sexual; o tráfico de seres humanos; a exploração do trabalho escravo, do trabalho infantil e juvenil; o tráfico de drogas e de armas. Este tipo de expressão da violência é muito comumente alvo das intervenções repressoras das forças de segurança pública representadas pela polícia, ministério público e poder judiciário.

A violência estrutural é relacionada às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras. Este tipo de violência é considerado por diversos autores como o meio privilegiado que possibilita a emergência das diversas outras formas de relação violenta.

A violência institucional é aquela que ocorre dentro das instituições impondo regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas que reproduzem as estruturas sociais injustas. A forma precária de oferta dos serviços públicos, a ausência desses serviços e a negligência aos usuários são exemplos desse tipo de violência, mas, principalmente, as precárias condições de assistência presentes nas instituições asilares ou de privação de liberdade são fortes expressões da violência institucional.

A violência interpessoal é presente nas formas de relação e comunicação entre as pessoas, que pode ocorrer com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, podendo produzir danos morais, psicológicos e físicos. Esse tipo de violência expressa, de forma mais evidente, a incapacidade de resolução dos conflitos inerentes à vida humana e comunitária, por meio do diálogo, da explicitação de pontos de vista diferentes e da negociação.

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre dentro das casas, no espaço do lar, muitas vezes também chamada de violência doméstica e se refere aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. Trata-se de um fenômeno universal, histórico e cultural que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligência e atos. Suas manifestações mais comuns demonstram a desigualdade de poder presente nessas relações que frequentemente submetem mulheres, crianças, idosos, deficientes físicos e portadores de transtornos mentais, ao pai, marido ou provedor da casa.

A violência auto-infligida engloba os suicídios, tentativas, ideações de se matar, e automutilações e expressam sintomas destruidores da sociedade. Muitas vezes esse tipo de violência é relacionado a fatores individuais como a presença de transtornos mentais ou uso prejudicial de substâncias psicoativas, etapas da vida como adolescência, juventude e velhice ou fatores sociais como relações de trabalho opressivas, exposição a agentes tóxicos, desemprego e exclusão social.

A violência cultural se expressa por meio dos valores, crenças e práticas repetidas e reproduzidas por pessoas, grupos e sociedades de forma naturalizada e acrítica. Seus principais exemplos são: a violência de gênero, que integra todas as formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas e reproduzidas; a violência racial, que é a discriminação por raça que ocorre principalmente contra a pessoa negra cuja origem no Brasil data do período colonial escravocrata; a violência contra a pessoa deficiente, que expressa a dificuldade da sociedade em conviver com os diferentes, tendendo a isolar os deficientes físicos e mentais, menosprezá-los, molestá-los e não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades.

Já quanto à natureza da violência, o abuso físico é o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidade em outrem, sendo que esta expressão da violência pode ocorrer em todos os ambientes sociais e envolver todas as faixas etárias. O abuso psicológico se expressa nas agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou isolá-la do convívio social. O abuso sexual se refere ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual na prática erótica, pornográfica e sexual, imposta por meio de aliciamento, violência física ou ameaça. As negligências, abandonos e privação de cuidados são expressões da violência que se caracterizam pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

Estas formas de expressão da violência possuem uma historicidade, mas também se disseminam socialmente em várias culturas. Há manifestações que remetem a questões universais como a alteridade e o valor da vida humana⁸ que trazem reflexões sobre a intensidade e a dimensão da experiência individual, e há formas estruturais da violência que revelam questões políticas, econômicas e culturais.

Minayo e Souza¹² argumentam em favor da compreensão do fenômeno violência, a partir de uma relação dialética entre indivíduo e sociedade que considera as análises psicológicas da violência nas contradições existentes na realidade como o crescimento das tendências anti-sociais, o isolamento, o medo coletivo e individual, o estado de intolerância, a alienação dos indivíduos e a espetacularização dos dramas particulares. No entanto, também compreendem a complementaridade dinâmica entre biológico, psicológico e social, onde a atividade vital humana coloca em jogo relações culturais e emocionais que afetam tanto a constituição física, corpórea e biológica, quanto a consciência e o espírito humanos. Assim, a violência é um fenômeno histórico cujas manifestações só podem ser entendidas nos marcos das relações socioeconômicas, políticas e culturais. Desta forma, toda violência é social e tem caráter revelador de estruturas de dominação como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão.

A violência contemporânea no Brasil, expressa nos elevados índices de criminalidade e violação dos direitos humanos, revela a longa tradição de práticas autoritárias e constitui o indicador de uma cidadania precária e insuficiente⁸. Esta tradição de exclusão de uma grande parcela da população vem sendo explorada por diversos autores^{13, 14, 15, 16} quanto aos processos de globalização.

Para Santos¹⁶ o mundo nos faz crer como globalização o mito do encurtamento das distâncias e a noção de tempo e espaço contraídos. Tais noções próprias ao mercado global que emerge homogeneizando as diferenças num nível macro e acirrando-as nos níveis locais, levam a maior concentração de renda e ampliação da pobreza. Nesse sentido, a globalização afeta, sobretudo o papel do Estado fazendo com que este perca sua força gerenciadora do processo econômico e social a partir da exigência de ajustes econômicos, que se resumem na diminuição dos investimentos nas políticas sociais relacionadas à saúde, educação e proteção social, interferindo fundamentalmente no

mundo do trabalho e transformando estas relações. O aumento da pobreza e a perda da qualidade de vida são parte dos efeitos desse processo, que leva à redução dos salários e ampliação do desemprego, da fome, da carência de habitações e da violência.

Wieviorka¹⁵ discute a violência hoje como condutas de risco, que remetem fundamentalmente à crise de legitimidade do Estado incapaz de garantir os direitos sociais e civis de sua população. Tal crise, para este autor, interfere numa característica importante do Estado moderno, o monopólio exclusivo e legítimo da força, o que tem como efeitos a emergência de iniciativas individuais que ampliam o emprego indiscriminado da violência como estratégia de resolução de conflitos. Nesse cenário vivemos um momento em que a violência é difusa e fortemente presente nos vários campos da vida humana.

No que se refere à condição humana, para Bauman¹⁴ a globalização reconfigurou uma nova categoria - o consumidor, que é acima de tudo um acumulador de sensações, uma vez que ele não deseja a satisfação, ao contrário ele deseja o desejo. Essa categoria humana é útil e fundamental à globalização, pois garante o movimento do mercado e a circulação constante e crescente de mercadorias. Este mercado tem a capacidade de criar sempre novas e urgentes “necessidades” com o objetivo de manter o consumidor sempre desejante e nunca satisfeito¹³. Como apenas uma parte pequena da população mundial é vista como “viável economicamente” nessa conjuntura marcada pela concentração de renda e pela capacidade de consumo, a parcela excluída desta categoria não é levada em consideração nem no âmbito produtivo, nem no social, nem no relacional. Nesse cenário não há conflito porque os excluídos não são reconhecidos como pessoas; ocorre sim, uma negação da sua condição de sujeito¹⁷ cuja maior expressão é a violência. Assim, a violência hoje é fruto desse processo de negação da alteridade, que é a marca de um sujeito contrariado, proibido, impossível ou infeliz, ou ainda a marca de uma pessoa que foi ela mesma vítima de uma violência.

Esta discussão tem muito a acrescentar à nossa análise sobre a realidade brasileira, pois se nos últimos anos vemos um processo de inclusão social e econômica de uma imensa parcela da população antes excluída, por outro lado, a violência permanece como um problema que afeta nossa sociedade. Se num passado recente éramos um dos países mais desiguais do mundo, com uma economia em crise, elevado endividamento público e desemprego, segundo dados para o ano de 2010 o crescimento anual de nossa economia em cerca de 7,5%, a redução significativa da desnutrição e mortalidade infantil, assim como a diminuição das desigualdades regionais e socioeconômicas e da pobreza¹⁸ trazem um cenário promissor. No entanto esse passado recente marcado por uma democracia sem cidadania^{19, 20}, onde a pobreza e a exclusão social foram agravadas pelas políticas econômicas neoliberais, criou condições para o acirramento da violência que permanece como um legado a ser remediado nos dias atuais.

Mesmo com os grandes avanços alcançados no âmbito das políticas sociais, inclusive as de saúde, há muito a ser feito. O enfrentamento das violências pelo setor saúde, hoje no Brasil, deve considerar os efeitos desse processo histórico no qual uma vasta parcela da população ainda luta pelo reconhecimento de sua condição de sujeito. Isto é, o acesso à categoria consumidor para essa grande parcela da população não se refletiu no mesmo compasso na construção da cidadania.

2.1.1 - A magnitude da violência no Brasil

A discussão sobre o impacto da violência no setor saúde e seus efeitos nos serviços, em termos de aumento das demandas relacionadas às vítimas, revelam que o Brasil é um país violento. Somente para o ano de 2010, as taxas de mortalidade por agressões de 27,4/100.000 habitantes (DATASUS) colocam o país entre os 17% mais violentos do mundo²¹.

Apesar dos dados nacionais sobre a morbimortalidade apontarem um recente declínio dos homicídios e das lesões e mortes ocorridas no trânsito ao longo da primeira década do ano 2000²², as causas externas permanecem entre as três principais causas de mortes e é a quarta em internações nos serviços públicos de saúde do país para o ano de 2010 (DATASUS). Os custos financeiros destas internações ao ano no valor de R\$938.384.713,27, representam o quarto lugar em gastos públicos referentes à assistência à população total e, se realizado um recorte apenas considerando o sexo masculino tais gastos passam ao segundo lugar entre as internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o mesmo período. Isso quer dizer que o país gasta mais com internações por causas externas do que com as neoplasias ou as doenças infecciosas, por exemplo. Infelizmente sabemos que estas informações de saúde ainda são subnotificadas e não levam em conta os atendimentos emergenciais que congregam em grande parte a assistência às vítimas da violência⁸, o que oculta um cenário ainda mais severo. De acordo com dados do Inquérito VIVA 2009²³, que analisou os atendimentos em urgência e emergência realizados em 74 serviços sentinela de 23 capitais nacionais, foram registrados 39.665 atendimentos, dos quais 89,9% eram devidos a causas acidentais definidas como eventos não intencionais evitáveis, e 10,1% resultantes de violência intencional o que demonstra novamente a grande expressão das causas externas na morbimortalidade da população. Por outro lado, sabemos ainda que os gastos do setor saúde expressam apenas uma parte do impacto da violência, pois somente os casos mais graves chegam de fato aos serviços, invisibilizando assim um conjunto de violações naturalizadas no cotidiano da sociedade, que levam a incontáveis danos sociais e de saúde, além da perda da qualidade de vida das vítimas diretas e indiretas da violência.

No Brasil, as mortes e internações por causas externas são, principalmente, relacionadas aos homicídios e acidentes de trânsito, o que difere de outros países

considerados com maior desenvolvimento onde as internações e mortes por causas externas são representadas, principalmente, pelos suicídios e intervenções de guerra²⁴. O panorama brasileiro da violência concentra os homicídios na população jovem, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, cuja taxa de mortalidade é de 54,7/100.000 habitantes, sendo que em alguns estados como o do Rio de Janeiro a taxa de homicídios de jovens de 15 a 24 anos ultrapassa os 100 para cada 100 mil (DATASUS). Apesar de ambos os sexos serem altamente vitimizados pela violência no país, os homens jovens são as vítimas preferenciais da violência letal intencional, os homicídios, já as mulheres em todas as faixas etárias formam uma pequena proporção representadas por 7,3% do total desses eventos registrados no SUS. As características dessa violência também são conhecidas. Para os homens, os eventos que levam à morte ocorrem com maior frequência nos espaços públicos. Já para as mulheres, essa violência é mais comum nos espaços privados, principalmente o ambiente doméstico²⁵. Vale destacar que a violência intrafamiliar vitimiza não somente as mulheres, mas sim todos os membros da família e com maior intensidade para aqueles que demandam maiores cuidados e atenção como crianças e idosos. Portanto, essas informações apontam que as famílias de uma forma geral apresentam grande vulnerabilidade.

2.1.2 - A Magnitude da violência no município do Rio de Janeiro

Aproximando do nosso campo de pesquisa, no município do Rio de Janeiro as causas externas ocupam a quarta posição entre as principais causas de óbito com uma taxa de 78,3/100.000 habitantes (DATASUS) em 2010. No total das mortes por causas externas foram responsáveis por 8,9% dos óbitos e 7,3% das internações registradas neste mesmo ano. Esses dados apontam que em termos da importância que as causas externas vêm ocupando ao longo dos anos houve uma discreta queda desses indicadores

já que num passado recente chegou a ser identificada como a segunda principal causa de mortes.

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no município, para o ano de 2010, apontam as causas externas como a principal causa de morte para as faixas etárias que vão de 1 aos 39 anos de idade. As agressões, os eventos cuja intenção é indeterminada e as outras causas externas de lesões e acidentes congregaram as principais causas de morte, somando juntas cerca de 75% dos óbitos registrados. Cabe ressaltar que os eventos, cuja intenção é indeterminada, representam óbitos por um vasto conjunto de causas que envolvem situações cuja intencionalidade não foi definida. Assim, este subgrupo é considerado um indicador importante para a avaliação da qualidade da informação. Esses eventos englobam: envenenamento ou intoxicação, enforcamentos, estrangulação e sufocação, afogamento e submersão, disparo com armas de fogo, contato com material explosivo, exposição à fumaça, chamas, fogo, vapores de água, gases, objetos quentes, contato com objeto cortante, penetrante, contundente, queda de local elevado, queda, permanência ou corrida diante de objeto em movimento, impacto de um veículo a motor, e outros eventos. Já as outras causas externas de lesões e acidentes representam eventos identificados como acidentais relacionados a vários eventos que envolvem principalmente as quedas. Como no município mais de 25% dos óbitos por causas externas corresponderam a eventos cuja intencionalidade é indeterminada, chama atenção a precária qualidade desta informação, uma vez que esta é considerada boa quando permanece inferior a 10%.

Assim como no cenário nacional, os homens são as principais vítimas da violência no município. No grupo das causas externas, as agressões (35%) apareceram como a principal causa das mortes masculinas, seguida dos eventos cuja intenção é indeterminada (22%) e dos acidentes de trânsito/transporte (17%). Já entre as mulheres os eventos cuja intenção é indeterminada (36%) e as outras causas externas de lesões

acidentais (34%) ocuparam o primeiro e segundo lugares respectivamente, o que novamente aponta para a necessidade de aprimoramento da qualidade da informação, mas também indica preconceitos e omissões relacionadas às questões de gênero, demonstrando uma clara falta de interesse em se identificar as motivações presentes nestes eventos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos por causas externas segundo sexo, para o ano de 2010, no município do Rio de Janeiro.

Causas externas específicas	Masc			Fem			Total		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
V01-V99 Acidentes de transporte	616	17,13	20,81	160	12,86	4,76	776	16,03	12,54
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	598	16,63	20,20	435	34,97	12,94	1.033	21,34	16,7
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	112	3,11	3,78	51	4,10	1,52	163	3,37	2,63
X85-Y09 Agressões	1.260	35,04	42,57	98	7,88	2,92	1.358	28,06	21,95
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	785	21,83	26,52	448	36,01	13,33	1.233	25,48	19,93
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	199	5,53	6,72	1	0,08	0,03	200	4,13	3,23
Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica	25	0,70	0,84	50	4,02	1,49	75	1,55	1,21
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	1	0,03	0,03	1	0,08	0,03	2	0,04	0,03
TOTAL	3.596	74,29	58,12	1.244	25,7	20,11	4.840	100	78,23

*Taxa por 100.000 habitantes

Mesmo quando a agressão não leva a óbito, revela seqüelas temporárias ou permanentes que repercutem em altos custos para o setor saúde. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para o ano de 2010, (DATASUS) as causas externas figuraram entre as seis principais causas de internação no município do Rio de Janeiro, sendo que esta é a terceira principal causa de internação para a população do sexo masculino.

Dentro do grupo das causas externas, o subgrupo outras lesões acidentais representou a principal causa das internações registradas no município. Os acidentes de transporte ocuparam o segundo lugar, os eventos cuja intenção é indeterminada o terceiro, e as agressões o quarto lugar (Tabela 2). A taxa de internações por agressões

(0,24/1.000 hab.) para as pessoas do sexo masculino, que representa o risco de estar envolvido nestes eventos é muito superior ao registrado para o sexo oposto (0,04/1,000 hab.), entretanto quando comparadas as taxas para eventos cuja intenção é indeterminada (Masculino 0,46/1.000 e Feminino 0,18/1.000) ou outras causas externas de lesões acidentais (Masculino 1,54/1.000 e Feminino 0,84/1.000) esta diferença entre os sexos diminui. Isto revela que o risco de mulheres serem internadas por agressões é baixo porque os casos não são devidamente registrados, e também que as internações de homens por agressões devem ser mais expressivas que o oficialmente registrado.

Tabela 2 - Distribuição das internações por causas externas segundo sexo, para o ano de 2010, no município do Rio de Janeiro.

Causas externas específicas	Masc			Fem			Total		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
V01-V99 Acidentes de transporte	2.270	23,89	0,77	818	16,95	0,24	3.088	21,56	0,5
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	4.562	48,02	1,54	2831	58,67	0,84	7.393	51,61	1,19
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	32	0,34	0,01	17	0,35	0,01	49	0,34	0,01
X85-Y09 Agressões	716	7,54	0,24	142	2,94	0,04	858	5,99	0,14
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	1.350	14,21	0,46	617	12,79	0,18	1.967	13,73	0,32
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	1	0,01	0,00	0	0,00	0,00	1	0,01	0
Y40-Y84 Complicações assistência médica e cirúrgica	396	4,17	0,13	318	6,59	0,09	714	4,98	0,12
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	170	1,79	0,06	79	1,64	0,02	249	1,74	0,04
Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados a outras causas	4	0,04	0,00	3	0,06	0,00	7	0,05	0
TOTAL	9.501	66,32	1,54	4.825	33,68	0,78	14.326	100	2,32

*Taxa por 1.000 habitantes

As informações apresentadas mostram que a violência é um fenômeno concreto que tem impacto direto no setor saúde, seja no nível nacional, regional ou local. Diante deste cenário o setor vem, ao longo dos anos, construindo formas de intervir nessa realidade a partir das políticas e ações capazes de promover a atenção integral às vítimas, além de instituir a prevenção destes agravos, como será apresentado no próximo tópico.

2.2- As iniciativas do setor saúde para o enfrentamento da violência

Apesar de a violência ser um fenômeno sócio-histórico que acompanha a experiência humana há milhares de anos, a compreensão desta como um tema passível de ações não só no campo da assistência, mas também da prevenção no âmbito do setor saúde é bem mais recente. Segundo Minayo e Souza²⁶ esta inserção do tema vem ocorrendo lenta e gradualmente, tanto pelas influências externas dos debates e avanços em torno da violência contra crianças, adolescentes e mulheres, como pela força dos movimentos democráticos e de conquista de direitos no cenário nacional e mundial.

No Brasil, este processo foi muito influenciado pelas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico ocorrido, principalmente, a partir da década de 1980. A partir desta década, ocorreu uma redução da morbimortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida, e o perfil epidemiológico antes caracterizado pelas doenças infecciosas passa a se constituir predominantemente pelos óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico degenerativas²⁷. Tais mudanças apresentam novas questões para o setor saúde que passa a assumir a responsabilidade de intervir em situações que envolvem fundamentalmente os processos sociais que extrapolam as ciências biomédicas.

Em especial as causas externas, são caracterizadas por uma grande variedade de eventos que agregam todas as causas de óbito não naturais envolvendo ações ou omissões humanas como: agressões, afogamentos, quedas, entre outras. A título de exemplo, na década de 1940 as causas externas representavam 3% das mortes no país e, em 1985 passaram a 12% destas²⁸ mantendo-se neste patamar até os dias de hoje. Também nessa última década o conjunto dos acidentes e violências passou de quarta para a segunda posição no obituário geral do país. Estas mudanças propiciaram discussões que levaram à construção de políticas públicas importantes voltadas para

questões sociais, entre as quais se destacam o Estatuto da Criança e do Adolescente²⁹ (Lei no. 8.069/1990), o Código de Trânsito Brasileiro³⁰ (Lei Federal no. 9.503/1998) e o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil da Secretaria Especial de Direitos Humanos³¹. Entretanto tais políticas não estavam diretamente relacionadas ao setor saúde, que até o ano de 2001 abordava a violência apenas ao receber e tratar os feridos e contar os mortos, sem que qualquer estratégia de prevenção fosse estruturada com a ótica da saúde pública^{26, 32}.

Frente à preocupante magnitude e impacto desses eventos na saúde e a inexistência de uma política pública capaz de responder a este grave problema social, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas, criou, em 1998, dois comitês que contaram com a participação de especialistas de várias áreas da saúde (um deles específico para crianças e adolescentes) com o objetivo de elaborar o documento inicial sobre o tema^{33, 34}. Após ser submetido à consulta pública e posteriormente ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências/PNRMAV, foi aprovada pela Portaria MS/GM nº. 737⁶, em 16 de maio de 2001. Nela é descrita a magnitude dos acidentes e violências, seu impacto na morbidade e mortalidade da população, a importância das estratégias de promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis e da prevenção das violências e acidentes, as diretrizes e as responsabilidades institucionais consideradas essenciais à prevenção desses graves problemas sociais no país. A PNRMAV enfatiza a prevenção, o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas no setor saúde, prioriza o processo político e social representado pela promoção da saúde, propõe a sensibilização da sociedade a partir do fornecimento de dados e informações, e a atuação por meio de planos, programas, projetos e atividades³⁵. São sete as diretrizes da política: 1) a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; 2) a monitorização e vigilância da ocorrência de acidentes e de violências; 3)

a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; 5) a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; 6) a capacitação de recursos humanos; e 7) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Entre as estratégias de intervenção foram definidos grupos prioritários, e a assistência e prevenção dos acidentes de trânsito, domésticos e agressões apontadas como problemas cruciais para o setor saúde. Os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes e jovens, mulheres, idosos e trabalhadores são destacados como alvo das abordagens em suas especificidades.

Entre as atribuições de cada esfera de governo coube ao gestor federal a função de implementar a política nacionalmente, promovendo instrumentos de articulação intra e intersetorial, organização e estabelecimento de normas e recomendações para a atuação setorial, promoção da formação de recursos humanos, apoio as ações dos estados e municípios, ampliação e aprimoramento dos sistemas de informação. Os gestores estaduais e municipais permaneceram responsáveis pela a implantação da política, seu acompanhamento e avaliação do desenvolvimento no âmbito regional e local. Entretanto, a viabilização das ações dependia de dotação orçamentária, o que só veio ocorrer após a estruturação da nova gestão federal empossada em 2002³⁵.

Assim, em 2003, foi constituído um grupo de trabalho na Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, cujo objetivo foi elaborar uma estratégia para viabilizar a implantação da Política. Este trabalho resultou na Portaria GM/MS No. 936, de 18/05/2004³⁶, que cria a Rede de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. Para estes núcleos a Portaria determinou dotação de recursos em projetos municipais com ênfase nas ações de prevenção. Inicialmente foi elaborado um estudo que classificou os municípios em relação à situação de acidentes e violências e em

seguida foram apoiados os projetos de criação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nos 40 municípios com os piores índices. Foram estabelecidos como objetivos e atribuições dos núcleos: promover a articulação da gestão do conhecimento; implementar a troca de experiências de gestão e formulação de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais; fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; elaborar, coordenar e executar o Plano Institucional de Apoio à Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no nível local; intercambiar as formas de participação da sociedade civil, ONGs e comunidades no desenvolvimento do Plano de prevenção das violências; desenvolver indicadores de monitoramento e avaliação das ações do Plano; coordenar ações junto as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde³⁶.

Em junho de 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS passou a gerir as atividades relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis. Tal mudança veio reforçar a proposta de abordagens preventivas e da promoção da saúde por via do estímulo a ambientes seguros, saudáveis e livres de acidentes e violências. Após a aprovação das Portarias GM/MS nº. 737/2001 e 936/2004, o tema da violência emergiu na pauta da saúde como um problema passível de abordagens preventivas em relação a grupos mais vulneráveis e a questões específicas. Neste sentido, diversas portarias ministeriais visaram complementar sua abrangência como: a Portaria MS nº 1.968/2001, cujo objetivo é a Notificação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes³⁷; a Lei nº 10.778 de 24/11/2003³⁸, que estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados; a Lei nº 10.741/2003³⁹, que aprova o Estatuto do Idoso; e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra a Mulher⁴⁰ elaborada pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres e pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher. Também textos governamentais passaram a se dedicar prioritariamente ou de forma secundária à

temática da violência, como: o Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa da Secretaria Especial de Direitos Humanos^{41, 42}; a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências – 2005/07⁴³ que define recursos para a estruturação das ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis; a Política Nacional de Promoção da Saúde⁴⁴; a Lei nº. 11.340 de 07/08/2006, que cria mecanismos para coibir a violência contra a mulher, chamada Lei Maria da Penha⁴⁵; a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14/08/2006⁴⁶, que cria a Política de Prevenção do Suicídio; a Portaria nº. 1.356/MS, de 23/06/2006⁴⁷, que incentiva estados, municípios e o Distrito Federal para a vigilância de acidentes e violências em Serviços Sentinela; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem⁴⁸, aprovada em 2008, que se pauta na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção; e a Lei nº. 11.705/2008⁴⁹ e a Lei nº. 12.760/2012⁵⁰, popularmente denominadas Lei Seca, que altera o novo Código de Trânsito Brasileiro e estabelecem alcoolemia zero para motoristas impondo penas mais severas para o condutor de veículo que dirigir sob o efeito de álcool.

De forma geral a realidade brasileira tem vivido grandes avanços na construção de conhecimentos e de políticas específicas no campo da saúde pública sobre a temática da violência. Ao longo do curto percurso analisado o tema vem sendo incorporado e assimilado pelo setor como um problema previsível e evitável. Este processo dinâmico mostra o crescimento do número de grupos de pesquisa que atualmente trabalham com o tema a partir do setor saúde, do volume de publicações em periódicos científicos da área voltados para grupos e temas específicos, além da visibilidade, por exemplo, em relação ao número de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, atualmente existentes no país. Segundo informações do Ministério da Saúde, em 2010, existiam 453 núcleos que integravam a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde⁵¹.

Minayo e Souza²⁶ destacaram que nas décadas de 19 80 e 19 90 houve grande investimento nos diagnósticos da situação de violência e almejavam que na década seguinte fossem feitas propostas práticas e ações concretas, por meio das quais o setor saúde pudesse não só ampliar seu paradigma de atuação, como ser formulador competente, no campo das políticas sociais. E, como se pode perceber, além das iniciativas aqui apresentadas, outras experiências locais de prevenção dos acidentes e das violências estão ocorrendo, dando mostras de que a sociedade brasileira em geral, e o setor saúde em particular, tem se mobilizado para responder a este atual e grave problema social. No entanto, diante da magnitude do problema, as perspectivas de curto e médio prazos são de que ainda há muito para ser feito e por isso discutiremos a seguir alguns dos resultados das pesquisas avaliativas da PNRMAV realizadas até este momento.

2.2.1. As avaliações sobre o processo de implementação da PNRMAV

Desde que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi promulgada, em 2001, a inserção do problema da violência na agenda da Saúde Pública foi legitimada, exigindo, assim, assunção de responsabilidades e prioridades de ação deste setor, bem como o acompanhamento e avaliação destas ações. Como órgão colaborador do Ministério da Saúde, o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) vem, ao longo da última década, respondendo a demanda de avaliação destes processos. Segundo estas experiências constatou que há um longo caminho a ser percorrido desde o estabelecimento da política de Estado até sua execução como ação programática nos diferentes municípios e regiões do país.

Entre as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde para intervir e reduzir o número de mortes e lesões ocorridas no trânsito que, já em 2002, correspondiam a cerca

de 25% das ocorrências registradas entre as causas externas, foi criado ainda em 2001 o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito⁵² (PRMAT). Seu objetivo foi ampliar o debate sobre o tema da violência no trânsito e problematizar sua complexidade a partir da compreensão de que os acidentes de trânsito e transporte são eventos não intencionais evitáveis, que causam lesões físicas e emocionais severas, representando também altos custos para o setor saúde, estimados na época, em cerca de 2% do PIB nacional⁵³.

Inicialmente, cinco capitais do país foram selecionadas para implementação do programa, por apresentarem elevadas taxas de morbimortalidade por acidentes de trânsito, cujos projetos foram financiados a partir da aplicação do Repasse do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). O objetivo do programa foi estimular o desenvolvimento e a implementação ações de prevenção aos acidentes de trânsito a partir da ótica da promoção da qualidade de vida⁵⁴. Cabia, portanto, aos gestores locais do setor saúde elaborar seus projetos focalizando ações de capacitação para os profissionais envolvidos com o tema do trânsito, além de melhorar ou implantar ou integrar os sistemas de informação sobre acidentes de trânsito nos municípios com vistas ao monitoramento e vigilância.

Os primeiros projetos apoiados nas cidades de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba foram avaliados pelo Claves entre os anos de 2003 e 2006. Os resultados dessa avaliação apontaram, em relação às informações sobre as mortes e internações por acidentes de trânsito, que os pedestres e motociclistas eram as principais vítimas e que em geral as taxas de morbimortalidade por acidentes de transporte não especificados eram baixas o que indicava uma boa qualidade da informação. A burocracia presente na utilização dos recursos do programa foi apontada em todas as experiências como responsável pela inviabilidade de algumas ações, assim como o processo eleitoral vivido pelas gestões municipais que restringia a realização de grandes

eventos e a distribuição de materiais informativos. A realização da pesquisa possibilitou a construção de um banco de registro descritivo e analítico sobre a implantação e implementação dos projetos contendo histórico, consolidação de dados, indicadores de processos e resultados conseguidos, assim como pontos críticos referentes ao desenvolvimento e continuidade das ações. Entre esses pontos o apoio por parte do Ministério da Saúde foi considerado fundamental⁵⁴.

Em 2012, 99 municípios contavam com o apoio federal aos projetos de prevenção aos acidentes de trânsito e outras duas pesquisas avaliativas foram realizadas pelo Claves, nos períodos de 2008-2009⁵⁵ e 2012-2013⁵⁶ com o objetivo de acompanhar o processo de implementação do PRMAT e ajustar os rumos das propostas em execução nestas localidades. Entre os desafios apontados pode-se perceber que apenas duas diretrizes têm sido implementadas em relação aos acidentes de trânsito: promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, e monitoramento e vigilância da ocorrência de acidentes de trânsito e transporte, mesmo assim de forma tímida e pouco abrangente⁵⁵. Entre as principais fragilidades percebidas nesse processo estão: a delicada articulação intersetorial; a pouca integração entre atenção básica, vigilância epidemiológica, promoção da saúde e atenção a públicos específicos no interior das Secretarias de Saúde; e, a ausência de sistemas integrados e compatíveis aos diferentes bancos de dados, principalmente entre os setores da saúde e do trânsito⁵⁵.

Um segundo foco das pesquisas avaliativas realizadas sobre a PNRMAV abordou o processo de implementação da Rede de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, criada em 2004, com o objetivo de oferecer uma atenção local à problemática das causas externas de forma intersetorial e interprofissional⁵⁷. A partir desta, os municípios com mais de 100 mil habitantes e com significativos índices de violência foram convidados a instalar o núcleo. Entre esses municípios cinco capitais foram escolhidas para a realização, em 2005, data da primeira pesquisa avaliativa⁵⁸, por

se destacarem pelas elevadas taxas de mortalidade por causas externas: Curitiba, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Recife e Manaus. A pesquisa buscou descrever os sistemas locais de saúde evidenciando pontos positivos, lacunas e necessidades de adequação para atender as diretrizes da PNRMAV, além da construção de uma metodologia de avaliação que possibilitasse a comparação e generalização dos achados. Entre os principais resultados encontrados destacam-se: as elevadas taxas de morbimortalidade por agressões, acidentes de trânsito e outros eventos acidentais, compreendendo majoritariamente dois grupos populacionais específicos - os jovens de 20 a 29 anos e os idosos⁵⁹; a fragilidade dos registros das informações sobre violência e sua não utilização para o planejamento das ações na grande maioria dos municípios⁶⁰; a precária adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico; a falta de recursos humanos e referência para o atendimento pré-hospitalar; a sobrecarga do atendimento hospitalar e deficiências importantes na articulação entre os serviços de referência e contrarreferência; a pequena rede de reabilitação para a dimensão dos problemas enfrentados em relação à violência, acompanhamento pós-hospitalar fraco, acessibilidade restrita, descontinuidade no fornecimento de insumos como órteses e próteses, por exemplo; ações de promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis ainda incipientes ou insuficientes, com pouca participação dos núcleos de prevenção da violência⁵⁸.

Estes achados mostraram que a rede de núcleos tinha um importante papel no processo de implantação da política e que os efeitos de sua implementação ainda eram pouco visíveis no momento da pesquisa. Cumprindo a proposta de fortalecer esta rede o Ministério da Saúde continuou apoiando novos projetos e expandindo suas ações em outros municípios sendo que, ao final de 2007, 70 núcleos de prevenção da violência haviam sido instalados por todo o país, e em 2010 já somavam 453.

Como objetivo de acompanhar essa etapa de expansão da rede e implementação da política, foram realizadas três pesquisas de avaliação da rede de núcleos nos períodos de 2007-2008⁶¹, 2008-2009⁶², e 2011-2012⁵¹. Duas destas pesquisas abordaram contextos regionais nos Estados do Espírito Santo e Pernambuco, e uma focalizou a realidade nacional. Entre as principais lacunas encontradas nas três pesquisas citadas estão: a falta de sensibilização dos gestores para o tema, o que se reflete no pequeno número de unidades e serviços voltados para a atenção às vítimas da violência em todos os níveis da assistência, ausência de institucionalização e legitimação da política, dificuldade de articulação intersetorial e interdisciplinar; insuficiente formação de recursos humanos voltada para o tema das violências o que compreende o domínio mínimo de ferramentas da epidemiologia, planejamento e gestão; registro precário das informações sobre violências e acidentes e pouco uso destes dados nas análises e planejamento das ações; atuação dos núcleos muito centrada na vigilância que é uma pequena parte do universo de ferramentas que devem ser acionadas para a intervenção junto ao problema da violência. Entre os avanços identificados encontram-se: a constatação do desempenho satisfatório de mais de 50% dos núcleos abordados na pesquisa, segundo os indicadores construídos durante os sucessivos processos de avaliação realizados; e a melhor implementação das diretrizes relacionadas a composição e qualificação das equipes, a implantação da notificação de violência e acidentes, a elaboração do plano de prevenção da violência e promoção da saúde, a promoção e participação das políticas e ações intersetoriais e de rede sociais com o objetivo de prevenir a violência e promover a saúde, o assessoramento, a qualificação e articulação em rede, e o estímulo às pesquisas.

Os resultados apresentados têm sido usados para orientar outras formas de atuação do Ministério da Saúde em relação ao tema, sendo uma de suas iniciativas a criação e realização do primeiro curso a distância de formação em aperfeiçoamento -

“Impactos da Violência na Saúde” - oferecido, inicialmente em 2007, a 500 alunos com o objetivo de capacitar profissionais da saúde e gestores para a abordagem da prevenção aos acidentes e violências⁵⁷. Este curso foi promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca através do programa de Ensino a Distância e contou com a orientação do Claves. Atualmente o curso encontra-se na quarta edição e continua recebendo uma grande procura por parte dos profissionais da saúde e de diversas outras áreas.

Parte dos resultados das pesquisas citadas constituiu-se em pontos de partida para a construção de outras avaliações. Um destes pontos, as fragilidades na atenção em saúde aos idosos vítimas da violência, foi alvo de um aprofundamento investigativo realizado pelo Claves entre os anos de 2006 a 2008⁶³. Nesta pesquisa as consequências do envelhecimento da população brasileira em termos de demandas para o setor saúde e principalmente a vitimização da pessoa idosa por violências e acidentes foram abordados em cinco capitais nacionais. A pesquisa foi realizada em Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba, com o objetivo de investigar como a população idosa vítima de violência vem sendo acolhida em todos os níveis de atendimento do setor saúde. Seus principais achados apontaram: a falta de equipes capacitadas para identificar e notificar os casos de violência contra idosos no atendimento pré-hospitalar, além da pouca integração aos demais serviços da rede de saúde como a Estratégia Saúde da Família e os serviços hospitalares⁶⁴; deficiência estrutural e organizacional nos serviços hospitalares da área clínica para o atendimento aos casos de violências e acidentes contra idosos, como falta de estrutura para a permanência de um acompanhante do idoso nas internações, ausência de serviços de referência, fluxos de atendimento, protocolos clínicos, realização das notificações, suporte a cuidadores e capacitação das equipes⁶⁵; poucos recursos e ausência de sensibilização das equipes de reabilitação⁶⁶; incipiente abordagem do tema violência na atenção à pessoa idosa na

área da saúde mental e pouca adequação da estrutura física e de pessoal das unidades para atender a este público⁶⁷.

A integra dos resultados encontrados no âmbito da atenção em saúde mental aos idosos vítimas de violência é apresentada no primeiro artigo desta tese, sendo que a partir destes achados foi desenvolvido um novo aprofundamento investigativo que resultou nos demais artigos que serão apresentados.

2.3. A violência e o campo da saúde mental

No campo da atenção em saúde mental as expressões da violência sempre foram muito evidentes e sintetizadas, principalmente, nas formas de cuidado que condenavam as pessoas com transtornos mentais ao isolamento social e a negação de seus direitos. Esse processo de exclusão da loucura, discutido por Foucault^{68, 69, 70}, compreende parte de um projeto político que modula o poder de punir. Para esse autor, a partir do século XVIII ocorre uma construção política em torno dos saberes e poderes que determina a todos, que de alguma forma rompem com o pacto social, sua desqualificação enquanto cidadãos, vistos, a partir de então, como criminosos, loucos ou anormais. Nesse novo rearranjo das disciplinas, os espaços de exclusão ganham um maior investimento tecnológico, entre esses o hospital como um instrumento terapêutico também passa a ganhar forma nesse século⁷⁰.

A loucura nesse período é entendida como uma anormalidade, um desvio da norma social, um erro no funcionamento do corpo, erro esse que merece cuidados de um médico em um espaço restrito e isolado da sociedade⁷¹. Se durante a idade média a experiência da loucura era associada a uma visão trágica da existência humana, a partir do século XVIII, com a construção do modelo psiquiátrico, passa a ser abordada a partir de uma visão crítica. Os saberes construídos em torno da experiência da loucura nesse período a inscrevem em um universo de diferenças simbólicas organizando um lugar de encarceramento, morte e exclusão⁷². Muitas tecnologias foram construídas ao longo dos séculos em torno do problema da loucura, entre elas a tecnologia pineliana surge no âmbito da psiquiatria em 1793, libertando os loucos das correntes e propondo uma nova lógica de tutela, o tratamento moral⁷³. Este modelo de tratamento reafirmava a necessidade do isolamento social para a recuperação e socialização do doente, e classificava as formas de manifestação da doença criando nosografias e estabelecendo

relações específicas entre médicos e doentes. Assim, o tratamento moral colocava o alienado num contexto pedagógico criando a dominação desse pelos agentes da psiquiatria e sua submissão física e simbólica⁷⁴.

A tecnologia pineliana manteve-se como principal referencial da psiquiatria até meados do século XIX, quando uma nova tendência surge no campo dos saberes representando uma medicina fundada em geral na Biologia, e interessada, agora, nos órgãos, tecidos e no sistema nervoso⁷⁴. A partir de então a compreensão da doença mental passa a ser abordada do ponto de vista da ordem neuronal, interessada nos processos mentais explicados pela bioquímica e medicada como tal. O louco, segundo essa abordagem, é um organismo que funciona mal e por isso produz atitudes imprevisíveis⁷³, ou seja, segundo esta abordagem o louco continua sendo visto como perigoso e a exclusão social deste permanece legitimada pela ciência.

É a partir do período pós - I Guerra que começam a ser esboçadas as primeiras reformas da psiquiatria atualizando críticas à instituição asilar, que condenava os portadores de transtornos mentais à perda da liberdade e cidadania⁷¹. O asilo passou ser responsabilizado pelo agravamento da doença mental e surgiram, já a partir dos anos 1940, as primeiras experiências de reformulação do espaço hospitalar. Apesar de assumirem a proposta de melhorar a assistência asilar, as iniciativas das comunidades terapêuticas, que aspiravam à construção de microssociedades, onde todos poderiam ser terapeutas e pacientes uns para os outros, e da psicoterapia institucional, que buscava a construção de relações de poder mais horizontalizadas no que dizia respeito ao tratamento dos pacientes, surgem como tentativas iniciais de mudança no cenário da atenção aos portadores de transtornos mentais. Já com a perspectiva de promover formas de atenção mais próximas ao território de convívio social, as experiências da psiquiatria de setor e da psiquiatria preventiva buscavam produzir outras formas de cuidado estabelecendo a promoção da saúde mental como norte de suas ações. A ruptura

com a perspectiva asilar só é efetivamente implementada com as experiências da antipsiquiatria proposta por Laing e Cooper e da psiquiatria democrática italiana criada por Basaglia, já nos anos 1970, que marcaram a construção de um novo referencial no qual saúde e doença mental passam a ser relativizadas⁷¹.

2.3.1 – A saúde mental no Brasil

No Brasil, este novo paradigma de abordagem e promoção do cuidado em saúde mental surge com o processo de democratização do país ao final dos anos 1970⁷¹. Este período é marcado por vários movimentos sociais de aspirações distintas, mas que em conjunto buscavam maior participação social nas políticas públicas e a ampliação do papel do Estado na garantia de direitos e cidadania⁷⁵. Nesse cenário de efervescência política, em diferentes estados do país passam a surgir estratégias que objetivam a transformação da política e das instituições psiquiátricas, consideradas desumanas, em torno de um movimento social organizado, o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Este movimento foi inspirado em experiências já em curso, sobretudo na Europa e contou também com o apoio e engajamento de diversos teóricos influentes no período como: Basaglia, Foucault, Laing, Cooper e Castel, que vieram ao país e participaram de eventos importantes nos meios acadêmicos e de organização dos trabalhadores⁷⁶. Trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, e militantes dos direitos humanos constituíram os principais grupos engajados no Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira⁷⁷ que passou a ganhar representatividade nos sindicatos e gestões locais e regionais agregando aliados, força e visibilidade política assim como adversários ligados às instituições asilo-manicomiais privadas financiadas pelo setor público^{71, 78}.

A partir dos anos 1980, o movimento ganha força e passa a ocupar campos de representatividade cada vez maiores, marcando presença nos eventos científicos da época e na organização de seus próprios encontros e congressos. O principal marco

desse processo é o Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987, onde finalmente se chega ao consenso e se articula um movimento social unificado em torno da Reforma Psiquiátrica fundado no lema “por uma sociedade sem manicômios”. Este lema exigia o envolvimento da sociedade no debate sobre as questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica e encontrava forte oposição, sobretudo da mídia que representava os interesses da indústria da loucura⁷⁹.

Um enorme conjunto de atividades culturais, artísticas e científicas passou a ser realizado nas cidades e estados do país com o objetivo de sensibilizar e envolver a sociedade nesse debate, possibilitando a construção de outras experiências de cuidado. Duas destas experiências são consideradas marcos deste processo: a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos⁷⁶.

A criação do CAPS Luiz Cerqueira, em 1987, inaugura um novo modo de cuidar no âmbito da atenção em saúde mental. Esta estratégia de assistência inclui o sujeito e seu território articulando práticas fundadas no tripé psicanálise, psicofarmacologia e inclusão social. Foi o sucesso desta experiência que possibilitou a formalização, anos mais tarde, deste dispositivo como principal serviço extra-hospitalar da rede.

Já a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em 1989, é considerada um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica no país por ser a primeira vez que uma administração pública municipal toma para si a responsabilidade de fechar uma instituição psiquiátrica sob os preceitos da desinstitucionalização. Esta experiência disparou processos semelhantes em diversas outras cidades do país como Campinas, Angra dos Reis, São Lourenço do Sul, Betim, Aracaju, Feira de Santana, Belo Horizonte, Sobral, Fortaleza e outras.

Com a chegada dos anos 1990 o Movimento da Reforma Psiquiátrica passa a buscar a formalização de suas propostas no âmbito da política pública, sendo

representado inicialmente pelo deputado Paulo Delgado, que já em 1989 apresentou o projeto de lei nº 3.657/89 conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. Este projeto tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional até ser aprovado na Lei 10.216 de maio de 2001¹.

Durante o período de tramitação da lei muitas outras iniciativas tiveram curso como a criação e inauguração de serviços extra-hospitalares de atenção diária (os CAPS), residências terapêuticas, apoio à desinstitucionalização, e ampliação das fiscalizações nas instituições psiquiátricas. Tais ações, segundo Amarante⁷⁷, caracterizam o processo de Reforma Psiquiátrica no país pela transformação da rede hospitalar para alternativas não hospitalares.

O período de dez anos de tramitação do projeto de lei no Congresso Nacional, foi também uma época em que foram colocadas em curso ações que visavam a mudança da cultura na atenção e tratamento das pessoas com transtornos mentais. As iniciativas implementadas nesse período abordavam principalmente um vasto grupo de pessoas que permaneceram institucionalizadas por muitos anos, caracterizadas pela longa permanência institucional. Era preciso criar estratégias para a desinstitucionalização, sensibilizar os serviços comunitários de atenção à saúde e, sobretudo enfrentar as resistências e temores de pacientes e familiares, antes acostumados à lógica da exclusão. Essas ações permanecem em curso ainda hoje, passada uma década da aprovação da lei. No entanto os resultados desse processo atualmente são conhecidos e outras questões passaram a povoar o conjunto de problemas a ser enfrentados.

A partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, um arcabouço normativo foi criado viabilizando a atenção comunitária, o controle dos hospitais, o apoio à desinstitucionalização e o enfrentamento do estigma da loucura. A análise desses marcos regulatórios será objeto do segundo artigo dessa tese.

2.3.2- A literatura sobre violência e saúde mental no Brasil a partir dos anos 2000

A violência é um tema frequente na produção científica sobre saúde mental no Brasil e vários autores destacam o crescimento dessa produção ao longo das últimas décadas^{80, 81, 82, 83}. Esse crescente interesse pelo tema parece estar relacionado à sua gradual inserção na agenda da saúde pública no país⁸⁴ descrito anteriormente, assim como, ao processo de capilarização da atenção à saúde mental, discutido no segundo artigo desta tese.

Durante os primeiros anos da década de 2000, as mudanças na política de saúde mental começam efetivamente a ser implementadas nos municípios brasileiros seguindo as diretrizes nacionais que preconizam a atenção extra-hospitalar e a desinstitucionalização⁸⁵. Assim, novos serviços voltados para a assistência extra-hospitalar e a integração desses a rede de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, passam a problematizar questões do cotidiano da vida humana, dentre as quais as situações de violência.

A principal dificuldade identificada na literatura nesse período diz respeito à atuação dos profissionais que naquele momento mostravam-se pouco capacitados para lidar com a complexidade das questões presentes nos casos de violência que extrapolam muito o paradigma biomédico.

Silva⁸⁶ discute parte destas questões ao retratar a atenção a mulheres vítimas da violência nos serviços de pronto atendimento em saúde, explicitando que: “embora alguns profissionais percebessem a existência de tais situações [violência] em suas pacientes, suas práticas não iam além das abordagens clínicas” (p.S269). Tal constatação da autora apontava as necessidades de romper com o paradigma biomédico ainda muito presente nos atendimentos as vítimas da violência e de integrar todo um conjunto de atores e conhecimentos na abordagem, atenção e seguimento desses casos. Também nesse sentido Romaro⁸⁷ analisa a dificuldade dos serviços de saúde em

promover atenção adequada a pacientes que apresentam quadros antissociais. Segundo a autora, tais casos dificilmente são vinculados aos serviços de saúde de atenção continuada, fazendo-se presentes com maior frequência nas emergências psiquiátricas e clínicas e em virtude de explosões agressivas, tentativas de suicídio, e outros comportamentos autodestrutivos. Em relação às equipes de saúde a autora pontua que tais casos tendem a estabelecer uma relação negativa marcada pela hostilidade e abandono do tratamento sendo identificados, muitas vezes, como “intratáveis”. Tal conclusão leva a autora a discutir o papel dos profissionais de saúde na atenção apontando novamente a necessidade de formação, capacitação e sensibilização destes profissionais com vistas a superar as limitações presentes nas propostas de tratamento ofertadas e ainda marcadas pela lógica da exclusão.

A lógica da exclusão social da loucura é o principal tema abordado pelos autores que analisam as práticas dos serviços de saúde mental nesse primeiro momento de implementação da política de saúde mental. Como já apresentado, as mazelas dos hospícios foram duramente criticadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica sendo a forma de tratamento prestada nos hospitais psiquiátricos vista como degradante e fundamentalmente violenta. Jacobina⁸⁸ acresce a esse cenário de violações o ideário higienista que justificou durante muitos anos a exclusão de parcelas da população consideradas impróprias ao convívio social, determinadas, segundo tais ideologias, pelo perfil sociodemográfico (principalmente cor da pele e classe social) que interessava às elites brasileiras. Em oposição a esse modelo de atenção o tratamento extra-hospitalar é avaliado como mais satisfatório pelos usuários, além de promover a reintegração social e a garantia de seus direitos e cidadania⁸⁹.

Vários autores apresentam, como estratégia de intervenção nos casos de violência, a construção de protocolos para o atendimento médico, psicológico e multiprofissional visando à atenção integral em saúde^{90, 91, 92, 93}. Os principais grupos de

vítimas abordados na literatura são crianças/adolescente, mulheres e idosos. A maior apropriação do tema da violência contra estes grupos parece associada ao processo de construção da agenda da saúde sobre violência ligada aos movimentos sociais que os representavam, como já discutido anteriormente.

A preocupação com atuação dos profissionais da área da saúde visando à intervenção correta frente aos casos de violência observa especificidades segundo cada categoria profissional, uma vez que estas têm atribuições e olhares diferenciados nesta assistência. Desta forma, a apropriação do problema da violência como objeto da atenção das diferentes categorias profissionais que atuam na área da saúde mental é melhor discutida no terceiro artigo desta tese. Para a elaboração deste artigo foram entrevistados representantes de cinco conselhos profissionais relacionados às categorias mais presentes na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A partir da segunda metade da década vários autores analisam a associação entre violência e transtornos mentais. Muitos destes destacam o papel da violência intrafamiliar no processo de adoecimento compreendendo esta como um dos fatores de risco para o surgimento de casos de transtornos mentais, sobretudo em crianças, adolescentes e mulheres⁹⁴⁻¹¹⁹. Entre os demais fatores de risco identificados estão questões sociais como pobreza, desemprego ou emprego informal, baixo nível de escolaridade, e precário apoio social. Entre os fatores individuais são discutidos o abuso de substâncias psicoativas, sobretudo a dependência de álcool, e a falta de tratamento adequado.

A violência intrafamiliar tem maior destaque nas pesquisas citadas porque a família é compreendida como o primeiro núcleo de socialização. É neste núcleo que são transmitidos valores, usos e costumes que formam as personalidades e a bagagem emocional das pessoas¹²⁰. A distribuição dos afetos no meio familiar possui um dinamismo complexo marcado por disputas orientadas pelas diferenças de poder entre

os sexos, motivadas pela conquista de amor, reconhecimento e proteção, que são necessidades básicas da condição humana. Assim, os efeitos da violência no meio familiar são muito severos, pois levam a distorções da realidade e ao comprometimento da auto-imagem na dinâmica vítima-agressor que repercutem muitas vezes no adoecimento psíquico dos envolvidos como mostram os estudos citados. A literatura aponta que os sintomas mais frequentemente associados a essa violência são quadros de depressão e ansiedade, além de comportamentos relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. No entanto, quadros psicopatológicos graves como psicoses e transtornos da personalidade também são relatados^{82, 121, 122, 123}.

A violência intrafamiliar é definida como ações ou omissões que prejudicam o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família⁶. Esta forma de violência pode ocorrer no ambiente doméstico ou fora dele e envolve atores que passam a assumir uma função parental. De forma geral, revela dinâmicas de poder e afeto presentes nas relações de subordinação-dominação que se sustentam hierarquicamente nas diferenças entre os sexos, entre gerações, ou outras. Schenker e Cavalcanti¹²⁴ ressaltam que os maus-tratos no interior da família ocorrem num contexto de violência psicológica e de exploração onde os agressores fazem uso de seu poder na família para controlar e manipular a percepção dos agredidos. Um agravante destes casos é que para a maior parte das vítimas esta violência é tolerada em silêncio, e muitas vezes legitimada e estimulada por costumes e tradições culturais¹²⁰.

As questões de gênero, relacionadas à construção cultural coletiva sobre masculinidade e feminilidade, estão imersas nas relações intrafamiliares construindo expectativas quanto ao ser homem ou mulher. Estas expectativas construídas a partir da linguagem, dos símbolos, das instituições e da organização social constroem papéis rígidos que distinguem homens e mulheres nas relações de trabalho, de oferta de bens e

serviços e até mesmo na aplicação das normas legais. Estas diferenças nos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres na vida cotidiana são muitas vezes marcadas por desigualdades e iniquidades na distribuição do poder e da riqueza, sendo que durante séculos as mulheres foram educadas para submeter-se aos homens, levando estes a absorver como características inerentes ao seu sexo o autoritarismo e a violência¹²⁰.

No campo da saúde, as questões de gênero formam um contexto cultural que expõe principalmente mulheres, crianças, idosos, e pessoas com algum tipo de deficiência ou restrição como grupos mais vitimizadas pela violência, sobretudo no ambiente doméstico. A vivência deste tipo de violência também parece associada a outras experiências vividas por mulheres nas relações de trabalho como analisam Oliveira e D'Oliveira¹²⁵ ao discutirem o conjunto de constrangimentos vivenciados por trabalhadoras da enfermagem, que embora sejam profissionais da saúde também mostram-se constrangidas em denunciar tais situações ou buscar ajuda. A cultura machista que silencia as mulheres vítimas da violência é particularmente analisada por Quayle¹²⁶ ao identificar os processos de desqualificação destas mulheres, gerando um misto de vergonha e culpa. A autora ainda destaca, a partir da análise de um caso extremo de violência sexual, a ausência de crítica aos atos cometidos por homens aos quais são atribuídos adjetivos como louco ou maníaco, que os desresponsabiliza pelo ocorrido, inibindo assim uma discussão aprofundada sobre a cultura machista vigente.

Este conjunto de relações complexas e desiguais que atravessam gerações, apresentando intensidades cada vez mais graves, são muito presentes nas histórias de vidas das pessoas com transtornos mentais. Padovani e Williams¹²¹ abordaram o tema da violência em um estudo qualitativo realizado com pacientes psiquiátricos inscritos em um serviço extra-hospitalar onde observaram que a quase totalidades dos entrevistados sofreu violência grave durante a infância. Santos¹²³ ao abordar usuários de um CAPS de Araraquara/SP observou que o adoecimento psíquico feminino tem

estreita correlação com a violência e a repressão sexual presente na sociedade. Pessoas com transtornos mentais também foram identificadas como principais vítimas da violência em suas mais diversas formas de expressão¹²², sendo que a exposição à violência de forma geral foi identificada por vários autores como um fator que contribui para o surgimento de problemas de saúde mental^{82, 101}.

Diante do conjunto de experiências presentes na literatura científica podemos afirmar que a violência é um fator que leva ao adoecimento e à perda da qualidade de vida das pessoas, e que aspectos da saúde mental, em especial, parecem fortemente afetados por estas situações. Nesse sentido, intervenções voltadas para a redução da violência podem ter impacto significativo na redução de problemas de saúde mental, assim como ações de promoção da saúde mental podem interferir e interromper os ciclos da violência prevenindo sua ocorrência.

Em muitos serviços de saúde mental seus profissionais vêm construindo estratégias para abordar e intervir nos casos de violência. Em geral, conhecemos as dificuldades enfrentadas por estes profissionais, como: a pouca integração entre os serviços da rede de saúde e proteção social; insegurança pessoal para lidar com o tema; falta de capacitação e infra-estrutura dos serviços^{127, 128, 111}. No quarto e último artigo desta tese abordaremos estas questões ao analisarmos como vem ocorrendo a atenção às vítimas da violência na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Alguns temas ainda encontram menores consensos na literatura como é o caso da associação entre criminalidade e transtornos mentais. A discussão desse tema é particularmente delicada, porque por séculos a periculosidade atribuída às pessoas com transtornos mentais foi considerada a principal justificativa para o encarceramento e a centralidade do hospital nas práticas de atenção à saúde mental. Em revisão da literatura Valença e Moraes^{81, 129} encontraram altas taxas de comportamento violento ou homicídios em indivíduos com transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtornos

afetivos, transtornos mentais orgânicos) em países com índices baixos de violência. Segundo os autores, esses achados não podem ser generalizados para países com altos índices de violência onde as taxas de homicídios relacionadas aos transtornos mentais são baixas em relação aos homicídios cometidos por pessoas sem diagnóstico psiquiátrico. Por outro lado, parece consensual entre os estudos analisados, que pessoas com transtornos de personalidade e abuso de substâncias psicoativas formam uma categoria mais suscetível ao comportamento violento^{80, 112, 130, 131, 132, 133}. Tais achados apontam a necessidade de maiores investigações uma vez que, principalmente o abuso de substâncias psicoativas vem sendo retratado na literatura como um problema que agrega um conjunto de vulnerabilidades sociais e expressa preconceitos e discriminações contra esses usuários^{134, 135}.

Apesar dos vários avanços alcançados em torno do cuidado em liberdade, ainda no campo da atenção à saúde mental brasileira encontramos inúmeras vulnerabilidades e fragilidades nas práticas de saúde⁷⁶. Atualmente a atenção a usuários de álcool e outras drogas, e em especial os usuários de crack, vem sendo alvo prioritário das políticas de saúde mental que tem construído estratégias de intervenção em desacordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, sendo este o cenário onde foi desenvolvida esta pesquisa.

3. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

Os pressupostos que fundamentam esta tese são: (1) que sendo a violência um fenômeno frequente em nossa sociedade, os serviços de saúde, em especial os de atenção à saúde mental, lidam cotidianamente com casos de violência mesmo que estas práticas muitas vezes não tenham visibilidade; (2) a área da saúde mental tem muito a contribuir para a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, assim como essa política tem muitas ferramentas capazes de apoiar o processo de atenção psicossocial atualmente em curso no país.

Diante das profundas mudanças no campo da atenção à saúde mental, sobretudo na última década, que possibilitaram uma maior integração das pessoas que sofrem por transtornos mentais no meio comunitário e familiar novas questões passaram a interrogar as práticas dos profissionais de saúde. Tais questões revelam a complexidade das relações presentes nesses meios onde a violência surge como mais um dos problemas a serem enfrentados como objeto das intervenções dos profissionais de saúde.

Objetivo geral: Analisar o processo de inclusão da temática das violências no campo da atenção à saúde mental.

Específicos:

- Analisar, na produção científica brasileira sobre saúde mental, como violência vem sendo abordada;
- Identificar e analisar o processo de inclusão do tema violência nos marcos legais da Política de Saúde Mental Brasileira da última década;
- Conhecer e analisar as percepções e o papel dos Conselhos Profissionais sobre o tema na violência;
- Caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro;

- Conhecer as percepções dos profissionais da rede de saúde mental, dessa cidade, sobre a violência;
- Analisar as práticas destes profissionais relacionadas ao atendimento às vítimas de violência;

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta tese é composta de quatro artigos originados de dois projetos de pesquisa distintos.

O primeiro artigo, “Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras”, publicado durante o primeiro ano do curso que envolveu o processo de formação do doutorado, apresenta uma análise preliminar sobre o campo da atenção à saúde mental, enfatizando seus limites de atuação nos casos que envolvem idosos vítimas da violência. A metodologia, os resultados, assim como as considerações éticas da pesquisa que fundamentaram este texto encontram-se descritos na publicação, que constituiu o ponto de partida para a definição do objeto de pesquisa e a metodologia a ser utilizada nos três artigos seguintes que igualmente compõem esta tese.

A pesquisa que originou os três últimos artigos apresenta uma análise diagnóstica da atenção às pessoas em situação de violência que chegam aos serviços de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Por análise diagnóstica compreendemos, segundo Deslandes *et al*¹³⁶, uma forma de olhar compreensiva e interpretativa capaz de identificar êxitos e dificuldades na atenção às vítimas da violência, e a construção de alternativas e possibilidades para o desenvolvimento da gestão. A construção do diagnóstico tem um caráter estratégico, pois possibilita aos próprios participantes da pesquisa, e mesmo aos gestores, identificar as necessidades a serem aperfeiçoadas.

A abordagem da Triangulação de Métodos foi utilizada como referencial metodológico, compreendida como dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, visando à compreensão das relações envolvidas no campo de estudo^{137, 138, 139}. A proposta da triangulação de métodos foi

escolhida, pois permite a abordagem do tema por ângulos diferentes ampliando assim as análises da problemática em questão, aqui considerada como complexa e multifacetada.

Para esta pesquisa foram realizadas uma análise documental e uma revisão bibliográfica, além de um estudo exploratório com abordagens quantitativa e qualitativa.

A análise documental teve o objetivo de compreender como o tema violência vem sendo integrado à política de saúde mental identificando grupos vulneráveis, formas de abordagem e expressão do fenômeno. Os resultados desta etapa da pesquisa assim como o detalhamento da metodologia utilizada encontram-se descritos no segundo artigo desta tese.

O segundo artigo, “Análise da inserção do tema violência na Política de Saúde Mental Brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)”, apresenta uma análise documental sobre o processo de inserção do tema da violência nas principais leis, decretos e portarias que orientam a atual Política de Saúde Mental Brasileira. Esta etapa da pesquisa possibilitou compreender a estruturação da Política de Saúde Mental durante a última década e a identificar o processo de inserção da temática da violência como objeto de intervenção dos profissionais de saúde mental. Nesse sentido, foi possível perceber as expressões do fenômeno violência que surgem no campo da atenção à saúde mental, os grupos mais vitimizados e as estratégias que a política de saúde mental vem construindo para enfrentar este problema.

A revisão bibliográfica objetivou identificar o processo de inserção do tema violência nas práticas dos profissionais dos serviços de atenção psicossocial da rede pública do país, publicados em periódicos nacionais. Assim, foi realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde/BVS de artigos científicos relacionados aos descritores “saúde mental” e “violência”, publicados no período de janeiro de 2001 a junho de 2011. Foram excluídos editoriais, monografias, dissertações e teses. Inicialmente 414 artigos foram identificados. Foi realizada a leitura de seus resumos e excluídos aqueles

que abordavam temas relacionados à saúde do trabalhador, por tratar-se de um campo de estudos que apresenta referenciais próprios, e estudos sobre grupos específicos em instituições como: escolas, universidades, delegacias, unidades prisionais, unidades do sistema sócio-educativo, justiça e contexto forense, organizações sociais (alcoólicos anônimos, participantes de eventos científicos), além de artigos sobre distribuição de recursos financeiros para pesquisa, abordagem histórica da literatura médica filosófica da primeira modernidade, e trabalhos que analisam obras de arte e história em quadrinhos. Foram selecionados 79 artigos, analisados e categorizados de acordo com a metodologia utilizada em: revisão conceitual e construção social (28); estudos epidemiológicos (30); estudos qualitativos (21). A análise considerou o ano das publicações, os grupos abordados (pessoas institucionalizadas, mulheres, crianças, idosos, usuários de álcool e outras drogas) e os tipos de violência (estrutural, cultural, institucional, contra a mulher ou a criança ou o idoso) discutidos nestes documentos. Os resultados dessa análise foram integrados ao marco teórico desta tese.

O estudo exploratório teve o objetivo de realizar uma análise diagnóstica da atenção prestada às vítimas de violência na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Para tanto, foram integradas as abordagens: quantitativa, que teve como objetivo levantar indicadores sobre o número de vítimas da violência no município, bem como a estruturação e organização dos serviços de atenção à saúde mental; qualitativa, que buscou explorar a história, as relações e as percepções dos profissionais envolvidos com esta atenção. O detalhamento das metodologias quantitativa e qualitativa está descrito nos artigos apresentados.

O terceiro artigo, “A violência sob a ótica das entidades reguladoras das profissões que atuam na área da saúde mental”, analisa como os conselhos de cinco categorias profissionais, compreendem o fenômeno violência e o incorporam como objeto de intervenção de suas práticas profissionais. A proposta desta análise foi

compreender entre os diferentes campos teóricos e práticos que orientam a atuação dos profissionais de saúde, no âmbito da atenção à saúde mental, como o tema da violência vem sendo incorporado como objeto de intervenção e que visibilidade a PNRMAV tem nesses espaços.

Já o quarto e último artigo, "A gente vive equilibrando pratos", analisa como a temática da violência vem sendo enfrentada pela rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, sob a ótica dos profissionais que atuam na gestão e na atenção aos usuários dos serviços.

O projeto seguiu as recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelos conselhos de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer nº55/10, 117/11 e 85/2006) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº194/10). Todas as instituições e sujeitos envolvidos foram devidamente esclarecidos quanto às implicações advindas de sua participação na pesquisa. As pesquisas que fundamentaram esta tese foram apoiadas financeiramente pela Fundação de Amparo a Pesquisa no Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do qual também fui bolsista durante os últimos três anos.

5- ARTIGOS

5.1 – Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras

Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras

Violence against the elderly: analysis of aspects of mental health care in five Brazilian cities

Fátima Castelo Vaidares¹
Edinilza Ramos de Souza¹

Abstract *This is a research on the aspects of mental health care offered to elderly victims of violence in the cities of Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Recife and Manaus. It was used the triangulation method that relied on the analysis of secondary data, information from questionnaires and individual and group interviews, defining itself as a target audience of this study; professionals and managers in mental health care. It was investigated the line of practices developed in services regarding policies governing mental health attention and addressed to the elderly who are victims of violence. Among the findings are: the disparity in records between elderly care hospitals (22.3%) and outpatient (0.4%); lack of information on the care of elderly victims of violence; and the incipient perception of professionals regarding the violence as a health intervention. In conclusion, there is a need for greater public investments: in improving the quality of information; the adequacy of the physical structure of services; the training/qualification of professionals to attend for specific elder health issues; under the aspect of violence, it was observed the need to adopt actions of prevention and attention of the most frequent disorders in the elderly.*

Key words *Elder, Violence, Mental health and psychosocial*

Resumo *Trata-se de investigação sobre aspectos da atenção à saúde mental ofertada à pessoa idosa vítima de violência nos municípios de Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Recife e Manaus. Foi utilizada a abordagem de triangulação de métodos a partir da análise de dados secundários, informações de questionários e entrevistas individuais e em grupo, definindo-se como público-alvo profissionais e gestores da atenção à saúde mental. Investigou-se a consonância das práticas desenvolvidas nos serviços em relação às políticas que regem a atenção à saúde mental e as dirigidas às pessoas idosas vítimas de violência. Entre os resultados destacam-se: a disparidade dos registros de atendimento de idosos entre as unidades hospitalares (22,3%) e extra-hospitalares (0,4%); a ausência de informações sobre o atendimento de idosos vítimas de violência; e a incipiente percepção dos profissionais quanto à violência como objeto de intervenção da saúde. Conclui-se pela necessidade de maiores investimentos públicos: na melhoria da qualidade da informação; na adequação da estrutura física dos serviços; na capacitação/habilitação dos profissionais para atenderem às especificidades de saúde do idoso. No aspecto da violência, observou-se a necessidade da adoção de ações de prevenção e atenção dos transtornos mais frequentes em idosos.*

Palavras-chave *Idoso, Violência, Saúde mental, Atenção psicossocial*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Costi, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aronson, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4.036, 7º andar/ sala 700, 21040-361 Rio de Janeiro RJ. fatimacastelo@paho.org.br

Introdução

O Brasil vive o fenômeno do envelhecimento da sua população – a expectativa de vida ao nascer mais que dobrou do início do século XX até os dias atuais¹. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², em 2009 havia cerca de 19 milhões de idosos no país, o que representava aproximadamente 10% do total da população nacional, sendo mantida uma tendência de crescimento deste grupo etário para os próximos anos. Esse acelerado crescimento da população idosa brasileira vem exigindo a construção de estratégias e políticas visando à promoção do envelhecimento saudável e a garantia dos direitos humanos, uma vez que o envelhecimento da população torna mais visíveis problemáticas antes consideradas “silenciosas”, como o fenômeno da violência contra a pessoa idosa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, a violência contra a pessoa idosa é definida como: “Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social.” No campo da saúde essa violência é registrada como maus-tratos, e seus impactos são representados no capítulo “Causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em que são incluídos eventos não naturais que levam à morte ou provocam lesões e traumas. Segundo dados do Ministério da Saúde⁴ no ano de 2007, 18.946 idosos morreram por causas externas no Brasil, representando a sétima causa de morte da população acima de 60 anos. Nesse mesmo ano, houve cerca de 125.000 hospitalizações de idosos por essa causa.

Estudos demonstram que a maioria das queixas de violência contra idosos refere-se à violência praticada por parentes⁵. Noventa por cento dos casos de violência contra esse grupo ocorrem no interior dos lares; 2/3 dos agressores são filhos, homens, noras, genros e cônjuges, e há uma forte associação nos casos em que o agressor físico e emocional usa drogas^{6,7}. Contribuem para a maior vulnerabilidade os seguintes fatores: o agressor viver na mesma casa que a vítima; existirem relações de dependência financeira entre pais e filhos; o ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos frouxos na família; o isolamento social da família e da pessoa idosa; haver história de violência na família; o cuidador ter sido vítima de violência doméstica; e a presença de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico⁸. Em relação à violência cometida contra idosos, estudos⁹ mostram a dificuldade das

vítimas de revelarem os maus-tratos, seja por constrangimento, seja por temor a punições e retaliações de seus agressores.

O fato de a presença de doenças mentais em agressores estar relacionada aos fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade dos idosos^{10,11} convoca a rede de atenção à saúde mental ao enfrentamento e prevenção da violência. Os estudos desses autores revelam que 50% dos abusadores demonstram problemas com bebida alcoólica; que agressores físicos e emocionais usam álcool e drogas numa proporção três vezes maior que não abusadores; e ainda que a presença de depressão ou outros sintomas psiquiátricos está associada à transformação do cuidador em maltratante e abusador. No Brasil, a atual política de atenção orientada pela reforma psiquiátrica estabelece “a atuação no território e a clínica ampliada” como norte de ação^{12,13}. Nessa perspectiva, o envolvimento das famílias e da comunidade como atores no processo de tratamento do doente mental descortina relações complexas, em que a violência pode estar vigente e exigindo a intervenção da rede de saúde mental. No entanto, o idoso vítima de violência também é aquele que apresenta quadro de doença mental, na maioria das vezes em estágio residual e, portanto, também integrante do grupo de maior vulnerabilidade à violência por ser dependente de seus cuidadores. Estudos comprovam as influências da violência na irrupção de transtornos mentais, evidenciando a compreensão de que processos violentos deterioram a qualidade de vida¹⁴. Nesse sentido, diversos autores¹⁵⁻²¹ têm ressaltado a associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, principalmente a depressão. Entretanto, a maior parte dos estudos relacionados refere-se a mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e comunitária, sendo encontrados poucos registros de estudos semelhantes enfocando a população idosa²².

Desde 1994, o Brasil vem desenvolvendo legislações direcionadas à população idosa, enfatizando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso²³ e no Estatuto do Idoso²⁴; e a preocupação com o problema da violência na Política Nacional de Saúde do Idoso²⁵, na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências²⁶ e no Pacto pela Saúde²⁷. Estas políticas preconizam a atenção integral à saúde dos idosos em todos os níveis de assistência, a ressocialização e integração social, familiar e comunitária, a capacitação de recursos humanos nas áreas mais diretamente relacionadas aos idosos, e o apoio a

estudos e pesquisas. Em relação à atenção à pessoa idosa vítima de violência, estabelecem sua ocorrência em todos os dispositivos da rede de saúde de forma integrada e sensível às vulnerabilidades mais comuns a esse público.

Tomando o conjunto das políticas citadas como parâmetros norteadores, este artigo apresenta a avaliação da atenção a idosos vítimas de violência na rede de saúde mental de cinco capitais nacionais. Buscou-se investigar, por meio de indicadores avaliativos, a qualidade da atenção ofertada nos diferentes tipos de serviços abordados, relacionada aos números de atendimentos e qualidade da informação, estrutura física e de pessoal apropriadas e sua organização e adoção de medidas preventivas. Além dos indicadores relacionados, buscou-se investigar a percepção dos profissionais ante os casos de idosos vítimas de violência expressos nas sínteses dos atendimentos.

Metodologia

Este trabalho é parte de uma pesquisa multicêntrica cujo objetivo foi avaliar o atendimento de sistemas locais de saúde aos agravos provocados por acidentes e violências contra pessoas idosas. Foi desenvolvida em 2007 e 2008 em cinco capitais brasileiras das distintas regiões do país: Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba²⁸. A pesquisa original, de cunho exploratório, triangulou métodos quantitativo e qualitativo²⁹. O presente artigo realiza a análise dos dados relativos às unidades de saúde mental envolvidas na referida investigação.

A abordagem quantitativa da primeira fase do estudo consistiu na aplicação de um questionário com perguntas fechadas e abertas, que caracterizou as unidades de saúde mental que efetivamente atendiam a pessoas idosas vítimas de violência. A segunda fase visou qualificar esse atendimento aplicando-se um questionário específico a cada um dos distintos serviços/unidades de saúde mental, versando sobre o número de atendimentos, fluxo, estrutura física, composição da equipe, atividades desenvolvidas para a promoção da saúde do idoso e prevenção à violência, dentre outras questões. Trabalhou-se com uma amostra de conveniência que incluiu um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por área de planejamento da saúde de cada município estudado (área programática, distrito sanitário ou outra). Assim, a amostra contou com 25 dos 46 CAPS existentes em 2009 na rede local dessas cidades e 12 dos 30 hospitais psiquiátricos em funcionamento nesse mesmo ano. Além deles, o estudo incluiu um ambulatório especializado e um serviço de reabilitação psicossocial, totalizando 39 serviços distribuídos em distintos tipos, como mostra a Tabela 1.

Em termos qualitativos, foram aplicadas 28 entrevistas semiestruturadas. Inicialmente, em cada município obteve-se o depoimento dos gestores municipais da área técnica; na segunda fase foram entrevistados coordenadores e psicólogos dos CAPS, bem como diretores, assistentes sociais e psiquiatras de hospitais psiquiátricos. Foi entrevistado um profissional de cada uma dessas categorias em cada uma das capitais. As entrevistas foram realizadas com base em quatro roteiros semiestruturados contendo entre 10 e 11 questões, direcionados segundo a especificidade do cargo do entrevistado, sendo um roteiro para os coordenadores e outro para psicólogos dos CAPS;

Em termos qualitativos, foram aplicadas 28 entrevistas semiestruturadas. Inicialmente, em cada município obteve-se o depoimento dos gestores municipais da área técnica; na segunda fase foram entrevistados coordenadores e psicólogos dos CAPS, bem como diretores, assistentes sociais e psiquiatras de hospitais psiquiátricos. Foi entrevistado um profissional de cada uma dessas categorias em cada uma das capitais. As entrevistas foram realizadas com base em quatro roteiros semiestruturados contendo entre 10 e 11 questões, direcionados segundo a especificidade do cargo do entrevistado, sendo um roteiro para os coordenadores e outro para psicólogos dos CAPS;

Tabela 1. Distribuição dos serviços de saúde mental estudados por município.

Municípios	Tipos de serviços						
	Ambulatório especializado	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	Hospital psiquiátrico estadual	Hospital psiquiátrico conveniado	Reabilitação
Manaus	0	0	1	0	1	0	0
Recife	0	5	1	3	2	4	0
Brasília	0	1	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	1	8	0	0	1	0	1
Curitiba	0	3	0	3	0	4	0
Total	1	17	2	6	4	8	1

Nota: o serviço de reabilitação não foi considerado neste artigo.

um para os diretores e outro para assistentes sociais e psiquiatras dos hospitais psiquiátricos.

Os questionários, respondidos por responsáveis designados pelos serviços, foram processados em um banco de dados e analisados em termos absolutos e relativos. A análise avaliativa do atendimento oferecido pelos serviços aos idosos vítimas de violência foi feita por meio de indicadores formulados com base nas políticas direcionadas à pessoa idosa e na política de saúde mental. Esses indicadores foram construídos e validados por meio do método de consenso, técnica do Grupo Nominal, segundo o qual foram realizadas reuniões altamente estruturadas com especialistas (sendo uma em cada capital) com o objetivo de coletar informações e viabilizar, por meio de avaliações individuais, discussão em grupo e posterior reavaliação da série de itens e questões propostas como indicadores²¹. A aplicação dos indicadores avaliativos – sendo 17 para os CAPS e sete para os hospitais psiquiátricos – nas análises proporcionou uma visão ampliada e comparativa entre os municípios pesquisados.

As entrevistas foram gravadas e analisadas com o referencial da Análise de Conteúdo segundo a modalidade temática adaptada da proposta de Bardin²², sendo conduzida basicamente por um recorte interpretativo que buscou compreender a construção social da realidade estudada, produzindo inferência do texto focal para o contexto social. Nesse sentido, buscou-se investigar a percepção do atendimento ao idoso vítima de violência na rede de saúde mental. Todas as recomendações contidas na Portaria nº 196/1996, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sobre seres humanos foram obedecidas.

Os resultados são apresentados em razão do nível da atenção ao qual o serviço se refere:

. Nível extra-hospitalar – compreende o ambulatório especializado e os CAPS.

. Nível hospitalar – reúne as informações apreendidas nos hospitais psiquiátricos.

Resultados e discussão

Atenção extra-hospitalar

O atendimento extra-hospitalar na saúde mental tem o CAPS como porta de entrada e organizador da rede de assistência. As unidades do tipo CAPS agregam as funções de pronto atendimento, acolhimento, suporte à crise, atenção dia e encaminhamento da demanda aos demais serviços da rede, desempenhando, portanto, funções de intermediação complexidade juntamente com os ambulatórios especializados^{14,23}.

A Tabela 2 mostra o número de atendimentos realizados pelos CAPS em 2006. Inicialmente, chama a atenção o fato de que dos 25 CAPS pesquisados 12 não informaram seus dados sobre os atendimentos em geral, 16 não o fizeram em relação ao atendimento de idosos e 21 não souberam informar sobre os casos de idosos vítimas de violência atendidos nos serviços. Tal ausência de informações também foi observada no ambulatório especializado, onde não foram apresentadas quaisquer das informações solicitadas.

Para os 13 CAPS que informaram seus números de atendimento, a média foi de 3.153 para o total de atendimentos em 2006, de 16,4 atendimentos a pessoas idosas e de um idoso atendido em média por causa de violência. Observa-se que apenas quatro casos de idosos em situação de violência foram informados pelos CAPS de Curitiba. No entanto, é preciso relativizar essas informações, em razão da elevada quantidade de serviços que não responderam a essas questões, seja pela falta de registro sistematizado do seu atendimento, seja pela ausência de abordagem do tema.

A gestão das informações e o registro dos atendimentos realizados nos CAPS abordados foram avaliados por meio de indicadores. Um deles, que se refere à "Proporção de unidades/serviços que realizam o registro do atendimento aos acidentes/violências classificados de acordo com a CID-

Tabela 2. Distribuição dos atendimentos dos CAPS – 2006.

Atendimentos	Mauaus (N=1)		Recife (N=9)		Brasília (N=1)		Rio de Janeiro (N=8)		Curitiba (N=6)		Total (N=25)	
	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf
Total	...	1	2.802	5	...	1	34.498	3	3.688	2	40.988	12
Idosos	...	1	94	6	...	1	17	6	37	2	148	16
Idosos por violência	...	1	...	9	...	1	0	6	4	4	4	21

0: informado pela unidade/serviço que não realizou o atendimento; ...: não informado pela unidade/serviço.

10/DSM-IV e/ou que fazem análise sistemática dos registros”, mostra que a unidade de Brasília, 70% das de Recife, metade das do Rio de Janeiro e apenas 40% dos CAPS de Curitiba afirmam atender pelo menos ao primeiro enunciado do indicador, ou seja, registram as informações segundo a CID-10/DSM-IV. O CAPS de Manaus não respondeu a essa questão. É preciso ressaltar certa desconância entre as informações fornecidas. Ao mesmo tempo que se diz que o atendimento é registrado, especificando-se os diagnósticos e a faixa etária dos pacientes, não se consegue informar os casos de violência diagnosticados nem se sabe dizer quantos idosos foram atendidos.

A precariedade dos registros é reforçada pelo fraco desempenho do outro indicador que avalia a “Proporção de unidades/serviços que realizam ações voltadas para a identificação de casos de idosos vítimas de acidentes e violência e/ou que notificam sistematicamente os casos de violência contra idosos para autoridade policial ou Ministério Público ou conselhos municipais e estaduais do idoso ou secretarias municipais e estaduais de Saúde ou Secretaria de Desenvolvimento Social”. Com base nele, verifica-se que apenas 37,5% das unidades do Rio de Janeiro, 33% das de Curitiba e 11% das de Recife cumprem essas diretrizes de diagnóstico e notificação dos casos. Os CAPS de Manaus e Brasília não realizam nenhuma dessas duas orientações das políticas.

Na análise dos dados, também ressaltam as grandes disparidades entre as capitais pesquisadas quanto à qualidade da gestão das informações. Nesse sentido, os indicadores que avaliam mostram que os CAPS de Curitiba e do Rio de Janeiro apresentam os melhores resultados, enquanto os de Brasília e Manaus têm os piores desempenhos nesse item. Já os de Recife ficam em situação intermediária.

A maioria dos serviços pesquisados tem vinculação municipal e oferece atendimento de acordo com a lógica da territorialidade. Todos participam da rede de atenção à saúde mental de seus municípios, recebendo demanda espontânea e encaminhada, inclusive em relação a atendimentos de urgência, e realizando encaminhamentos dos casos aos demais serviços da rede de saúde e de assistência social. O CAPS estudado em Brasília informou não realizar atendimento de urgência. O de Manaus encaminha os idosos que necessitam de atenção de menor complexidade para a rede ambulatorial da atenção básica e para serviços especiais, como o Centro de Atenção Integral da Melhor Idade (Caimi), que é municipal e especializado na atenção à pessoa idosa.

No Rio de Janeiro, os CAPS informaram ter dificuldades para o encaminhamento dos pacientes à rede ambulatorial devido à superlotação dos serviços, fato que contribui para um crescente número de pacientes nos CAPS. Em 2006, a média anual de atendimentos realizados nesses serviços foi de 6.899,6.

Em Manaus, Recife e Rio de Janeiro, foram relatadas dificuldades de encaminhamento de idosos às internações em hospitais gerais e psiquiátricos. Segundo os entrevistados, a indicação para internação é limitada e somente é feita mediante acompanhamento.

Esse fluxo do atendimento na rede foi avaliado pelo indicador que considera a “Proporção de unidades/serviços com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência para casos que necessitam de internação e/ou que possuem integração com equipes do PSF visando à manutenção da capacidade funcional do idoso”. Constatou-se que a unidade de Brasília e a de Manaus, 83% das de Curitiba, 50% das do Rio de Janeiro e 22% das de Recife afirmam possuir tais mecanismos.

A infraestrutura física das unidades foi investigada a fim de verificar sua adequação às necessidades da pessoa idosa. Constatou-se que os acessos diferenciados para ambulâncias e para os idosos e portadores de deficiências físicas ainda são itens carentes de adaptação em todos os serviços. Em relação ao indicador “Proporção de unidades/serviços que possuem cadeiras de rodas, acesso diferenciado para idosos e/ou portadores de necessidades especiais”, os CAPS de Curitiba foram os únicos que registraram atendê-lo em 50% de suas unidades. Os demais municípios não pontuaram esse indicador.

O ambulatório especializado do Rio de Janeiro informou possuir salas de recepção e espera, de arquivo e prontuário, de serviço social, bem como consultórios médico e psicológico, farmácia e acesso diferenciado para ambulância.

A adequação da estrutura física das unidades constitui um fator importante para a recepção e o acolhimento de idosos e portadores de necessidades especiais, ao se partir da compreensão de que cabem ao CAPS a clínica ampliada e o envolvimento de familiares na atenção ao doente mental. Nesse sentido, a ausência de recursos e adequações estruturais reforça os outros estudos¹, os quais indicam que os idosos encontram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde em geral.

A constituição de equipes multiprofissionais capacitadas e especializadas na atenção às necessidades mais comuns das pessoas idosas é uma diretriz das políticas de atenção à saúde desse

grupo. Segundo os dados dos questionários, as categorias profissionais mais presentes nos CAPS e no ambulatório especializado são aquelas tradicionais da área. Por sua vez, a adequação das equipes de profissionais ao que recomendam as políticas foi avaliada por três indicadores. No primeiro, referente à "Proporção de unidades que possuam profissionais com formação em gerontologia", constatou-se que apenas dois CAPS (um em Curitiba e outro no Rio de Janeiro) informam possuir tal profissional em seu quadro. Em relação ao segundo indicador, "Proporção de

unidades que realizam atividades de atendimento geriátrico e gerontológico", apenas um CAPS de Curitiba informou desenvolver tal atividade. Finalmente, o terceiro indicador, "Proporção de unidades cujos profissionais recebem capacitação para identificação e atendimento dos casos de idosos vítimas de acidentes e violência", é cumprido por apenas 33% dos CAPS pesquisados em Curitiba.

A diversidade de ações realizadas nos CAPS foi investigada por meio de dez indicadores avaliativos, conforme se vê na Tabela 3.

Tabela 3. Indicadores avaliativos das ações desenvolvidas pelos CAPS, segundo as cidades pesquisadas.

Indicadores	Manaus	Recife	Brasília	Rio de Janeiro	Curitiba
1) Proporção de unidades/serviços que realizam atividades de atendimento em oficinas terapêuticas, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.	-	80%	100%	100%	100%
2) Proporção de unidades/serviços que realizam atividades de atendimento grupal.	-	86,7%	-	-	100%
3) Atendimento de urgência.	100%	55,6%	100%	75%	83,3%
4) Atendimento geriátrico e/ou gerontológico.	não	não	não	não	16,7%
5) Visita domiciliar.	100%	100%	100%	100%	83,3%
6) Proporção de unidades/serviços que realizam busca ativa para casos mais graves de idosos em situação de violência quando há problemas de adesão ao tratamento.	não	77,8%	100%	75%	83,3%
7) Proporção de unidades/serviços que encaminham pacientes para o Programa de Volta para Casa.	não	77,8%	não	75%	50%
8) Proporção de unidades/serviços que realizam ações voltadas para o autocuidado; ações de promoção da atividade física e alimentação saudável; ações para redução de sequelas e incapacidades; ações voltadas para a redução de danos; informações/cursos de capacitação de cuidadores de idosos.	60%	80%	60%	58%	67%
9) Proporção de unidades/serviços que realizam ações de estímulo à participação das pessoas idosas em grupos da terceira idade, conselhos comunitários, clubes; identificação e reconhecimento da rede de suporte social para a pessoa idosa; informam sobre direitos dos idosos.	67%	74%	100%	54%	83%
10) Proporção de unidades/serviços que oferecem uma abordagem preventiva com aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem para detecção de distúrbios cognitivos e/ou visuais e/ou mobilidade e/ou audição e/ou depressão e/ou comprometimento da funcionalidade e/ou distúrbios nutricionais e/ou isolamento social e/ou que realizam ações de prevenção de violências e de acidentes no domicílio.	44%	46%	44%	40%	50%

Observa-se maior proporção de CAPS desenvolvendo atividades tradicionais como a busca de integração social do paciente à comunidade e ao convívio familiar, o atendimento de urgência e a visita domiciliar. Em contraposição, indicadores mais especificamente direcionados às pessoas idosas, como a promoção do autocuidado (Indicador 8) e o suporte social (Indicador 9), estão menos pontuados.

Vale destacar o pior desempenho, em todas as cidades, dos indicadores avaliativos da abordagem preventiva aos transtornos mais comuns entre idosos e do atendimento geriátrico ou gerontológico. Observou-se que a abordagem preventiva da depressão, do isolamento social, do comprometimento da funcionalidade e dos distúrbios nutricionais é realizada em mais da metade dos 25 CAPS pesquisados. No entanto, menos da metade das unidades realiza abordagem preventiva relacionada a distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade e audição. Esse rastreamento é importante para a intervenção precoce e a minimização das sequelas e limitações na vida diária e atende às diretrizes das políticas públicas dirigidas a essa população. Apesar de não se tratar de atribuições específicas da atenção em saúde mental, é imprescindível que os profissionais da área estejam sensíveis a essas questões visando ao encaminhamento às unidades especializadas.

Nas entrevistas com os profissionais, a realização de atividades direcionadas à pessoa idosa foi pouco relatada, corroborando as informações prestadas nos questionários. As exceções foram no CAPS de Manaus, onde os idosos são remetidos ao Calmí, e no CAPS de Brasília, onde se desenvolve um trabalho específico com o público idoso que conta com a presença de acompanhantes terapêuticos. Deslandes *et al.*²⁴ também encontraram semelhante inexistência de ações direcionadas às necessidades de saúde dos idosos. Os entrevistados imputaram essa ausência de especificidade à baixa demanda de idosos nos CAPS; entretanto, a precariedade de recursos, o excesso de demanda de pacientes em outras faixas etárias e a necessidade de se estabelecerem prioridades no cotidiano da atenção podem estar relacionados a essa interpretação.

Apesar dessa constatação, os depoentes reconheceram e destacaram algumas necessidades do atendimento a esse público, como: (1) maior atenção na definição do diagnóstico, que pode mais frequentemente ser influenciado por outras patologias não psiquiátricas; (2) adaptação dos serviços em termos de acessibilidade; (3) cuidados especiais mais comumente desempenhados por

um cuidador ou acompanhante; e (4) trabalho com as famílias.

Foi unânime a percepção das equipes técnicas quanto à ausência de serviços e profissionais habilitados para atender às necessidades mais comuns das pessoas idosas. A formação continuada e a adequação da rede de saúde foram as suas principais sugestões para melhorar a qualidade da atenção.

Pediu-se aos profissionais que relatassem casos atendidos de pessoas idosas vítimas de violência, objetivando identificar suas percepções sobre a atenção extra-hospitalar de saúde mental fornecida, as violências vividas, as estratégias de acolhimento e de encaminhamento. Um dos casos relatados é o de uma mulher idosa que se encontrava em situação de rua e por isso foi remetida ao CAPS de referência da área. Segundo o relato dos profissionais, essa senhora afirmava sofrer violência doméstica, sendo agredida pela filha, razão pela qual optou por residir na rua. A idosa manteve tratamento no CAPS mesmo permanecendo em situação de rua. No entanto, após um período, parou de frequentar o serviço, não sendo mais localizada. Segundo informações do serviço, ela foi procurada na residência dos familiares, mas não foi encontrada. O caso se encerrou com o abandono do tratamento e o desaparecimento da paciente, não tendo sido relatado qualquer trabalho de contato prévio com a família em questão ou com a rede de apoio e proteção social.

Esse relato apresenta um traço comum entre as unidades extra-hospitalares pesquisadas em relação à não identificação da pessoa idosa como alvo do atendimento dos serviços de saúde mental. Para os entrevistados, a ausência de uma abordagem integral aos idosos nos serviços está associada à constatação de que são menos comuns os casos de idosos com quadro psiquiátrico agudo. Essa percepção opera, portanto, na limitação dos acolhimentos e logo numa menor investigação da complexidade que pode estar presente nas demandas com que esse grupo social chega à unidade. Com base nos questionários e nas entrevistas realizadas, observou-se que a possibilidade de as violências provocarem impactos na saúde dos atendidos é ainda pouco investigada nos serviços. Observou-se também que os idosos são, muitas vezes, os principais cuidadores dos doentes mentais em tratamento nas unidades extra-hospitalares, o que os expõe a maior vulnerabilidade. Apesar desta constatação, a atuação dos profissionais com relação às vítimas de violência ainda é pouco registrada. Estudos já apontaram para o fato de poucos pro-

fissionais reconhecerem seu papel no tratamento, com a afirmativa de que não estão preparados para lidar com esse público², o que é corroborado pelo relato de ausência de capacitação das equipes como demonstrado no indicador sobre o tema.

Ainda segundo o relato dos entrevistados, o acolhimento de idosos vítimas de violência em unidades de saúde mental somente se justifica quando associado a um quadro psiquiátrico agudo de psicose, depressão grave e deficiência mental, por exemplo. Quando percebidas, as violências mais relatadas pelos entrevistados foram: a negligência e o abandono. Sendo diagnosticadas, o procedimento mais comum foi remeter os casos à justiça, pois ainda prevalece a compreensão de que esse é um problema da justiça ou de polícia e não um tema para ser abordado pelo setor saúde.

Atenção hospitalar

No contexto atual da política de saúde mental, as unidades que realizam a internação têm como função fornecer suporte e atendimento à crise. Nesse modelo de atenção, a internação em hospital psiquiátrico é indicada como medida de proteção do doente, que requer cuidado intensivo, momentâneo e fora de seu meio familiar. Desse modo, recomenda-se internação psiquiátrica de curta duração, o que pressupõe alta rotatividade dos leitos e forte integração dessas unidades à rede de assistência extra-hospitalar¹⁵.

A atenção à pessoa idosa vítima de violência que demanda cuidado intensivo de saúde mental foi investigada em 12 hospitais psiquiátricos, distribuídos em quatro das cinco capitais estudadas. O hospital psiquiátrico que atende a população de Brasília situa-se no Distrito Federal, portanto, fora da circunscrição da cidade. Mais

uma vez, nota-se que é elevado o número de unidades que não responderam às questões relativas ao seu atendimento, provavelmente devido à inexistência de registros sistemáticos e detalhados desses dados.

A Tabela 4 mostra que os idosos representam 10,4% dos atendidos no hospital de Manaus; 38,6% dos atendidos nas quatro unidades de Recife; 17,9% dos que se internaram no hospital do Rio de Janeiro; e 7,1% de dois hospitais de Curitiba. No conjunto das cidades, os idosos representam a parcela de 22,3% do total das pessoas atendidas nos hospitais psiquiátricos que informaram esse dado, percentual significativamente superior ao 0,4% do total de idosos atendidos nos CAPS pesquisados.

A alarmante discrepância entre os números de atendimento hospitalar e extra-hospitalar merece destaque, uma vez que estudos^{26,27} já revelaram as precárias condições em que são tratados idosos internados por longos períodos em instituições psiquiátricas, e mesmo os limites da atenção psiquiátrica hospitalar para o tratamento do doente mental.

Todos os hospitais pesquisados compõem a rede de atenção à saúde mental de seus municípios, cujo fluxo de atendimento está constituído pelo acolhimento à demanda espontânea ou encaminhada por outras unidades de saúde, via Central de Regulação de Vagas e/ou Leitos, em esquema de pronto atendimento (24 horas). Curitiba é a exceção, pois realiza atendimento somente mediante agendamento.

A investigação da adequação da estrutura física dos hospitais para o atendimento às necessidades mais comuns aos idosos indica que um hospital de Recife possui recursos tecnológicos de alta complexidade mais amplos que os recomendados a uma unidade psiquiátrica. Esta ins-

Tabela 4. Distribuição do número de atendimentos dos hospitais psiquiátricos

Atendimentos	Manaus (N=1)		Recife (N=6)		Rio de Janeiro (N=1)		Curitiba (N=4)		Total (N=12)
	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf	N	S/inf	N
Total	31.572	-	26.780	2	11.881	-	580	2	70.813
Idosos	3.285	-	10.325	2	2.130	-	41	2	15.781
Idosos por acidentes	...	1	...	3	...	1	0	3	0
Idosos por violências	...	1	...	3	...	1	0	3	0
Internações domiciliares de idosos	...	1	0	3	...	1	0	3	0

0: informado pela unidade/serviço que não realizou o atendimento; ...: não informado pela unidade/serviço; -: sem registro para item.

tuição é uma unidade de emergência psiquiátrica incluída em um hospital geral do município, o que justifica a presença dos recursos investigados. Os demais hospitais pesquisados não responderam a esta questão ou marcaram "não" para todos os itens.

A avaliação da atenção oferecida pelos hospitais psiquiátricos aos idosos vítimas de violência foi feita com base em sete indicadores, distribuídos em três blocos de análise: os quatro primeiros avaliam a gestão da informação; o quinto e o sexto analisam a adequação da equipe profissional; e o sétimo tenta captar a realização de atividades preventivas dos agravos mais comuns entre as pessoas idosas (Tabela 5).

Os indicadores relativos à gestão das informações apontam para um cenário favorável no conjunto das capitais pesquisadas. Entretanto, cabe destacar a incoerência desses resultados comparados a outros itens do questionário que demonstram a precariedade ou inexistência de registros em muitas das unidades pesquisadas, principalmente os relacionados ao desdobramen-

to por faixa etária, diagnóstico e notificação dos casos de violência.

Os hospitais pesquisados contam com a equipe mínima de profissionais recomendada pelas políticas que nortearam este estudo. O indicador "Proporção de unidades que possuem equipes mínimas para internação/assistência domiciliar (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, geriatra, profissional com formação em gerontologia)" demonstra que os hospitais de Manaus e Rio de Janeiro, 75% dos de Curitiba e 66,7% dos de Recife possuem pelo menos três dos seis profissionais exigidos pela política; no entanto, nenhum destes informou registros de atendimento domiciliar nos questionários aplicados. Dentro as categorias profissionais mais presentes, estão as que tradicionalmente compõem a assistência psiquiátrica.

Quanto à "Proporção de unidades que possuem profissional com formação em gerontologia", nota-se que apenas o hospital do Rio de Janeiro e um de Recife contam com essa categoria profissional em seu quadro; e apenas neste últi-

Tabela 5. Indicadores avaliativos da atenção oferecida nos hospitais psiquiátricos a idosos vítimas de violência, segundo as cidades pesquisadas.

Indicadores	Manaus	Recife	Rio de Janeiro	Curitiba
1) Proporção de unidades/serviços que possuem registros sobre os atendimentos às pessoas em situação de violências/acidentes.	100%	100%	100%	75%
2) Proporção de unidades/serviços que já ouviram falar e já leram a PNRMAV, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso (pelo menos um dos documentos).	100%	83%	100%	75%
3) Proporção de unidades/serviços que realizam ações voltadas para a identificação de casos de idosos vítimas de acidentes e violência e/ou que enviam a notificação de casos de violência contra idosos para autoridade policial ou Ministério Público ou conselhos municipais e estaduais do Idoso ou secretarias municipais e estaduais de Saúde ou Secretaria de Desenvolvimento Social.	100%	66,7%	100%	75%
4) Proporção de unidades/serviços que realizam o registro dos casos de idosos vítimas de acidentes e violência de acordo com a CID-10 ou DSM-IV e/ou com pessoal capacitado para registro sistemático da informação.	100%	66,6%	100%	100%
5) Proporção de unidades que possuem equipes mínimas para internação/assistência domiciliar.	-	-	100%	-
6) Proporção de unidades que possuem profissional com formação em gerontologia.	-	16,7%	100%	-
7) Proporção de unidades que oferecem abordagem preventiva com aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem para detecção de distúrbios mais comuns em idosos.	-	16,7%	100%	50%

mo município foi registrada também a presença de um médico geriatra atuando como tal.

A análise da "Proporção de unidades que oferecem abordagem preventiva com aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, mobilidade, audição, depressão, comprometimento da funcionalidade, distúrbios nutricionais e isolamento social" constituiu um indicador que visava captar esforços do serviço para manter a qualidade de vida da pessoa idosa. Sua aplicação resultou pouco promissora. Verificou-se que apenas a unidade do Rio de Janeiro, 50% das de Curitiba e somente 16,7% das do Recife informaram realizar pelo menos quatro das oito abordagens recomendadas. As mais investigadas são as já tradicionais para a área psiquiátrica: depressão, isolamento social, comprometimento da funcionalidade e distúrbios nutricionais.

Objetivando compreender a atenção prestada aos idosos vítimas de violência que buscam o hospital psiquiátrico, solicitou-se à equipe técnica que relatasse casos de seu conhecimento. A título de ilustração, descreve-se aqui o caso de uma senhora que, mesmo com condições clínicas para a alta médica, permaneceu internada devido ao abandono de sua família. O profissional disse que ela já havia sido internada anteriormente na unidade. Para efetivar a alta, a equipe a levou até sua casa, situada em uma área considerada "de risco" da cidade, e orientou seus familiares quanto ao uso da medicação. Contudo, pouco tempo depois a senhora retornou à internação, após ser de novo negligenciada. A equipe da unidade fez a denúncia ao Ministério Público e aguardava o seu pronunciamento sobre o caso, no momento do relato.

Esta situação parece ser comum nos outros hospitais pesquisados, reforçada por relatos de gestores que disseram que a maior parte dos idosos encontrados nas instituições psiquiátricas permanece em situação de abandono e negligência, por parte tanto de seus familiares quanto do poder público. Em tais situações, chama a atenção a pouca ou nenhuma intervenção dos profissionais diante de situações de violência e muitas vezes naturalizadas na própria estrutura hospitalar. Assim como ocorre nos CAPS, também prepondera entre os profissionais dos hospitais psiquiátricos o entendimento de que tais questões devem ser resolvidas na justiça ou por autoridades judiciais. Essa percepção da violência como um problema criminal e não de saúde pública, por parte dos profissionais da saúde, também foi evidenciada por Dahlberg e Krug²⁸.

A isso acresce-se o fato de que a investigação e a identificação da violência contra os idosos são ainda muito pouco realizadas nas unidades de saúde mental, indicando um processo de naturalização das violências típicas dessa etapa da vida. Minayo e Souza⁶ também identificaram esse processo e dizem que a violência cometida contra idosos pode ser compreendida a partir do abuso estrutural e societal. Segundo as autoras, as violências estrutural e societal referem-se a negligências das políticas públicas, dos serviços de saúde e das instituições – negligências e abandonos que dizem respeito à ausência ou privação de cuidados; desrespeito e atitudes de menosprezo correspondendo ao não reconhecimento; abusos verbais, emocionais e psicológicos que se referem às ofensas que diminuem a autoestima da pessoa; abusos físicos e abusos legal e financeiro. Tais categorias parecem ter sido ainda pouco assimiladas e incorporadas às práticas dos profissionais dos serviços de saúde mental.

Conclusões

A análise realizada mostra que a implementação das políticas relacionadas neste estudo na atenção à saúde mental, mais especificamente da atenção prestada às pessoas idosas vítimas de violência, ainda é bastante incipiente, provavelmente devido à novidade dos dois temas aqui abordados: a violência que provoca diferenciados distúrbios psíquicos e o atendimento a um grupo populacional envelhecido, cada vez mais crescente na realidade brasileira.

Do ponto de vista da atenção prestada pela rede de serviços de saúde mental aqui investigada, percebe-se que tanto as unidades hospitalares quanto as extra-hospitalares vêm buscando cumprir as recomendações feitas nas políticas dirigidas à pessoa idosa. No entanto, em termos de estrutura física os hospitais parecem estar mais bem adaptados, possivelmente por se tratar de uma rede há muito consolidada, o que não significa que o hospital seja o melhor local para idosos vítimas de violência, uma vez que o risco de abandono e negligência, também nessas instituições, é bem maior que na atenção comunitária. Deste modo, os serviços CAPS, ainda em fase de implantação em algumas das cidades estudadas, necessitam ser apoiados no sentido de melhorar sua atuação em relação às questões aqui tratadas.

Para o conjunto dos indicadores aplicados aos CAPS pesquisados nas cinco capitais, Curitiba destaca-se como a que melhor vem desampe-

nhando a implementação das políticas de saúde da pessoa idosa. Ao se compararem as capitais, Rio de Janeiro e Recife situam-se em posição intermediária, enquanto Brasília e Manaus encontram-se em pior colocação. Cabe lembrar que neste estudo foi abordada uma amostra de conveniência, não se podendo generalizar os resultados aqui encontrados e devendo-se considerar a complexidade das distintas realidades sócio-históricas e da organização das redes dos municípios. Em relação ao atendimento hospitalar, o Rio de Janeiro se destaca como a capital que melhor vem implementando as políticas avaliadas; no entanto, esses achados devem ser relativizados, tendo-se em vista que apenas um dos 15 hospitais existentes nesse município foi incluído no estudo. Em comparação com as demais capitais, Manaus permanece em situação intermediária; já Recife e Curitiba encontram-se em pior colocação em relação ao processo de implementação das políticas avaliadas.

Este estudo limitou-se à análise do processo de implantação e implementação das políticas

direcionadas à pessoa idosa vítima de violência. Nesse sentido, pontos importantes sobre a atenção da saúde mental a famílias que contam com idosos entre seus membros precisam ser mais bem explorados em futuras pesquisas.

Dentre os pontos críticos que mereceriam investimento público na área, destaca-se a necessidade de melhorar a qualidade da informação, principalmente quando abordado o atendimento de idosos vítimas de violência; de adequar a estrutura física dos serviços a fim de facilitar o acesso desse grupo; de capacitar/habilitar os profissionais para atenderem adequadamente às especificidades de saúde do idoso e no tema da violência; e de investir em ações de prevenção e atenção aos transtornos mais frequentes em idosos, o que pode promover qualidade de vida e reduzir as demandas de internação psiquiátrica e em hospitais gerais. A sensibilização dos gestores e trabalhadores da atenção consiste, portanto, num ponto fundamental para viabilizar a implantação e a implementação adequadas das referidas políticas.

Colaboradores

FC Valadares e ER Souza trabalharam na concepção, redação e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L, Uchoa E. Situação socioeconômica e saúde entre brasileiros idosos em comparação aos mais jovens. In: *Anais do I Workshop on Social and Gender Inequalities in Health among the Elderly in Brazil*; 2002; Ouro Preto. p. 49-69.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2000*. [site da Internet] [acessado 2010 mar]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Manual de vigilância das lésões*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004.
4. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Morbidade hospitalar do SUS: por local de residência - Brasil. [site da Internet] [acessado 2010 mar]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def/def01m.exe?i10=1&v1=br>
5. Debert GG. A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. *Dois Comportamentos Familiares - Intercept* 2001; 2:71-92.
6. Costa PL, Charney PGS. A violência afetiva e a violência doméstica contra os idosos. Belo Horizonte, 2003. (mimeo.)
7. Anetzberger GT, Korbin JE, Austin C. Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 1994; 9(2):184-193.

8. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a antropologia da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
9. Feltrin VP. *Violência contra a pessoa idosa: aspectos, vítimas e agressores*. Brasília: Unbursa; 2007.
10. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir? In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.141-165.
11. Abdala Filho E. Avaliação de risco de violência em psiquiatra forense. *Rev Bras Clin* 2004; 31(5):279-284.
12. Hooy AM, Browne KD. Risk factor characteristics in cases who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Aggr Mental Health* 2001; 5(1):56-62.
13. Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine* 1997; 30(4):463-472.
14. Souza ER, Ribeiro AP, Alice S, Souza AC, Marques CC. Rôle de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1153-1163.
15. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Huetter; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
16. Krombitt T. Saúde mental e antropologia em Santos: vinte anos depois. *Cad Bras de Saude Mental* 2009; 1(1):1-8.
17. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência, Saúde - Mangueiras* 1997; 4(3):512-531.
18. Lopes CS, Fuenstein B, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 19(9):1713-1720.
19. Martin D, Quirino J, Mari JJ. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2007; 41(4):591-597.
20. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1177-1182.
21. Ximenes LF, Oliveira RVC, Assis SG. Violência e transtorno do estresse pós-traumático na infância. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):417-433.
22. Ribeiro WS, Androsoli SB, Ferri CP, Pinheiro M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(supl 10):549-57.
23. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: [s.n.]; 1994. [site da Internet] [acessado 2010 fev 20]. Disponível em: <http://www.sdoe.ser.mil.br/legislacao/lei8842.pdf>
24. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
27. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Fato pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [site da Internet] [acessado 2008 maio 3]. Disponível em: <http://de2001.saude.gov.br/sa/portarias>
28. Souza ER. *Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidente e violência contra idosos* [relatório final de pesquisa] Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz/CNPq; 2008.
29. Minayo MCS, Sanchez O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica* 1992; 9(3):239-262.
30. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Genes Sanitaria* 1991; 5:114-116.
31. Jones J, Hunter A. Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal* 1995; 331:153-168.
32. Barbin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
33. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior AGS, Mattos RA, organizadores. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepes-IMS, Lappo-Abraço; 2007.
34. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CIRL-SF, Krempel M, Cavalcanti ML, Lima MLC, Moysés SJ, Leal ML, Curcio CN. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):385-396.
35. Santos NC. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso*. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2005.
36. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa R, Firmo JO, Costa MF. A morte dos idosos na Clínica Santa Genevieve, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público poderia ter evitado. *Cad Saude Publica* 2000; 16(12):545-551.
37. Souza ER, Minayo MCS, Ximenes LF, Deslandes SF. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CE, organizadores. *Antropologia, saúde e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.191-209.
38. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2006; 11(suppl):1163-1178. [site da Internet] [acessado 2010 fev 20]. Disponível em: <http://www.actafoi.br/pdf/exe/v11s0/a07v11s0.pdf>

Artigo apresentado em 23/02/2010

Aprovado em 02/05/2010

Versão final apresentada em 04/08/2010

5.2 – Análise da inserção do tema violência na Política de Saúde Mental Brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)

Submetido à Revista Physis - protocolo PHYSIS-1329 em dezembro de 2012

Fabiana Castelo Valadares

Edinilsa Ramos de Souza

Resumo

Objetivo: Descrever e analisar o processo de inserção do tema da violência nos marcos legais da política pública brasileira de saúde mental, com vistas a contribuir para a identificação dos principais desafios e impasses presentes nessa área. **Método:** Realizou-se a análise documental das leis, decretos e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e publicações oficiais da Coordenação de Saúde Mental deste Ministério emitidas no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2011. **Resultados:** Observa-se a consolidação de três tendências nestes documentos, denominadas: a violência e a instituição psiquiátrica (2001-2003) marcada pela consolidação dos parâmetros norteadores da política na perspectiva da desinstitucionalização e garantia dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais; a violência, o território e suas demandas (2004-2008) onde é identificada a atenção às vulnerabilidades sociais e a integralidade dos cuidados em saúde; a violência e o desafio do uso prejudicial de álcool e outras drogas (2009-2011) que evidencia as situações de risco e violência associadas a esse uso, acirrando tensões entre forças políticas conservadoras no campo das políticas sociais. **Conclusões:** Conclui-se que a política de saúde mental adequou-se aos problemas sociais emergentes no país com vistas à promoção da qualidade de vida e a prevenção das violências.

Palavras-chave: violência, saúde mental, política de saúde mental, análise documental, Brasil

Abstract:

Objective: Describe and analyze the process of inserting the issue of violence in the legal frameworks of the Brazilian public policy on mental health, with a view to contribute to the identification of the challenges and dilemmas present in this area.

Method: We conducted a documentary analysis of laws, decrees and orders issued by the Health Ministry and official publications of this Coordination of Mental Health Ministry issued from January 2001 to December 2011. **Results:** We observe the consolidation trends in these documents, called: Violence and psychiatric institution (2001-2003) marked by the consolidation of the parameters guiding the policy of deinstitutionalization in perspective and ensuring the rights of individuals with mental disorders, violence, the territory and its demands (2004-2008) where attention is identified vulnerabilities social and comprehensiveness of health care, violence and challenge the harmful use of alcohol and other drugs (2009-2011) shows that the risk situations and violence associated with this use, sharpening tensions between conservative political forces in the field of social policies. **Conclusions:** We conclude that the mental health policy adapted to the emerging social problems in the country with a view to enhancing the quality of life and prevention of violence.

Keywords: violence, mental health, mental health policy, document analysis, Brazil

INTRODUÇÃO

Neste artigo busca-se discutir como o tema da violência se insere na atual política que orienta a atenção em saúde mental no Brasil. Essa política se fundamenta na Reforma Psiquiátrica que objetivou superar a centralidade manicomial da assistência adotando o modelo baseado na comunidade, capaz de enfrentar os desafios do cuidado às pessoas

que sofrem por transtornos mentais (Delgado, 2006). Mais do que a evolução dos marcos regulatórios, essa política constrói novas concepções de atores e sujeitos, dos direitos e das práticas, questiona o limite das técnicas e institui novos processos (Loyola e Vieira, 2006). Por isso, conhecer seus marcos regulatórios representa um primeiro passo rumo à compreensão sobre como vem ocorrendo a adoção do tema da violência e, conseqüentemente, do próprio percurso da política em análise.

Os processos que levaram a mudanças profundas na Política de Saúde Mental Brasileira têm como antecedentes os movimentos sociais pela redemocratização do país ocorridos na década de 1970. Essa década é considerada por Pitta (2011), como o período da denúncia da hegemonia asilo-manicomial na assistência aos doentes mentais que sofreu uma grande expansão das internações, sobretudo em instituições privadas conveniadas ao então Instituto Nacional de Previdência Social, criando assim a era da indústria da loucura (Pitta, 2011; Amarante, 1995; Resende, 1990). Nesse cenário, já próximo aos anos 80, foram deflagradas graves violações dos direitos dos pacientes internados que começaram a ganhar corpo nos movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares, mais tarde intitulado Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, reunido em torno do “desejo de uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 1995; Lobosque, 2001). Na década de 1980, tal movimento possibilitou, entre outras ações, a discussão de questões sobre a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, envolvendo toda a sociedade, e o encaminhamento de propostas para a efetivação do cuidado extra-hospitalar, a partir da criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da realização da primeira grande intervenção em um hospital psiquiátrico privado do país situado na cidade de Santos - a Casa de Saúde Anchieta - com o objetivo de desinstitucionalização, e da apresentação do projeto de Lei nº 3.657/89 (Câmara, 1989) que mais tarde tornou-se a lei da Reforma Psiquiátrica. Nos anos 1990, a tramitação desse projeto na Câmara e no Senado foi acompanhada pelo

Movimento da Reforma Psiquiátrica e também reforçada por outros projetos de lei locais e regionais possibilitando a instalação, em diversas cidades do país, de dispositivos extra-hospitalares de atenção territorializados e integrados à comunidade (Borges e Baptista, 2008). No início dos anos 2000, considerado o período da Reforma Legal (Pitta, 2011) ocorreu o processo normativo no qual a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) e outras leis direcionadas à qualificação da assistência e ao processo de desinstitucionalização foram aprovadas, conferindo institucionalidade à Reforma. Ganham maior abrangência nessa década a substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial orientada pela plena cidadania dos indivíduos com transtornos mentais.

No cenário atual, passada uma década da vigência da Lei 10.216, novas questões passam a incorporar o conjunto de desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentre as quais o estigma da loucura e o uso de substâncias psicoativas, identificados ao fenômeno violência, e a precarização do trabalho em saúde pela incorporação das políticas neoliberais no setor (Vasconcelos, 2010).

Apesar de estar presente na história da humanidade, o fenômeno da violência passa a ser incorporado mais fortemente pelo setor saúde no Brasil a partir dos anos 1980 (Minayo, 2006 e 2008), quando ocorrem mudanças significativas nas taxas de morbimortalidade e as causas externas que passam a figurar entre as principais causas de morte e internações na sociedade brasileira. A formalização desse tema no campo da saúde pública brasileira como objeto de intervenção e prevenção ocorreu no ano de 2001, com a Portaria 737, que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2002). Nela a violência é definida como “ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual”. Ela estabelece

que toda a rede pública de atenção à saúde deve incorporar a violência como seu objeto de intervenção e prevenção.

No campo da saúde mental, a violência tem se configurado como objeto de trabalho das equipes há muitos anos, principalmente pela iatrogenia das internações psiquiátricas e pela estigmatização da loucura. No entanto, muitas outras expressões da violência estão presentes neste campo, que vem sendo tradicionalmente convocado a incorporar as mazelas e problemas sociais mais amplos (Vasconcelos, 2010). Conhecer o processo de inserção do tema violência nos marcos legais que estruturam a atual Política de Saúde Mental Brasileira irá subsidiar análises futuras partindo-se da compreensão de que as práticas sociais não são imediatamente adquiridas somente a partir do texto da lei, mas esta sinaliza para os atores sociais o que deve e o que não deve ser feito, bem como a natureza das recompensas e das punições (Costa *et al*, 2011).

MÉTODOS

Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla que investigou a inserção do tema violência na Política Nacional de Saúde Mental Brasileira, entendida como o conjunto de intenções presentes na legislação, nos fóruns acadêmicos e publicações científicas, relatórios técnicos, práticas institucionais e espaços de assistência.

Para este artigo foi realizada uma análise documental (Cellard, 2008) das leis, decretos, portarias e resoluções emitidos pelo Governo Federal brasileiro na área específica da atenção à saúde mental, com o objetivo de compreender o processo de evolução dos conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas desta área relacionados à temática da violência.

Os documentos consultados foram publicados de janeiro de 2001 a dezembro de 2011, que compreende o período de formalização e implementação do processo de

reorientação da atenção em saúde mental no país. O acesso a este acervo ocorreu por meio do site oficial do Ministério da Saúde Brasileiro, no campo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, onde se disponibiliza em biblioteca virtual toda a legislação nacional pertinente ao tema (site: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>). O levantamento inicial localizou 240 documentos: 7 leis, 5 resoluções, 9 decretos, 219 portarias.

Foi realizada a leitura de todos os 240 documentos e selecionados aqueles em que há citação direta do termo violência e/ou a referência aos seus correlatos (abusos, negligências, agressões, crimes, omissões, etc.). Após esta seleção, foram excluídos 211 documentos, que versam majoritariamente sobre a habilitação e desabilitação de serviços, gestão de recursos e convocações. Permaneceram 29 destes, sendo: 5 leis, 2 resoluções, 3 decretos e 19 portarias. Apesar de não constar entre os documentos divulgados na biblioteca virtual, foi incluída a Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 (Brasil 2011), que aborda a construção de estratégias de atenção em saúde para usuários de crack, por sua relevância e atualidade em relação ao tema. Também foram considerados os dois relatórios de gestão (Brasil, 2007; Brasil, 2011) divulgados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental no período, bem como os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas em 2001 (Ministério da Saúde, 2002) e 2010 (Sistema Único de Saúde, 2010). No total foram analisados 34 documentos.

Após selecionados, os textos foram lidos e sintetizados buscando identificar os tipos de violência descritos por Minayo (2009): violência institucional; estrutural; cultural; intrafamiliar; criminal; interpessoal; e auto-infligida. Foram também pesquisados os grupos vulneráveis: portadores de transtornos mentais institucionalizados, crianças e adolescentes, mulheres, usuários e álcool e outras drogas, famílias, idosos, população penitenciária e populações indígenas. Essa análise permitiu agrupar os textos em três

períodos: 2001-2003, 2004-2008 e 2009-2011, a partir dos quais serão apresentados os resultados.

A pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e seguiu todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) que dispõem sobre pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta última década, a Política de Saúde Mental Brasileira sofreu mudanças profundas. Houve um processo de democratização da gestão conferindo participação da sociedade civil nas propostas e diretrizes da política, inclusive por via da realização das Conferências de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2002; Sistema Único de Saúde, 2010), dos colegiados de coordenadores, da articulação intersetorial da qual participam representantes da Secretaria de Direito Humanos, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Economia Solidária, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministérios da Cultura e da Educação, além das articulações de comitês e grupos de trabalho (Brasil, 2007 e 2011).

Nesse cenário de mudanças houve também o redirecionamento da atenção passando do modelo hospitalar ao extra-hospitalar (Tabela 1), que conta com: a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa De Volta Para Casa, a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos e a reestruturação da assistência destes serviços privilegiando instituições de menor porte e de atuação complementar à rede extra-hospitalar.

Tabela 1 - Número de serviços, bolsas, leitos e percentual de gastos de saúde mental segundo dados do Ministério da Saúde na 2002-2010 (Pitta, 2011; Brasil, 2007 e 2011).

Indicadores	2002	2010
Centros de Atenção Psicossocial	424	1.620
Serviços Residenciais Terapêuticos	85	570
Programa De Volta Para Casa	206*	3.635
Leitos em hospitais psiquiátricos	51.393	32.735
% de gastos do programa hospitalar	75,24	32,29**
% de gastos do programa extra-hospitalar	24,76	67,71**

* O Programa começa em 2003.

** Dados referentes a 2009.

Nesta análise inicial, observou-se que a maior parte dos documentos foi emitida unicamente pelo Ministério da Saúde; apenas quatro portarias contaram com a participação de outros Ministérios. Apesar do amplo conhecimento de que a violência trata-se de um fenômeno complexo que deve ser abordado de forma integrada entre diversos setores (Njaine *et al*, 2007), percebe-se neste momento de estruturação da Política de Atenção à Saúde Mental a ainda incipiente articulação interministerial.

Identificou-se que três distintos períodos evidenciam a evolução da abordagem do fenômeno violência no âmbito da atenção em saúde mental, definidos como: a violência e a instituição psiquiátrica (2001-2003); a violência, o território e suas demandas (2004-2008); a violência e o desafio do uso prejudicial de álcool e outras drogas (2009-2011). Estes três períodos serão discutidos a seguir.

A violência e a instituição psiquiátrica (2001-2003)

Os primeiros anos da vigência da Lei 10.216 foram marcados pela profunda crítica às instituições psiquiátricas. A análise do acervo do período de 2001 a 2003 evidencia o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no país, no qual são identificadas duas linhas prioritárias de ação: a redução gradual dos leitos psiquiátricos sob a perspectiva da desinstitucionalização e a construção do modelo extra-hospitalar de assistência.

Em relação à redução gradual dos leitos psiquiátricos, foram formalizados, neste período, os parâmetros para a avaliação dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo critérios para a melhora da qualidade da atenção como: a garantia de um projeto terapêutico individual para cada um dos internos; recursos humanos atendendo às exigências mínimas previstas nas portarias direcionadas ao setor (Portarias 251/2002 e 2.391/2002); definição da longa permanência (mais de um ano de internação) como aspecto ruim da assistência prestada, entre outros. Também foram restringidas práticas invasivas como a eletroconvulsoterapia, a lobotomia, o choque insulínico, e regulamentadas as internações involuntárias (Lei 10.216/2001) que passaram a exigir a comunicação ao Ministério Público com prazo de até 72 horas.

A reintegração social dos internos em instituições psiquiátricas torna-se diretriz deste novo modelo de assistência, em que o enfrentamento de preconceitos, mitos, práticas e resistências que consideravam os indivíduos com transtornos mentais como perigosos, incapazes ou inválidos foi alvo de ações específicas, o que se relaciona ao enfrentamento das violências, sobretudo estrutural e cultural. O Programa “De Volta Para Casa” (Lei 10.708/2003) foi responsável por impulsionar o processo de desinstitucionalização, tendo sido criado para apoiar financeiramente os pacientes que passaram longos períodos hospitalizados. Inúmeras portarias foram publicadas habilitando e desabilitando serviços com vistas à implantação da rede de atenção extra-hospitalar e a pactuação de medidas regulatórias da atenção hospitalar. Nesta linha de ação, foi priorizada a população institucionalizada constituída em sua maior parte de adultos, cujo quadro clínico psiquiátrico era considerado cronicado.

Em paralelo, houve a construção do modelo de assistência extra-hospitalar, regulamentada pela Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), que define a estrutura e organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III) direcionados a adultos portadores de transtornos mentais, crianças e adolescentes (CAPSi), e usuários

de álcool e outras drogas (CAPSad). Esses serviços assumiram a função de ordenação da rede de atenção à saúde mental de seu território de abrangência, atuando também no atendimento clínico, suporte à crise, apoio familiar, assistência social, geração de trabalho e renda, e promoção de uma cultura mais inclusiva para os portadores de transtornos mentais (Couto *et al*, 2008). Nesta portaria a referência ao tema da violência aparece relacionada à qualidade do atendimento e ao processo de reintegração social.

Apesar da formalização da Portaria 737/2001, que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), não se observou profundas comunicações entre esta e as novas diretrizes da atenção à saúde mental. Neste período, o termo “violência” não é explicitado no corpo dos documentos analisados. Assim, a categorização aqui realizada foi a partir de termos como “abuso”, “exploração”, “acidente”, “meios invasivos”, “espaços restritivos”, “internação involuntária”, entre outros, relacionados ao modelo manicomial de tratamento. De forma geral, o emprego destes termos foi associado às violências institucional, estrutural e cultural presentes no estigma da loucura.

Quadro 1 – Leis e Portarias relacionados à Saúde Mental, segundo ano e tipo de violência abordado. Período de 2001 a 2003

Ano	Documento	Conteúdo	Tipo de Violência
2001	Lei nº 10.216 de 06/04/2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	Institucional, contra o portador de transtornos mentais
2002	Portaria GM/MS nº 251 de 31/01/ 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências	Institucional, contra o portador de transtornos mentais
	Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002	Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguinte modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria	Institucional, estrutural, contra o portador de transtornos mentais
	Portaria GM/MS nº 2.391 de 26/12/2002	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na lei 10216, de 06/04/2002, e os procedimentos de notificação da comunicação das IPI e IPV ao ministério público	Institucional, contra o portador de transtornos mentais

2003	Lei nº 10.708 de 31/07/2003	pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. (Ementa elaborada pela CDI/MS) Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.	Estrutural, contra o portador de transtornos mentais
------	-----------------------------	--	--

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em dezembro de 2001, teve grande influência nos marcos legais da Política de Saúde Mental ao apresentar um conjunto de propostas que gradativamente foram incorporadas. Entre os temas trabalhados o termo "violência" é citado no relatório final desta conferência ao qualificar a política anterior como ineficaz, onerosa e violentadora dos direitos humanos fundamentais; ao propor a atenção intersetorial às vítimas das violências, a sua prevenção em instituições de privação de liberdade e de saúde; e ao definir estratégias como o disque-denúncia para os casos de maus tratos, violência e desassistência a portadores de transtornos mentais. No entanto estas resoluções não se refletem imediatamente nas portarias, leis e decretos emitidos até o ano de 2003.

Portanto, a temática da violência presente nos marcos legais da política de saúde mental em construção, neste período, é relacionada à mudança das práticas assistenciais até então vigentes no campo da atenção em saúde. Assim, a proposta de superação das violências estrutural, institucional e cultural constitui o principal foco para a construção de uma sociedade mais inclusiva.

A violência, o território e suas demandas (2004-2008)

A partir de 2004 a violência começa a ser evidenciada no acervo. Aumenta para dez o número de marcos regulatórios que abordam direta e indiretamente essa temática, assim como se diversificam as tipologias da violência neles citadas.

Quadro 2 – Leis, Portarias e Decretos relacionados à Saúde Mental, segundo ano e tipo de violência abordado. Período de 2004 a 2008

Ano	Documento	Conteúdo	Tipo de Violência
2004	Portaria GM/MS n° 2607 de 10/12/2004	Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.	Intrafamiliar, interpessoal, criminal, de gênero, cultural
2005	Portaria GM/MS n° 1.027 de 01/07/2005	Aprova normas de funcionamento e credenciamento/ habilitação dos serviços hospitalares de referencia para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas	Institucional, auto-infligida, interpessoal
	Portaria GM/MS n° 1.028 de 01/07/2005	Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência	Institucional, cultural
	Portaria GM/MS n° 2.542 de 22/12/2005	Institui grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio	Auto-infligida, interpessoal
2006	Portaria Interministerial PR/MS n° 1.055 de 17/05/2006	Institui grupo de trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.	Violência em geral, institucional
	Portaria GM/MS n° 1.8076 de 14/08/2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão	Auto-infligida, intepessoal
	Lei n° 11.343 de 23/08/2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências	Cultural, criminal, intrafamiliar, interpessoal
2007	Decreto 6.117 de 22/05/2007	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências	Criminal, cultural, intrafamiliar, interpessoal
	Portaria GM/MS n° 2759 de 25/10/2007	Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor	Cultural (população indígena), auto-infligida
2008	Portaria GM/MS n°154 de 24/01/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	Comunitária, cultural, auto-infligida, intrafamiliar, interpessoal

Apesar de não estar inserida entre as portarias da área da saúde mental, em maio de 2004 foi publicada a Portaria GM/MS 936 (Brasil, 2004) que criou a Rede de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. Esta portaria teve como objetivo viabilizar a implementação da PNRMAV de 2001, definindo como estratégia a dotação de recursos em projetos municipais com ênfase na prevenção, e convocando os gestores locais ao enfrentamento das violências.

Neste contexto a aprovação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2004), em dezembro de 2004, estabeleceu como diretriz a atenção no território e a integração das ações de saúde mental à atenção básica. Este processo teve como efeito a aproximação da atenção em saúde mental com o território de relações, subjetividades, tensões e vulnerabilidades presentes no rol de possibilidades da vida humana. Esse processo de capilarização da atenção em saúde mental, integrado e próximo à comunidade passou então a revelar problemas antes pouco visíveis, como os casos de violência. Entre as linhas de ação definidas no Pacto, destaca-se: a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, e a realização de ações voltadas para a prevenção desses agravos. Neste Pacto, as referências à violência dão ênfase às violências estrutural e cultural, com foco nas situações de pobreza e vulnerabilidade social, enfrentadas a partir de estratégias de combate à fome e promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis. Em relação à violência cultural, considera crianças e idosos visando à perspectiva geracional como grupos prioritários; as questões de gênero e racial, inclusive as populações indígenas, e tanto as vítimas quanto a autores de violência, que devem receber atendimento na rede de saúde mental buscando uma abordagem integral. São ainda adotados como foco de intervenção da atenção à saúde mental os homicídios, acidentes de trânsito e suicídios, as violências intrafamiliares e institucionais. Finalmente, são alvo dos marcos regulatórios as intervenções nos casos de exploração sexual de crianças e adolescentes.

A partir do Pacto pela Saúde são identificadas três linhas de ação entre os documentos analisados no período de 2004 a 2008: a atenção aos usuários de álcool e outras drogas; a prevenção do suicídio; e a atenção integral à família.

Considerando a linha de ação da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a partir de 2005, a temática passa a ser alvo de grande parte dos documentos analisados evidenciando a complexidade do tema e a magnitude epidemiológica dos problemas a ele associados. O período é caracterizado pelos debates e formalizações no cenário nacional dos parâmetros para atenção a este público. Em 2005, são aprovados e credenciados os hospitais habilitados para atenção integral à crise a usuários de álcool e outras drogas (Portaria GM/MS nº 1.027/2005), e a redução de danos é definida como orientação política (Portaria GM/MS nº 1.028/2005). Em relação à violência estas portarias visam, por um lado, a garantia da qualidade da atenção em saúde mental, estabelecendo critérios rígidos para a habilitação de serviços, e tomando como norte os direitos do portador de transtornos mentais preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, apontam um conjunto de violências presentes nos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas como as interpessoais (as agressões e homicídios), criminais (relacionadas ao tráfico de drogas, delinquência e exploração sexual), auto-infligidas (suicídios e tentativas), no trânsito (principalmente pela associação entre álcool e direção).

Em 2006, com a criação do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad - Lei nº 11.343/2006), é formalizada uma abordagem intersetorial para a questão do uso prejudicial. Com o olhar implicado sobre o tema da violência, essa lei focaliza duas questões fundamentais: o enfrentamento do preconceito social aos usuários de drogas (violência cultural) preconizando a garantia da atenção integral à saúde e a reabilitação social; e a violência criminal relativa ao porte, venda e cultivo de drogas ilícitas, em associação ou não com a questão do tráfico de drogas.

Em 2007, a questão do uso indevido de álcool é trabalhada em um documento específico (Decreto nº 6.117/2007) a Política Nacional sobre Álcool, no qual são apresentados os fundamentos para a sustentação da estratégia de enfrentamento coletivo e intersetorial dos problemas a ele relacionados. Este decreto aborda os danos sociais associados ao uso prejudicial de álcool como a violência, intrafamiliar, interpessoal (agressões e homicídios), criminal (relacionadas a abusos e exploração sexual e ao trabalho infantil), e ainda a violência no trânsito.

A violência no trânsito ganhou bastante relevo neste período sendo alvo de ações específicas não somente do campo da saúde. Em 2008 foi aprovada a reformulação do Código Nacional de Trânsito Brasileiro (Lei 11.705/2008) que reduz a zero os níveis de tolerância para alcoolemia no trânsito, com impacto na redução das taxas de morbimortalidade por acidentes de trânsito comemorado no ano seguinte à sua vigência (SVS / MS, 2009), mas novamente questionado nos anos subsequentes com o crescimento das taxas.

A abordagem preventiva em relação à temática da violência ganha maior destaque na linha de ação relacionada aos suicídios. A partir de 2005, com a criação de um grupo de trabalho sobre o tema (Portaria GM/MS nº 2.542/2005), e em 2006, com a aprovação da Diretriz Nacional para a Prevenção do Suicídio (Portaria GM/MS nº 1.786/2006), foi estabelecida a proposta de atuação para toda a rede de atenção à saúde, em especial a saúde mental. Definiu-se a proposta de intervenção frente a grupos vulneráveis como: pacientes psiquiátricos, pessoas institucionalizadas (em hospitais, asilos, presídios, sistema socioeducativo), moradores de rua, vítimas de violência sexual, usuários de drogas, trabalhadores rurais expostos a agentes tóxicos ou em condições de risco de morte, portadores de doenças crônicas e populações indígenas.

Apesar de não estar associada apenas ao problema do suicídio, mais duas portarias apontam esse tema ao tratarem da violência institucional (Portaria Interministerial nº

1.055/2006), e a atenção de saúde mental a populações indígenas (Portaria GM/MS nº2.759/2007). Além da violência autoinfligida as portarias expõem a violência cultural e seus impactos na manutenção da qualidade de vida.

Em relação à estratégia de atenção integral à família, observa-se que a pauta começa a ser traçada em 2004 e é novamente formalizada em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM/MS nº 154/2008. O objetivo dos NASF é fortalecer a Estratégia Saúde da Família na promoção da atenção básica. O documento aponta que as ações deste serviço devem contemplar a inclusão social e a prevenção da violência intrafamiliar e autoinfligida.

Neste segundo período, percebe-se um processo de maior apropriação das questões sociais, em especial do tema da violência, como objetos de intervenção e prevenção por parte dos serviços de saúde. Assim, a área da saúde mental surge como meio fundamental de ação e intervenção nessa realidade incorporando, ~~assim~~, em suas práticas cotidianas, ações agora formalizadas no corpo da lei.

A violência e o desafio do uso prejudicial de álcool e outras drogas (2009-2011)

A partir de 2009 observa-se maior volume de documentos relacionados à temática da violência. O aumento da preocupação com o tema é evidenciado no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, que contempla um tópico específico denominado “Violência e Saúde Mental” em um dos eixos de discussão. Nele são abordadas questões como: a necessidade de capacitação das equipes para a identificação precoce dos casos de violência; a criação de mecanismos de denúncia; a garantia de apoio integral a todos os envolvidos; a atuação intersetorial da rede; a construção de estratégias de sensibilização da população em geral abordando vulnerabilidades de grupos específicos; a construção de ações intersetoriais voltadas para a prevenção, entre outras. O uso prejudicial de álcool e outras drogas passa a ser

mais enfaticamente abordado, envolvendo contextos de criminalidade, exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes, negligências, omissões e suicídios. Neste período, também são tratados, se bem que de forma pontual, os temas da violência intrafamiliar (Lei nº 12.318/2010) e criminal (Resolução CNPCP/MJ nº 4/2010).

Quadro 3 – Portarias, leis, decretos e resoluções relacionadas a Saúde Mental segundo ano e tipo de violência abordado. Período de 2009 a 2011

Ano	Documento	Conteúdo	Tipo de Violência
2009	Portaria GM/MS nº 1.190 de 04/06/2009	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas	Cultural, criminal, interpessoal, contra crianças e adolescentes
	Portaria GM/MS nº 2.669 de 03/11/2009	Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011	Intrafamiliar, interpessoal, criminal, de gênero, cultural
2010	Resolução CNJ/MJ nº 113 de 20/04/2010	Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.	Criminal (medida de segurança)
	Decreto nº 7.179 de 20/05/2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	Criminal, contra crianças e adolescentes
	Resolução CNPCP/MJ nº 4 de 30/07/2010	Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução de Medida de Segurança	Criminal
	Lei nº 12.318 de 26/08/2010	Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.	Intrafamiliar (alienação parental, abuso moral, psicológico, físico)
	Portaria Conjunta SGTES/MS nº 6 de 17/09/2010	Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental	Contra a criança e o adolescente, estrutural
	Portaria GM/MS nº 2841 de 20/09/2010	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPSAD III.	Contra crianças de adolescentes
	Portaria GM/MS nº 2842 de 20/09/2010	Aprova as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - SHRAD.	Interpessoal, auto-infligida, contra crianças e adolescentes
	Portaria	Cria, no âmbito do sistema único de saúde - SUS,	Interpessoal, contra crianças

	GM/MS 2843 de 20/09/2010	nº os núcleos de apoio à saúde da família - de modalidade 3 - NASF3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas	e adolescentes, estrutural
	Portaria GM/MS 4.135 de 17/12/2010	Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas em Municípios de pequeno porte, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.	Violência em geral, estrutural
	Portaria GM/MS 4.252 de 29/12/2010	Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, no âmbito do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.	Contra crianças e adolescentes, estrutural
2011	Lei nº 12.461 de 26/07/2011	Lei nº 12.461 de 26/07/2011: vigência Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde	Interpessoal, cultural Contra idosos
	Decreto 7.426 de 07/01/2011	Decreto nº 7.426 de 07/01/2011: dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União	Estrutural, criminal
	Portaria 3.088 de 23/12/2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde	Estrutural, institucional, cultural, contra usuários de drogas

Movido pelas mudanças no cenário epidemiológico brasileiro que mostra a expansão do consumo de substâncias como álcool e outras drogas (principalmente a pasta-base, crack e merla) associado a contextos de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens, foi criado em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº1.190/2009). Seus objetivos foram promover a garantia de tratamento na rede pública de saúde, adotar ações orientadas para a prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, integrar de forma sustentável as políticas visando à promoção da saúde e

redução dos riscos associados. O plano trata da discriminação e do preconceito com que são abordados os usuários de drogas, as diversas violências perpetradas contra crianças e adolescentes (intrafamiliar, abusos físico e psicológico, exploração sexual), além das violências interpessoal e criminal.

Percebe-se um movimento de estruturação da rede de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, com a criação de serviços e estratégias direcionadas a este público. Assim, ainda em 2009, o novo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 2.669/2009) reafirma o comprometimento da saúde mental na atenção básica e a necessidade de adoção e ampliação das ações de prevenção das violências e apoio aos grupos vulneráveis. Esta linha de ação também passa a considerar os idosos como grupo específico e vulnerável à violência, (Lei nº 12.461 de 26/07/2011) que prevê a notificação de todos os casos suspeitos e confirmados de violência contra esse público. Antes, em 2010, as ações direcionadas à atenção a crianças e adolescentes e usuários de drogas foi alvo de regulamentações específicas que visavam à ampliação da rede de atendimento, com a abertura de leitos especializados, acompanhamento sociofamiliar, capacitação permanente de profissionais, melhora da qualidade da informação em saúde e combate ao tráfico de drogas (Decreto nº 7.179/2010 e Resolução nº 4/2010). A criação dos serviços CAPSad III de atendimento 24 horas (Portaria GM/MS nº 2.841/2010) e NASF III (Portaria GM/MS nº 2.843/2010), e a habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral Álcool e Drogas (SHRAD) (Portaria GM/MS nº 2.842/2010) veio para dar o suporte necessário à rede de atendimento. Por sua vez, a capacitação dos profissionais dessa rede foi alvo de financiamento (Portarias GM/MS nº 4.135 e 4.252) e do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (Portaria Conjunta Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/MS nº 6/2010).

Em 2011, frente a maior pressão da sociedade e da mídia em relação à temática do uso prejudicial de substâncias psicoativas, principalmente o crack, dois documentos foram publicados visando à reestruturação da gestão (Decreto nº 7.426 de 07/01/2011) e a ampliação e formalização de dispositivos de atenção aos usuários (Portaria nº 3.088 de 23/12/2011). Ambos os documentos sinalizam para um cenário menos progressista em relação aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, o que demonstra a crescente força política de grupos e corporações médicas, farmacêuticas e religiosas atualmente no país. O primeiro documento estabelece a diretriz que norteia as ações relativas ao tema das drogas, passando a privilegiar políticas repressoras no âmbito da Justiça e da Segurança Pública, em detrimento das ações interministeriais. Já o segundo, apesar de instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, formalizando a criação de serviços como: CAPSad III de funcionamento 24h, a ampliação dos leitos de atenção integral em hospitais gerais, os Consultórios de Rua integrados à Atenção Básica de Saúde, e as unidades de acolhimento 24 horas de caráter protetivo, em ambiente residencial, para pessoas que apresentam a condição de vulnerabilidade social e familiar, também autoriza o financiamento público das Comunidades Terapêuticas. Essa última ação é considerada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica como um grande retrocesso da política, uma vez que são conhecidas as graves violações de direitos presentes nessas comunidades e retratadas em relatório de fiscalização (CFP, 2011) além do caráter excludente, estigmatizante e repressor deste tipo de serviço.

Diante desse conjunto de ações analisadas compreende-se que há um processo de aprimoramento das estratégias de atenção em saúde mental, sensíveis às demandas sociais emergentes no país. Conforme se vê no Relatório de Gestão 2007-2010 (Brasil, 2011), a temática do uso prejudicial de álcool e outras drogas, cujo perfil

epidemiológico sofreu mudanças relevantes no período, exerceu uma grande pressão na rede de atendimento inicialmente pouco habilitada. Este fato contribuiu para que um conjunto de estratégias fosse desenvolvido com vistas à estruturação e organização de serviços, além da capacitação de profissionais, para atuarem frente ao tema, mas também possibilitou que, práticas já superadas, fossem reeditadas, fortalecendo preconceitos e permitindo abusos (violência institucional e cultural).

CONCLUSÃO

O processo de inserção do tema da violência nos marcos legais da Política de Saúde Mental Brasileira foi analisado neste artigo considerando seu percurso histórico, e as linhas de atuação. Nesse sentido pode-se perceber que a agenda da saúde mental foi gradativamente introduzindo a temática da violência como objeto de intervenção da sua rede de serviços. No entanto, cabe destacar que a inserção do tema nos marcos legais reflete apenas parte do processo de construção da política de atenção a saúde mental, o que não garante a imediata adoção de suas diretrizes nas práticas pertinentes à produção científica, aos fóruns institucionais, e à atenção psicossocial, que devem ser analisadas nestes contextos específicos em futuros estudos.

Pode-se constatar, portanto, que no início da década, quando a reorientação do modelo de assistência estava em processo de construção, a temática da violência institucional servia como apoio para a implementação de um modelo de atenção mais humano, que valoriza os direitos dos usuários. Já no período seguinte, o processo de capilarização da rede de atenção em saúde mental revela a complexidade da atenção no território. Isto é, o território, assim como os manicômios de anos atrás, convoca a rede de atendimento a buscar soluções para as questões sociais que interferem na promoção da saúde, exigindo desta rede a integralidade dos cuidados. As distintas formas de violência reveladas nos

documentos deste período apontam para temas sempre presentes na história brasileira, mas não abordados até então como objeto de intervenção no âmbito da saúde. O terceiro momento destaca a necessidade de reorganização da rede de saúde mental para atenção às questões sociais emergentes. O problema do uso prejudicial de álcool e outras drogas surge nesse contexto pressionando a área de saúde mental a encontrar soluções para uma realidade complexa. Nesse sentido, é a atenção à questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas que revela a imbricada rede de violências que podem estar associadas, exigindo, assim, respostas cada vez mais intersetoriais.

É importante atentar para os retrocessos da política nos últimos anos, marcados pela presença de iniciativas repressoras e judiciais no campo da atenção à saúde. Tais medidas emergem num cenário social de crise e refletem anseios da sociedade quanto a “soluções fáceis” de problemas complexos que reeditam a exclusão social como “forma de tratamento”. Nesse cenário os movimentos pela Reforma Psiquiátrica demandam maiores mobilizações, mas também enfrentam, principalmente por parte dos trabalhadores da saúde, as forças das políticas neoliberais que fragilizam os vínculos de trabalho e promovem a rotatividade das equipes tendo como efeitos a desmobilização do movimento.

REFERÊNCIAS

Amarante P. (coord). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p.136.

Borges, C.F, Baptista, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n 2, p. 456-468, 2008.

Brasil. Decreto nº 6.117 de 22/05/2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 23.5.2007

Brasil. Decreto nº 7.179 de 20/05/2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 21.5.2010

Brasil. Decreto nº 7.426 de 07/01/2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. *Diário Oficial da União*. Brasília. 10.1.2011

Brasil. Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília. 9.4.2001.

Brasil. Lei 10.708/2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*. Brasília 10.8.2003.

Brasil. Lei nº 11.343 de 23/08/2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 24.8.2006

Brasil. Lei nº 12.318/2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília. 31.8.2010.

Brasil. Lei nº 12.461 de 26/07/2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília. 27.7.2011

Brasil. Lei no. 11.705 de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no. 9.503 de 23 de setembro de 1997, que institui o Código Brasileiro de Trânsito, e a Lei no. 9294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições do uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias, e defensivos agrícolas, nos termos do §4º. Do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm Acesso: em julho de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 737/2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id3072.htm>. Acesso: dezembro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.Relatório de Gestão 2007-2010*. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Brasil. Portaria 336/2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria Conjunta SGTES/MS nº 6 de 17/09/2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Saúde Mental. Brasília. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/ Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM 2.391/2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM 251/2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS 936/2004. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.027 de 01/07/2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.028 de 01/07/2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.190 de 04/06/2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.8076 de 14/08/2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2.542 de 22/12/2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília, Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2.669 de 03/11/2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. Brasília. Ministério da saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2607 de 10/12/2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2759 de 25/10/2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor Brasília, Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2841 de 20/09/2010. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2842 de 20/09/2010. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 2843 de 20/09/2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 4.135 de 17/12/2010. Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas em Municípios de pequeno porte, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº 4.252 de 29/12/2010. Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, no âmbito do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Brasília.

Ministério da Saúde. 2010. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria GM/MS nº154 de 24/01/2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da

Família - NASF. Brasília, Ministério da Saúde. 2008. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria Interministerial PR/MS nº 1.055 de 17/05/2006. Institui Grupo de

Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e

Saúde Mental. Brasília. Ministério da Saúde e secretaria Especial dos Direitos Humanos

da Presidência da República. 2006. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Portaria nº 3.088 de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para

pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília.

Ministério da Saúde. Acesso em 07/12/2012:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/anexo/anexo_prt3099_23_12_2011.pdf

Brasil. Resolução CNJ/MJ nº 113 de 20/04/2010. Dispõe sobre o procedimento relativo

à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras

providências. Brasília. Conselho Nacional de Justiça. 2010. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Resolução CNPCP/MJ nº 4/2010. Brasília. Ministério da Justiça. 2010.

Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a

pesquisa com seres humanos. 1996.

Câmara. Projeto de Lei nº 3.657-D, de 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das

pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Acesso em 09/12/2012:

<http://www.camara.gov.br/internet/plenario/result/redfin/PL%203657->

89%20Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20os%20direitos%20das%20pessoas%20portadoras%20de%20transtornos%20mentais%20e%20redireciona%20o%20modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental..htm

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

Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p. ISBN 978-85-89208-42-0.

Costa NR; Alves DSN; Silva PRF; Saraceno B. Atores, Políticas e Instituições da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p. 4576-4577, 2011.

Couto MCV; Duarte CS; Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], v.30, n.4, p. 384-389, 2008.

Delgado, P.G.G. Prefácio: O cuidado em saúde mental no território. In: Souza, M.E. *Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006. 238p.

Lobosque AM. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001, 175p.

Loyola, C.M.D., Vieira, M.A. Prestadores de serviço no campo da saúde mental: o público, o privado e o inefável da loucura. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fund.*, v. IX, n.1, p.114-125, 2006.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232006000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2008.

Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. Em: Njaine, K. et al (org) *Impactos da violência na saúde*. 2ª Ed. – Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, p.21-42, 2009.

Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. P.132.

Ministerio da Saúde do Brasil. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. p.57-9. 2002.

Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Rede de prevenção da violência: da utopia a ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Sup. 11, p. 1313-1322, 2007.

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p.4570-4589, 2011.

Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A.; Costa, N.R (orgs). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes. 1990, p.15-73.

Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) (2009). A Lei Seca um ano depois. *Boletim SVS em Rede*. Edição 66, novembro.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, p. 210, 2010.

Vasconcelos EM (org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, p.162, 2010.

5.3 – A violência sob a ótica das entidades reguladoras das profissões que atuam na área da saúde mental

Submetido à Revista Psicologia Ciência e Profissão - protocolo PCP-368 fevereiro de 2013

Fabiana Castelo Valadares

Edinilsa Ramos de Souza

Resumo:

Este artigo investigou as percepções de representantes de Conselhos de categorias profissionais que atuam na área da saúde mental acerca da inserção do tema da violência como objeto de intervenção das práticas de seus pares e sobre o papel desses órgãos representativos na implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Adotamos os referenciais da pesquisa qualitativa, a partir da compreensão e contextualização dos sentidos atribuídos ao fenômeno violência e sua inserção como objeto da atenção dos profissionais de saúde representados por seus respectivos Conselhos Profissionais. Foram aplicadas cinco entrevistas semi-estruturadas a representantes dos seguintes Conselhos Regionais: Psicologia (CRP 05), Medicina (CREMERJ), Enfermagem (COREN-RJ), Serviço Social (CRESS RJ 7ª região), e Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO 2). Identificamos que a concepção sobre violência dos profissionais que regulam as profissões é semelhante à definição da PNRMAV, entendida como fenômeno social complexo que impacta a saúde física e mental das vítimas, sendo mais identificadas as violências interpessoais (física e sexual), psicológica (ameaças e constrangimentos do trabalhador), negligências e institucional. O tema vem sendo inserido no debate e orientação das categorias profissionais estudadas, bem como nos cursos de graduação. Entretanto, a PNRMAV ainda é pouco conhecida e vem, discretamente, sendo

implementada no município. Concluímos que falta maior apropriação, por parte dos Conselhos Profissionais quanto a PNRMAV, em especial no âmbito da atenção à saúde mental. Apenas os temas “desinstitucionalização” e “suicídio”, segundo os entrevistados, expressam articulação entre as políticas.

Palavras-chave: violência, conselho profissional, política de saúde mental, política pública

Introdução

No âmbito da saúde pública brasileira vários estudos têm demonstrado o impacto das violências e a crescente demanda de suas vítimas diretas e indiretas por serviços de saúde mental, com repercussões na diminuição da qualidade de vida das pessoas, pelos sentimentos de medo, insegurança, desesperança e alienação, frequentemente relacionados ao surgimento de quadros psicopatológicos (Minayo e Souza, 1998; Reichennheim, 2009; Ribeiro et al, 2009; Assis et al, 2009; Martin et al, 2007). Entretanto, os estudos (Santos, 2005; Ferreira e Schramm, 2000; Souza et al, 2009) também apontam as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde diante da falta de preparo e capacitação para lidar com esses casos, ausência ou insuficiente rede de apoio e serviços especializados para atenção e prevenção, além de questões pessoais como seu próprio medo e insegurança para lidar com a complexidade do tema e os desafios impostos por ele.

Por muitos anos a área da saúde mental acolheu as vítimas das mazelas sociais (violência, pobreza, desemprego, entre outros) promovendo uma atuação, muitas vezes normatizadora da ordem social (Vasconcelos, 2010), cuja maior expressão era as longas internações psiquiátricas de pessoas majoritariamente pobres, com baixa escolaridade e de cor negra ou parda (Resende, 1989; Jacobina, 2002 e 2004). Esta forma de atuação frente aos problemas sociais mais amplos sofreu mudanças profundas ao longo das

últimas décadas no Brasil, tendo como um dos principais marcos regulatórios a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) que defende a promoção da cidadania dos usuários da saúde mental e a construção da atenção voltada para a superação da exclusão social (Amarante, 1998; Delgado e Gomes, 2001; Couto, 2004; Delgado, 2006; Tykanori, 2009; Pitta, 2011). A partir dessa Lei constituiu-se um novo modelo de atenção, de base territorial, integrado à Atenção Básica e vinculado às redes de saúde e proteção social, e são novos os problemas vivenciados nas intervenções dos profissionais da saúde, entre eles a violência (Pinheiro, 2006).

No Brasil, este fenômeno social complexo que é a violência, vem sendo abordado como objeto de intervenção, na área da saúde, desde meados do século passado, por iniciativa de profissionais da medicina, principalmente pediatras, quando a violência contra crianças e adolescentes foi identificada como passível, não somente de atenção, mas também de prevenção pelo setor (Minayo e Souza, 1998; Minayo, 2005; Minayo, 2008; Souza e Lima, 2006). Essa nova abordagem do tema veio no bojo de movimentos sociais relacionados aos direitos de grupos específicos (mulheres, idosos, portadores de transtornos mentais, entre outros) e também ancorada no crescimento dos índices das denominadas causas externas (acidentes e violências) situando-as entre as principais causas de internação e mortes no país, desde 1980. Desse modo, a temática da violência foi gradativamente inserida como objeto de intervenção da área da saúde, cuja formalização se deu somente em 2001, com a aprovação da Portaria GM 737 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências - PNRMAV. Nela, a violência é definida como: “ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (Brasil, 2001). A PNRMAV enfatiza a prevenção, o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas no setor saúde, a priorização do processo político e

social representado pela promoção da saúde, a sensibilização da sociedade a partir do fornecimento de dados e informações, e a atuação por meio de planos, programas, projetos e atividades integrados a todos os níveis de atenção. Neste cenário, os profissionais que atuam especificamente na área da saúde mental têm um importante papel na atenção às vítimas e na prevenção da violência, uma vez que os usuários dessa atenção também são reconhecidamente vítimas preferenciais da violência em suas diversas formas de expressão (Martin et al, 2007; Padovani e Williams, 2008; Santos, 2009; Nunes e Torrenté, 2009).

Assim, procuramos identificar como as diferentes categorias profissionais atuam nesse nível da atenção em saúde. A construção das categorias profissionais é definida por autores da sociologia das profissões (Freidson, 1996; Bonelli, 2002; Pereira e Neto, 2003; Nascimento, 2007) a partir do conceito de profissionalismo, entendido como um tipo de trabalho especializado e teoricamente fundamentado. Para estes autores, uma atividade profissional reconhecida deve reunir características como: um conhecimento delimitado, complexo e institucionalizado; e, a organização de seus interesses em associações profissionais responsáveis pela padronização e autorregulação da conduta dos pares. Essa autorregulação é compreendida como controle interno da profissão, e no caso das categorias abordadas neste artigo, a função de autorregulação é realizada pelos Conselhos Profissionais a partir de dispositivos formais, como os códigos de ética. Os “Conselhos Profissionais” são órgãos supervisores da ética profissional, formados por representantes da categoria respectiva, eleitos para desempenhar as atribuições de registrar seus profissionais, fiscalizar o exercício destes e aplicar as penalidades cabíveis, quando necessário. Segundo os autores citados, uma profissão reconhecida é identificada pelo Estado e pela sociedade como relevante e fundamental para estes a partir de uma perspectiva histórica, pois uma profissão considerada relevante no passado pode não ser entendida como tal nos dias de hoje, assim como, novas profissões

podem ser criadas e formalizadas atendendo a novas demandas da sociedade. Este caráter dinâmico na construção do exercício profissional deve ser constantemente atualizado de acordo com as mudanças sociais, científicas, culturais e políticas vigentes. Desta forma, como os Conselhos profissionais existem para servir à sociedade, garantindo um bom exercício das profissões e resguardando o cidadão, deveriam estar na pauta destes órgãos temas e demandas que a sociedade considera relevantes como o é a violência.

Por entender que um órgão regulador, como o Conselho, normatiza as práticas profissionais e as orienta frente às questões sociais, e a saúde é uma delas, que demandam o conhecimento especializado dos mesmos, definindo, assim, novas atuações e novas políticas de atenção, realizamos este artigo. Seu objetivo central foi investigar, a partir dessas entidades, como o tema da violência vem sendo inserido, enquanto objeto de intervenção nas práticas dos profissionais.

Metodologia

Neste estudo, apresentamos parte dos resultados de uma pesquisa maior que teve em mira realizar uma análise diagnóstica da atenção em saúde mental às vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (Souza, 2012). Trata-se de um estudo exploratório que focaliza e investiga as percepções dos representantes de entidades profissionais da saúde sobre a inserção do tema violência no âmbito da atenção à saúde mental. Esta análise é complementada por duas outras realizadas anteriormente: uma sobre os marcos regulatórios da Política de Saúde Mental e outra sobre a visão dos profissionais da rede de serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro, também parte da pesquisa citada. Nas três produções buscamos atacar um mesmo objeto a partir de distintos olhares, ou seja, como vem ocorrendo a inserção do tema da violência e da sua política específica nas práticas e na Política de Saúde Mental.

Neste artigo adotamos os referenciais da pesquisa qualitativa, entendida como práticas de interpretação que contemplam os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto das relações em que estão inseridos (Deslandes e Gomes, 2004). Esta abordagem se fundamenta na hermenêutica-dialética que articula uma atitude voltada para o sentido do que é consensual da mediação e do acordo, e um posicionamento orientado para a diferença (Minayo et al, 2005). Assim, buscamos a compreensão e a contextualização dos sentidos atribuídos ao fenômeno violência e sua inserção como objeto da atenção dos profissionais de saúde.

Foram eleitos como interlocutores os representantes dos Conselhos Profissionais de cinco categorias de nível superior atuantes na área da saúde mental, conforme preconiza a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002). Entrevistamos um representante de cada um dos seguintes Conselhos Regionais: de Psicologia (CRP 05), de Medicina (CREMERJ), de Enfermagem (COREN-RJ), de Serviço Social (CRESS RJ 7ª região), e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO 2). A autorização para a participação na pesquisa foi dada pelos presidentes de cada Conselho após contato prévio e indicação da pessoa a ser entrevistada. A escolha foi determinada, em alguns casos, pela experiência do profissional na área de atenção à saúde mental, por seu papel na gestão do Conselho ou ainda por sua área de formação.

Foram aplicadas cinco entrevistas individuais, usando um roteiro semi estruturado que tratou de temas relacionados: ao processo de implementação e articulação entre as políticas de Saúde Mental e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no município do Rio de Janeiro; a contribuição do Conselho neste processo; a concepção de violência compartilhada por sua categoria profissional; os limites e potencialidades da formação profissional relativos ao tema da violência; suas impressões sobre a atenção as vítimas da violência e sua prevenção na área da saúde mental.

As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram gravadas e transcritas com a autorização prévia dos entrevistados. Tivemos o cuidado de evitar a identificação dos entrevistados não mencionando o Conselho por ele representado nos trechos dos depoimentos apresentados. No entanto, pelo número reduzido de entrevistados e pela especificidade dos seus discursos, há o risco de eles serem identificados, mesmo que seus nomes e cargos tenham sido omitidos.

A análise dos depoimentos compreendeu os seguintes passos: 1) realização da leitura compreensiva do acervo com o fim de apreender a visão do conjunto e das particularidades; 2) realização do recorte temático dos depoimentos acerca das concepções, sobre violência, compartilhadas por cada categoria profissional; da inserção desse tema nos respectivos processos de graduação e formação profissional; das percepções sobre o processo de implementação da PNRMAV e de Saúde Mental e da articulação entre elas, e como percebem o papel do Conselho nesses processos, no município; 3) diálogo entre os discursos observados e outros estudos acerca do assunto.

A pesquisa contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (55/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (194/10), em cumprimento aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O que é violência e o que isso tem a ver com a profissão?

Os entrevistados desta pesquisa foram convidados a expor o que consideram ser violência – seu entendimento e percepção acerca do conceito - e como este fenômeno vem sendo abordado, como objeto de intervenção de sua categoria profissional, na área da atenção a saúde mental.

Assim, segundo os entrevistados, a violência foi percebida como um fenômeno complexo que acarreta impactos diretos na saúde física e mental de suas vítimas. Em geral, as lesões e traumas ocorridos no trânsito e nas relações interpessoais, principalmente os abusos sexuais, foram as expressões mais facilmente identificadas como violência. Além disso, alguns profissionais reconheceram, também, a violência estrutural e institucional como objetos de atenção. Tal entendimento demonstra a percepção da violência como um fenômeno de expressão concreta, onde as lesões e traumas, os sinais da negligência e do abandono, as intimidações e ameaças relacionadas, por exemplo, ao constrangimento do trabalhador da saúde, foram elencados como expressões mais frequentes. Chamou atenção o fato dos profissionais entrevistados citarem a violência no trânsito uma vez que, historicamente, o campo da saúde mental tem pouco envolvimento com o tema, sendo raras suas contribuições no país, apesar da magnitude do problema (Lins e Scarparo, 2010). Este dado parece ratificar impacto de recentes estudos científicos e políticas de enfrentamento à violência no trânsito que exploram a associação entre álcool e direção, merecendo maior aprofundamento em novas pesquisas.

Para a maior parte dos entrevistados, a violência foi identificada como objeto de intervenção das práticas das distintas categorias profissionais, alinhando-se aos achados na literatura científica (Assis e Avanci, 2009; Minayo e Souza, 1999) que apontam que a prevenção da violência pode e deve ser realizada em todos os níveis (primária, secundária e terciária) da atenção em saúde, a partir da delimitação de fatores de risco e de proteção passíveis de intervenção. Apenas um único representante registrou não considerá-la objeto de intervenção de sua profissão, entendendo que sua área atua mais efetivamente na reabilitação e, por isso, a identificação dos casos e a realização de ações direcionadas à proteção social e à prevenção estariam mais relacionadas a outras

categorias profissionais. Este exemplo sugere ~~para~~ uma compreensão restrita das possibilidades de atuação no âmbito da saúde.

Parte dos entrevistados mencionou haver maior dificuldade em identificar a violência psicológica, uma vez que esta não deixa sinais físicos observáveis. Os relatos a seguir expressam parte destes entendimentos: “[...] *os médicos que trabalham na emergência têm muito claro a violência de trânsito, a violência interpessoal. Na pediatria, a violência contra a criança que chega vítima de violência física, que muitas vezes é identificada no raio X, onde você tem várias fraturas, a violência sexual, [...]. A violência que eu acho que ainda é muito pouco trabalhada, e é muito mais difícil de ver, é a violência psicológica, é aquela violência da ameaça.*” ; “[...] *pronto socorro, no hospital geral, no ambulatório, contra a criança, eu acho que eles têm um olhar mais sensível [...] a mais difícil mesmo é essa violência psicológica, porque a violência física você vê ali um machucado*”.

De acordo com os depoimentos, a violência psicológica foi, majoritariamente, entendida como constrangimentos e ameaças que se expressa na negação de direitos. Principalmente para os profissionais das áreas humanas, esta violência foi constantemente identificada como objeto de intervenção de suas práticas. Para estes profissionais, a violência intrafamiliar, institucional e estrutural tem grande visibilidade, como apresentado nos relatos: “*essa da violação, da violação de direitos [...] violência nas escolas, nos abrigamentos, da retirada de crianças das suas famílias.[...] A pobreza ta ai, você produz desqualificação, você produz a família negligente e o Estatuto da Criança e do Adolescente já diz que pobreza não é questão da destituição do poder familiar.*”; “*O Conselho trabalha na linha da questão dos direitos humanos, porque aí ele atinge a uma população, várias populações específicas: usuários de saúde mental, crianças e adolescentes, da vítima mulher, da homofobia, nesses temas mais gerais e mais transversais. [...] muito embora para a maioria dos assistentes sociais a violência*

ainda tem sido compreendida como violência física, de família, pra lidar com os usuários. Do ponto de vista do Conselho essa é a base, a violação de direitos”.

Os relatos apresentados demonstram que, em especial, as categorias profissionais das áreas humanas, vêm sendo orientadas a abordar o tema da violência a partir de uma visão ampliada da realidade social, fundamentada, principalmente, na perspectiva da violação de direitos. No entanto, foi possível perceber que no campo das práticas de assistência estas ações ainda são muito restritas e focadas em casos específicos, como a violência na família, por exemplo. Essas práticas de abrangência ainda pontual, caso a caso, expõem a necessidade do fortalecimento das condições de atuação destes profissionais na rede, mas também sinalizam a ausência de uma análise sistemática das informações de saúde e de um planejamento das ações de intervenção comunitária a partir dessas informações.

Observamos, ainda, que o processo de formação pode tornar o profissional mais ou menos sensível e atento às diferentes manifestações de violência. Por isso investigamos como cada categoria percebe a inserção do tema nos respectivos currículos de graduação. Como respostas, ouvimos relatos que valorizam a recente inclusão do tema nas grades de formação, o que diverge dos resultados de outras pesquisas (Santos, 2005; Souza *et al*, 2009). Essa divergência, entre os achados e a literatura, aponta para uma recente sensibilização da Academia ao tema. Tal processo pode ser relacionado à inserção da questão da violência no âmbito das políticas públicas de saúde (Souza e Valadares, 2012), principalmente junto à Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2004), e a crescente produção de pesquisas científicas nos últimos anos como é demonstrado por vários autores (Minayo e Cavalcante, 2010; Ribeiro *et al*, 2009; Benetti *et al*, 2007; Fonseca e Gonçalves, 2003).

Foi possível perceber que algumas categorias têm acumulado mais experiências em relação à temática da violência. É o caso dos profissionais do Serviço Social, para os

quais a formação profissional trata sistematicamente do tema. Por sua vez, a formação em medicina e enfermagem foi avaliada pelos depoentes como precária por ser fundamentada no processo de fragmentação do conhecimento adquirido na especialização que não contempla uma visão de saúde mais generalista. Neste contexto, temas transversais como a violência são pouco abordados e quando o são, acabam restritos às áreas de psiquiatria, ginecologia e pediatria. Estes achados aproximam-se dos resultados apontados por Souza et al (2008), que observaram nos currículos de graduação de medicina e enfermagem a inserção da temática da violência ainda de forma pontual nas áreas de clínica cirúrgica, saúde mental e saúde coletiva. No entanto percebemos um processo que amplia o olhar destas formações visando também a atenção à saúde de crianças, adolescente e mulheres como temas recentemente incorporados.

Apesar de apresentar um caráter generalista, a formação em psicologia foi relatada como não homogênea entre as instituições de ensino, o que provoca formas de inserção diferenciadas do tema violência nas grades. O relato a seguir representa esse entendimento: *“tem muito curso de psicologia que promove uma formação de clínica muito restrita onde as pessoas pensam o indivíduo sob um prisma muito individualizado”*. Segundo esse informante, a formação em psicologia pode promover práticas que naturalizam a violência, levando seus profissionais a identificarem que este objeto não compete à sua intervenção, ou pode assumir uma proposta crítica que fornece ao profissional a capacidade de dar visibilidade a problemas amplos relacionados à vida humana, a capacidade de criar redes, programas e espaços de articulação. No que diz respeito à violência, o representante da categoria expressou: *“[...] é importante reconhecer que há violência, reconhecendo que trancar pessoas, que arrombar portas, que deixar pessoas morrendo na fila é violência, e se implicar com isso, implicar com essa questão, que eu posso não dar conta sozinho, mas que isso é meu”*.

Identificamos que a inserção do tema violência nos debates e orientações das distintas categorias profissionais encontra aproximações com os corpos teóricos que constituem o campo de conhecimento que as fundamenta. Assim, as profissões mais relacionadas ao cuidado do corpo e da saúde física mostraram mais habilidade em identificar as violências nestes aspectos. É o caso dos profissionais da medicina e da enfermagem. Por sua vez, as categorias que discutem mais diretamente o campo das relações sociais, são as da psicologia e do serviço social, que reconheceram mais facilmente também as violências presentes nesse meio, como as violências psicológica e institucional. Observamos, entretanto, que há um processo de inserção do tema violência nos cursos de graduação de todas as categorias pesquisadas. Mesmo que essa inserção não esteja ocorrendo de forma hegemônica, durante todo o processo de formação, essa foi percebida como um tema que gradativamente vem ganhando espaço.

Percepções sobre as políticas públicas ligadas ao tema

Inicialmente é necessário esclarecer que o processo de implementação de uma política pública pode ser entendido como um conjunto de intenções presentes na legislação, nos fóruns acadêmicos, nas publicações científicas e técnicas, nas práticas institucionais e espaços de assistência, nos anseios populares e movimentos sociais. Nesse sentido, as duas políticas abordadas nesta pesquisa, a Política de Saúde Mental e a PNRMAV, embora contemporâneas, parecem seguir distintas dinâmicas nos seus processos de implementação, sobretudo no território analisado, a cidade do Rio de Janeiro.

Frente aos discursos expressos pelos informantes desta pesquisa foi possível compreender que a PNRMAV é menos conhecida, pois apenas três deles souberam discorrer sobre o tema. Esta menor visibilidade pode estar relacionada às lacunas identificadas na formação acadêmica, pontuadas por grande parte dos entrevistados e

expressa na literatura científica, que só recentemente vem inserindo a questão como objeto de intervenção dos profissionais da saúde (Minayo, 1998). Além disso, a polissemia do tema violência, que envolve um amplo conjunto de atores e áreas do conhecimento, torna mais complexa a abordagem integrada da questão. Nesse sentido, a forma de organização dos movimentos sociais que impulsionaram a construção desta política contou com atores de áreas muito diversas e ligadas a questões específicas como os direitos da mulher, a violência contra crianças e adolescentes e outros grupos vulneráveis contribuindo assim para uma maior fragmentação das abordagens (Minayo, 2008). Tais questões passaram a ser pautadas, principalmente, em políticas específicas para cada grupo de vítimas dificultando a identificação da PNRMAV na abordagem integrada do tema.

Problemas na implementação de ambas as políticas foram citados pelos entrevistados. Para entendê-los melhor investigamos como as diretrizes dessas políticas foram tratadas e sob que argumentos foram fundamentadas.

Quando perguntados sobre o processo de implementação da PNRMAV, os informantes apresentaram dois temas: o primeiro relacionado às ações em desenvolvimento na cidade do Rio de Janeiro como a prevenção dos acidentes de trânsito, a Lei Seca (Brasil, 2008), a Política de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006), a proteção social de crianças e adolescentes (Brasil, 1990), e as mudanças na política de segurança representada pelas Unidades de Polícia Pacificadora/UPP. Estas iniciativas, apesar de se configurarem como complementares à PNRMAV explicitando a fragmentação e pontualidade de suas ações, se relacionam à diretriz “promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis”. Ainda assim reconhecemos a importância de tais ações na promoção da maior visibilidade do problema.

O segundo tema abordado foi o “monitoramento e vigilância dos acidentes e violências”, relacionado unicamente ao uso da ficha de notificação dos casos de violência, qualificada pelos informantes como discretamente implementada nas unidades de saúde do município. De acordo com estes, o uso do instrumento nas unidades de saúde enfrenta resistência dos profissionais que atuam diretamente com pacientes em situação de risco. Resistência esta atribuída a precária estrutura, organização e recursos institucionais capazes de viabilizar a notificação das violências sem que essa ação leve a consequências individuais e sociais, como retaliações aos profissionais, questões estas também muito presentes na literatura (Lima et al, 2009; Velloso et al, 2005; Rückert et al, 2008).

Foi considerado precário o processo de implementação relacionado às demais diretrizes com ênfase nas ações da assistência como: sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes; e a estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação. O relato a seguir expressa parte dessas observações: “[...] *na verdade, você não tem uma política de atendimentos às vítimas[...] você pega o pronto socorro principalmente, ele chega lá, medica, trata e vai pro nada, porque não tem um serviço que dê conta desses pacientes[...]*”. Esse relato expõe problemas na formação de uma visão de rede e da atenção integral preconizadas pela PNRMAV o que também condiz com outros estudos (Lima et al, 2009).

Já, a Política de Saúde Mental foi discutida e avaliada por todos os informantes demonstrando seu maior conhecimento. Em relação ao processo de implementação dessa política no que se refere às diretrizes “desinstitucionalização” e “atenção territorializada e integral a saúde”, no município do Rio de Janeiro, foi consensual a avaliação dos entrevistados quanto a sua fragilidade. Tal percepção foi relacionada às deficiências na rede de atenção que tem um número insuficiente de serviços para a

demanda existente na cidade, como demonstra o relato: “[...] no Rio de Janeiro tem pouquíssimos CAPS, você na área da AP 4 [tem] um CAPS, por exemplo, e tem quase 1 milhão de habitantes. Não teve um investimento em ambulatórios, as residências terapêuticas, que são alternativas fundamentais pros pacientes graves que moram nos hospitais há 40 anos, são poucas e os pacientes que conseguem sair do hospital não conseguem competir no mercado de trabalho.” Esta defasagem de serviços extra-hospitalares na rede de saúde mental do município foi constatada por Souza (2012) identificando também a superlotação dos serviços CAPS e a sobrecarga de trabalho de seus profissionais. Ainda em relação à atenção prestada pelas distintas categorias profissionais, foram compartilhados impasses quanto à falta de recursos humanos, físicos e tecnológicos para a atenção de qualidade, questões agravadas pela política de terceirização que reduz salários, fragiliza os vínculos institucionais e promove alta rotatividade dos trabalhadores como já pontuado por outros autores (Gouveia, 1999).

Perguntados sobre a articulação entre as duas políticas citadas, percebemos que a atenção às vítimas da violência no município, no âmbito da saúde mental, ocorre de forma precária. Segundo os entrevistados, isto se dá por diversas razões: a ausência de uma rede estruturada e mesmo de fluxos de atendimento definidos e capazes de prover atenção integral a saúde, falta de serviços de saúde na rede (CAPS, ambulatórios, emergências, e dispositivos residenciais) suficientes para atender a população, ausência de profissionais capacitados e habilitados para lidar com o tema, o que foi também evidenciado nas demais etapas desta pesquisa (Souza, 2012).

Apesar desses problemas, para a maior parte dos entrevistados os profissionais de sua categoria foram sensibilizados e compreendem sua responsabilidade na atenção aos casos de violência, o que novamente diverge dos resultados de pesquisas anteriores (Santos, 2005; Souza *et al*, 2009). Apenas um dos entrevistados afirmou que este tipo de atenção não existe para sua categoria. Como já citado, a implementação de um conjunto

de ações, ainda que pontuais e específicas sobre tema da violência ao longo dos últimos anos, produziu uma maior visibilidade do assunto, contribuindo para essa mudança da percepção dos profissionais da área.

A articulação entre a PNRMAV e a Política de Atenção a Saúde Mental no município do Rio de Janeiro foi compreendida pela maioria dos informantes a partir do processo de desinstitucionalização, cujo norte é a garantia de direitos aos usuários da saúde mental. Apenas um dos entrevistados citou a Portaria GM/MS nº 1.8076 (Brasil, 2006) que define a orientação para acolhimento e atenção às vítimas de tentativas de suicídio, compreendendo esse como o principal problema em que ambas as políticas intervêm conjuntamente.

A prevenção da violência no campo da atenção à saúde mental foi citada por parte dos informantes quanto a questões referentes à regulamentação de práticas de técnicas como, por exemplo, a contenção física e medicamentosa, além das condições físicas, políticas e estruturais para a garantia da atenção e aos usuários. O seguinte relato expressa parte destas questões: *“a questão específica da prevenção da violência em saúde mental, a gente tem uma violência que pode ser desde aquela objetiva física como aquela mais sutil. Hoje a gente tem um estrangulamento da rede, a meu ver previsível, porque a gente tem poucas portas de entrada e quase nenhuma porta de saída do sistema. Não tem retaguarda pra política, pra nova perspectiva de política que a gente tem, são raríssimos os serviços de moradia, tem uma fragilidade absurda na área de geração de renda, de trabalho, tem uma fragilidade absurda na área de lazer e cultura.”* Tal relato representa a ampliação do olhar sobre as violências que interrogam a atenção a saúde mental ao identificar as práticas profissionais e as condições de trabalho como espaços onde violência pode ocorrer.

Contribuições dos Conselhos para a implementação das políticas

Todos os entrevistados identificaram formas e estratégias para a promoção do processo de implementação de ambas as políticas junto a suas categorias. Perguntados sobre “qual a contribuição de seu Conselho para a implementação destas políticas” apresentaram uma diversidade de ações sintetizadas a seguir.

No que diz respeito ao enfrentamento da violência foi citada pela maior parte dos entrevistados a promoção do exercício ético da profissão. Tais ações foram realizadas a partir de atividades educativas e de orientação como cursos, palestras, eventos e seminários abordando questões pontuais como a violência contra mulheres, o suicídio, a violência nas relações de trabalho, ou questões mais amplas voltadas para a organização política e cultural da cidade. Esta estratégia prevê que muitas vezes seus profissionais podem ser autores da violência cometendo abusos, negligências, silenciamentos e naturalizações que comprometem o exercício ético da profissão. Tais atividades também visaram oferecer aos profissionais ferramentas para identificar, agir e encaminhar casos de violência possibilitando a operacionalização das políticas. Especificamente quanto à PNRMAV um único representante citou, entre as ações realizadas por seu conselho, a realização de seminários que discutiam o uso da ficha de notificação de violências padronizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de sensibilizar seus profissionais para o preenchimento correto e cumprimento dessa ação. No entanto cabe destacar que o termo empregado foi “denúncia” e não “notificação” o que pode trazer questões importantes para a compreensão do papel do profissional de saúde nessas ações. Assim, os momentos de reflexões críticas sobre essas práticas, promovidas pelas ações dos Conselhos foram vistos como formas de prevenção e orientação que, na visão dos entrevistados, fortalece a implementação de ambas as políticas junto a sua categoria profissional.

A fiscalização das atividades profissionais foi citada por todos os informantes como uma ação importante para a garantia de um exercício profissional em consonância

com as políticas, diretrizes e normativas que orientam as práticas de cada categoria. Tal ação, de norte técnico e muito relacionado à função disciplinadora dessas instituições, determina que os Conselhos fiquem atentos ao cumprimento das diretrizes e normas que regem sua profissão, fiscalizando o exercício profissional, identificando situações em que há o descumprimento das normas, que no caso das políticas analisadas podem ser: o uso a ficha de notificação, a promoção da atenção integral, o encaminhamento dos casos para a rede de proteção, o acompanhamento pós-alta, a prevenção da violência, a desinstitucionalização e a integração familiar e comunitária. Entretanto parte dos Conselhos ainda não perceberam como de sua responsabilidade garantir a implementação das políticas através da fiscalização e acompanhamento das ações citadas, e restringiram-se ao cumprimento dos respectivos códigos de ética.

Muitas entidades assumiram também uma função política de atuação por meio da identificação de problemas que podem facilitar a ocorrência de deslizes éticos no exercício profissional, como a sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura e organização dos serviços, a não integração da rede de atenção em saúde e proteção social. Assim, suas ações visaram a construção de reflexões críticas sobre a saúde do trabalhador e suas condições de trabalho, além da articulação de denúncias contra os gestores públicos, principalmente das áreas da saúde, proteção social e segurança pública.

De forma geral, os discursos apresentados oscilaram entre uma visão global que se operacionaliza ora em ações pontuais ora em ações macropolíticas. Entretanto pensando a implementação destas políticas como um processo sempre parcial, fragmentário e nunca definitivo foi visível o engajamento e os esforços perpetrados por estas entidades em relação ao tema.

Conclusões

A partir dos relatos apresentados nessa etapa da pesquisa foi possível perceber que o tema da violência vem sendo abordado como objeto de intervenção das práticas profissionais nas categorias entrevistadas. Tal processo de inclusão do tema indica um alinhamento com o conjunto de políticas públicas criadas nos últimos anos assim como a ampliação dos estudos e pesquisas. Nesse sentido a formação profissional parece ter uma função importante na construção desses entendimentos, sendo observada a gradativa inclusão da temática da violência ao longo dos últimos anos nos cursos de graduação, apesar de ainda voltada para grupos e prioritários em questões específicas como a violência contra crianças, adolescentes, mulheres, portadores de transtornos mentais e vítimas de acidentes. Essa visão ainda restrita das possibilidades de abordagem do tema pelo setor saúde parece relacionada ao fato da violência ser um tema novo no âmbito da saúde contando com profissionais ainda pouco capacitados a respeito apesar de identificar um processo de mudança em curso. Outra questão muito presente diz respeito à cultura pois sabemos que a violência é um tema cheio de tabus e resistências e que os próprios profissionais de saúde tem receio em enfrentá-lo, o que também se reflete na pouca prioridade dada a este do ponto de vista das políticas públicas. Assim, por ser um tema transversal em várias políticas sua política específica ainda tem muito a avançar.

As informações levantadas nesta pesquisa apontam que há uma demanda por maior apropriação, por parte dos Conselhos Profissionais quanto à PNRMAV, que também, parece ainda pouco implementada no município do Rio de Janeiro, segundo representantes destes conselhos. Isso pode ser explicado pelo pouco investimento do setor saúde do município na divulgação e implementação desta política. Seu incipiente processo de implementação no município parece contribuir para este desconhecimento uma vez que, segundo os depoentes, observam-se poucas ações práticas relacionadas à

implementação de suas diretrizes, sobretudo no que compete à organização e estruturação da rede de atendimento às vítimas.

Os impasses da rede foram também apresentados como principais problemas identificados na implementação da política de saúde mental que convive com a escassez de serviços, recursos humanos e técnicos. Nesse sentido é fundamental que haja uma maior divulgação da PNRMAV entre os profissionais e serviços de saúde, assim como a ampliação dessa rede de atendimentos, uma vez que são flagrantes suas limitações. A capacitação continuada dos profissionais é também fundamental para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários, planejamento das ações realizadas pelos serviços e prevenção da violência no município. Assim é importante que estes profissionais tenham vínculos empregatícios estáveis, tendo em vista que a alta rotatividade de profissionais compromete o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, o que é reconhecidamente contraproducente na atenção às vítimas da violência, dificulta a integração das equipes e da rede, além de limitar avanços na produção do conhecimento.

Para a maior parte dos entrevistados o êxito na articulação entre ambas as políticas ocorre principalmente no processo de desinstitucionalização em saúde mental, que compreende a garantia de direitos e qualidade no tratamento do usuário. Outro tema que promove a articulação entre ambas as políticas é o suicídio, por exigir um engajamento das equipes de atenção à saúde mental no acompanhamento das vítimas diretas e indiretas.

De forma geral os Conselhos tem abordado a temática da violência em suas estratégias de fiscalização, sensibilização e orientação de seus profissionais, no entanto a partir de questões específicas, principalmente relacionadas à saúde do trabalhador. Tal abordagem prevê que más condições de trabalho podem facilitar a ocorrência de abusos e negligências por parte de seus profissionais e, por isso tem apresentado um papel ativo

reivindicando maiores investimentos no setor saúde junto aos órgãos governamentais; ação esta que deve ser fortalecida. O pouco conhecimento da PNRMAV assim como a precária integração dos Conselhos na construção de um plano municipal de enfrentamento da violência parece contribuir para a limitação das ações promovidas por estes órgãos.

O município do Rio de Janeiro apresenta condições muito adversas em relação ao processo de implementação das duas políticas analisadas nesta pesquisa. Em relação a PNRMAV as elevadas taxas de morbimortalidade por causas externas registradas, já desde a década de 1980 no município, o credenciaram para implantação dos primeiros projetos de prevenção apoiados pelo Ministério da Saúde, ainda no início dos anos 2000. No entanto, problemas na gestão municipal (Souza et al, 2009; Souza et al, 2012) e falta de apoio político limitaram a implementação das ações o que se reflete na percepção dos profissionais da rede, assim como nos dados apresentados neste texto. Por sua vez a Política de Saúde Mental no município também enfrenta entraves importantes, já que esta foi sendo construída a reboque do processo de desinstitucionalização e com precário investimento na rede extra-hospitalar de atenção ao longo das últimas duas décadas (Libério e Albuquerque, 2008). O cenário atual desta última política ainda expressa a insuficiência de serviços tanto extra-hospitalares quanto da Atenção Básica e Especializada, além de agregar problemas contemporâneos como a nova demanda de internação de usuários de álcool e outras drogas.

Referências

Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Assis SG, Avanci JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Njaine K et al (org). *Impactos da Violência na*

Saúde. 2ed – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, p.79-104, 2009

Benetti SPC, Ramires VRR, Schneider AC *et al.* Adolescência e Saúde Mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1273-1282, 2007.

Bonelli MG. *Profissionalismo e política no mundo do Direito*. São Paulo: Edufscar, 2002.

Brasil. Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *D.O.U.* de 9.4.2001.

Brasil. Lei no. 11.705 de 19 de junho de 2008: Altera a Lei no. 9.503 de 23 de setembro de 1997, que institui o Código Brasileiro de Trânsito, e a Lei no. 9294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições do uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias, e defensivos agrícolas, nos termos do §4º. Do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor e dá outras providências. Site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm Acesso: em julho de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 737/2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.8076 de 14/08/2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, Ministério da Saúde. 2006.

Brasil. Portaria GM/MS nº 2607 de 10/12/2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde. 2004.

Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>

Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. [online] 1996. [acesso 20 set. 2008] Disponível: conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc.

Couto MCV. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira T (org) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Ed autêntica/ FHC-FUMEC. 2004, p.61-74

Delgado PGG, Gomes MPC. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3):452-453, mai-jun, 2001.

Delgado PGG. Prefácio: O cuidado em saúde mental no território. In: Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006, 238p.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ. (org) *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 99-120.

Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais da saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(6):650-665.

Freidson E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: ANPOCS, n. 31, ano 11, jun. 1996. CD-ROM.

Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estud. av.* [online]. 1999, vol.13, n.35, pp. 139-146. ISSN 0103-4014.

Jacobina RR. O silêncio dos inocentes III: o cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício São João de Deus. *Rev. baiana saúde pública*, v.28, n.1, p. 50-64, 2004.

Jacobina RR. O silêncio dos inocentes: estudo do Hospício S. João de Deus, 1912-1930 (I): crises e reformas. *Rev. baiana saúde pública*, v.26, n.1/2, p. 41-56, 2002.

Libério M, Albuquerque P (org). 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. Revista da Escola de Saúde Mental. Ano 1, nº 1, Dezembro 2008.

Lima MADS, Rückert TR, Santos JLG, Coloma ICS, Acosta AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS). v. 30, n.4, p. 625-32, 2009.

Lins MRSW, Scarparo HBK. Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias, e serviços tecendo redes de complexidade. *Rev. Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 62, p. 261-271 jul./set. 2010.

Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saude Publica*, v.41, n.4, p. 591-597, 2007.

Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*, v.44, n.4, p.750-7, 2010.

Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (org) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 71-103.

Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde. Manguinhos*, 1998, IV (3):513-531, nov. 1997-fev.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em: 08 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232006000500015.

Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Rev. bras. educ. méd*; 29(1):55-63, jan.-abr. 2005.

Nascimento LC. Profissionalismo: expertise e monopólio no mercado de trabalho. *Perspec. Contemp.*, Campo Mourão, v. 2, n. 1, jan./jun. 2007.

Pereira MP, Neto AP. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudos e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO: Rio de Janeiro, 2006. p.41-66.

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4570-4589, 2011.

Reichenheim ME. Considerações sobre o texto "Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência". *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 365-369, 2009.

Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Organização: Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa. Petrópolis: editora Vozes, 1989. p. 15-73.

Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*, v.31(supl.2), p.S49-S57, 2009.

Rückert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência às vítimas de violência em unidades básicas de saúde na concepção de enfermeiras. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):180-6.

- Santos NC. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso*. Rio de Janeiro: s.n.,2005
- Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1211-1222, 2006.
- Souza ER, Penna LHG, Ferreira AL, Tavares CMM, Santos NC. O tema da violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1):13-9.
- Souza ER. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1709-1719, 2009
- Souza ER, Valadares FC. Análise diagnóstica da atenção às vítimas de violência nos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. [relatório pesquisa]. Claves/ENSP/Fiocruz. 2012, p.92.
- Tykanori K. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Caderno Brasileiro Saúde Mental*. 2009, vol 1, no; 1, jan-abr. (CD Rom)
- Vasconcelos EM (org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p.162.
- Velloso ISC, Araújo MT, Rocha ADM, Alves M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *REME: Rev Min Enferm*. 2005;9(4):302-8.

5.4 – "A gente vive equilibrando pratos"- Olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro

Submetido à Revista Saúde e Sociedade - protocolo SAUSOC-1621 janeiro 2013

Fabiana Castelo Valadares

Edinilsa Ramos de Souza

Resumo

Este artigo teve como objetivo caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender os caminhos, práticas e discursos voltados à atenção prestada às pessoas em situação de violência que chegam a esses serviços. Realizou-se um estudo exploratório de abordagens quantitativa e qualitativa que abordou profissionais e gestores em 22 unidades de saúde mental. Como resultado identificou-se a produção de conhecimentos e estratégias para lidar e intervir nas situações tendo como efeitos a interrupção do ciclo de violência. Entretanto estas ações tem pouca visibilidade em toda a rede de saúde e estão pouco integradas às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Conclui-se que a atenção na área da saúde mental às vítimas da violência vem sendo realizada de forma não integrada a PNRMAV, o que expõe lacunas importantes.

Palavras-chave: violência, saúde mental, atenção à saúde, prevenção

Abstract:

This article has sought to characterize the mental health network of the city of Rio de Janeiro and understand the ways, practices and discourses focused the attention given to persons in situations of violence that come to these services. We carried out an exploratory study of quantitative and qualitative approaches that tackled professionals and managers in 22 mental health units. As a result we identified the production of knowledge and strategies to deal with situations and intervene in effect as stopping the

cycle of violence, however these actions have little visibility into the entire network of health and are poorly integrated guidelines of National Policy on Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV). We conclude that attention in the area of mental health for victims of violence is being held in a non-integrated meanwhile PNRMAV which exposes the gaps.

Keywords: violence, mental health, health care, prevention.

De onde partimos

A violência é um fenômeno concreto que gera mortes, lesões, traumas e, sobretudo, a perda da qualidade de vida das vítimas e de um incalculável número de pessoas que convivem com estes eventos (Minayo, 2009). A literatura mostra que a perda de um familiar ou amigo íntimo de forma violenta frequentemente leva ao desenvolvimento de transtornos psicológicos transitórios ou de longa evolução. Em uma estimativa conservadora em torno de três pessoas são afetadas diretamente por cada evento que leva a óbito ou internação, o que vem gradativamente se constituindo como uma demanda para a rede pública de saúde (Mello et al, 2007; Soares, 2006).

Embora a violência não seja objeto exclusivo do campo da saúde, sua rede de serviços recebe as vítimas e sua atuação ultrapassa o mero tratamento de lesões e traumas ao convocar para o debate um conjunto de atores sociais fundamentais para o enfrentamento da complexidade deste fenômeno (Mattos, 2006). A idéia de rede tem seu fundamento nas teorias da comunicação, sendo entendida como uma forma de organização social flexível, adaptável e presente em toda sociedade, que possibilita ampliar a capacidade criativa, atingir objetivos e alterar códigos de vida. Nesse sentido, toda rede é formada por elementos integrados nos chamados “nós”, que permitem o compartilhamento de valores e objetivos comuns decodificáveis em um processo de comunicação (Castells, 2005). Assim, de forma sintética, a rede pode ser definida como

um conjunto de “nós” que se encontram interconectados e determinam o fluxo de informação e comunicação existente entre essas conexões (Njaine et al, 2007).

No campo da saúde, a noção de rede se concretiza nas estruturas (serviços e tecnologias) organizadas de forma articulada em torno da atenção e das ações de prevenção e de promoção da saúde. Os atores dessas ações são os profissionais e os usuários dos serviços de saúde envolvidos na integralidade do cuidado que parte da identificação das necessidades de saúde, passando pela capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários, levando em conta o contexto onde vivem, de acolher suas demandas e de intervir na realidade expressa assumindo o caráter estratégico de busca da superação dos desafios impostos por esta realidade (Silva Junior et al, 2006).

Na área da saúde mental a rede é efetivada a partir da construção dos projetos terapêuticos que exigem a interdisciplinaridade, representada pelo conjunto de conhecimentos gerais e específicos, dos vários profissionais e serviços de saúde e proteção social que se articulam em torno da solução dos problemas enfrentados (Silva Junior et al, 2005). O cuidado, nessa perspectiva, parte das características e necessidades das pessoas, promovendo assim a reestruturação de equipes e serviços especializados, ofertando ações como consultas e tratamentos ambulatoriais, atenção intensiva diária em permanência-dia, internação integral breve orientada por projeto terapêutico individualizado, entre outras (Pitta, 2001), prestadas de forma articulada visando a otimização dos resultados e evitando sobreposições ou contradições.

No que se refere às vítimas diretas e indiretas da violência, a rede de saúde mental tem um papel importante, pois recebe parte das demandas sociais que explicitam o problema – o que provoca tensão em uma área que, tradicionalmente, é convocada a incorporar e patologizar as mazelas sociais, muitas vezes terminando por "gerar psiquiatrização de problemas societários mais amplos" (Vasconcelos, 2010, p.26). Reconhecemos que tal processo de psiquiatrização não é do ponto de vista ético, político ou mesmo científico a

melhor saída para lidar com os impactos da violência na saúde. Mas consideramos ser fundamental conhecer que demandas chegam à rede de saúde mental e que respostas vêm sendo construídas frente a essas demandas. Assim, o objetivo deste artigo, é caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender os caminhos, práticas e discursos voltados à atenção prestada às pessoas em situação de violência que chegam a esses serviços.

O caminho metodológico

Este artigo é parte da pesquisa "Análise diagnóstica da atenção às vítimas de violência nos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro", realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), no período 2010 a 2012, cujo objetivo foi, a partir da Triangulação de Métodos (Minayo, 2006), construir um olhar compreensivo e interpretativo da atenção de saúde mental prestada às vítimas da violência no município do Rio de Janeiro, buscando identificar êxitos no atendimento e dificuldades, segundo a ótica dos profissionais envolvidos nessa atenção (Deslandes et al, 2007). Neste artigo realizou-se um estudo exploratório que visou identificar e caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender a atenção prestada às vítimas de violência nessa rede. Para isso foram feitas abordagens quantitativa e qualitativa, considerando que essas abordagens se complementam, embora este artigo priorize a abordagem qualitativa.

A etapa quantitativa objetivou caracterizar os atendimentos nos CAPS, por meio de um questionário composto por: identificação e localização dos serviços, número de atendimentos, diagnóstico dos casos, ações desenvolvidas, constituição da equipe, formação/capacitação dos profissionais. Esse instrumento ~~que~~ foi aplicado via correio eletrônico aos 19 CAPS que compõem a rede municipal, no período de maio a outubro

de 2011. Apesar das inúmeras tentativas de obter a participação dos serviços, apenas oito responderam ao instrumento, ainda de forma incompleta. Para complementar os dados recorreu-se à gestão que disponibilizou os números dos atendimentos registrados nos 19 CAPS. As informações desta etapa foram processadas em microcomputador, codificadas e digitadas no software Excel formando um banco de dados específico, e analisados em termos absolutos e relativos.

A abordagem qualitativa explorou as percepções dos profissionais sobre a caracterização dos serviços, e sobre a atenção prestada às vítimas da violência no município a partir de dois roteiros de entrevista semiestruturada, um dirigido aos profissionais da atenção e outro aos gestores. Ambos os roteiros abordaram questões sobre o processo de implementação no município das políticas de saúde mental e a de prevenção da violência, a estrutura e organização dos serviços e da rede, a assistência prestada às vítimas, as concepções e percepções sobre violência e sobre sua prevenção. Aos profissionais da atenção foi solicitado um breve relato de caso que visou identificar estratégias bem e mal sucedidas nesta rede. Foram realizadas 21 entrevistas, no período de abril a outubro de 2011, com dois gestores (um representante da Coordenação de Saúde Mental e um representante do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência), e cinco categorias profissionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional) que atuavam em quatro Centros de Atenção Psicossocial (dois CAPS II, um CAPSad e um CAPSi), uma Emergência Psiquiátrica, um Ambulatório e uma equipe dos serviços residenciais terapêuticos. Esses serviços encontram-se na área programática 3.2, que compreende as regiões de Inhaúma, Grande Méier e Jacarezinho, onde residem 569.970 pessoas (IBGE, 2010), selecionada por ter a melhor estrutura e maior variedade de serviços. Coube aos serviços indicar os profissionais interessados em participar da pesquisa.

As entrevistas duraram em média 40 minutos e foram gravadas com a autorização dos informantes. Foram transcritas e codificadas evitando-se a identificação dos informantes. A análise desse acervo seguiu os seguintes passos: 1) realização da leitura compreensiva do acervo visando à apreensão de suas particularidades; 2) realização do recorte temático dos depoimentos acerca das questões: qual a estrutura e organização da rede de saúde mental, quais as concepções sobre violência compartilhadas por seus profissionais, e como ocorre o atendimento as vítimas da violência; 3) problematização das idéias explícitas e implícitas. A interpretação buscou compreender as regularidades e discordâncias entre os atores entrevistados.

A pesquisa foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e aprovada pelos conselhos de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer nº55/10) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº194/10) e cumpriu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Que rede é essa?

A caracterização dos serviços que compõe a rede de atenção à saúde mental foi desenvolvida a partir da triangulação das informações reunidas nas etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa. As informações quantitativas foram: estrutura dos serviços, disposição territorial, números de atendimentos, recursos humanos e capacitação para a atenção às vítimas da violência. Já as informações qualitativas compreendem segundo a ótica dos profissionais as descrições quanto à organização, objetivos, ações desenvolvidas, público alvo de cada um dos serviços abordados, qualificação das relações intra e intersetoriais, e capacitação das equipes.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental para o ano de 2010 (SMSDC, 2011) a rede de atenção à saúde mental no município do Rio de Janeiro é composta por um

conjunto de serviços de saúde como: Clínicas da Família; Consultórios de Rua; Policlínicas, Centros Municipais de Saúde e Clínicas Especializadas; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Emergências Psiquiátricas e Hospitais Psiquiátricos, distribuídos nas áreas programáticas (AP) da cidade. Essas AP constituem a divisão administrativa por meio da qual o setor saúde organiza sua atenção. As áreas 3 e 5 concentram a maioria desses serviços e agregam 65% da população do município (Fonte: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>) conforme sintetizamos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos serviços da rede de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, por nível da atenção, tipo de serviço e área programática, no ano de 2010.

Área Programática da cidade	Atenção Primária			Atenção Secundária				Atenção terciária		Serviços residenciais terapêuticos
	Consultórios de Rua	Clínicas da Família	Policlínicas/ Centros Municipais de Saúde/ Clínicas Especializadas	Centro de Atenção Psicossocial				Emergência Psiquiátrica	Hospital Psiquiátrico	
				CAPS i	CAPS ad	CAPS II	CAPS III			
1.0	2	...	...	0	0	0	0	1	2	...
2.1 e 2.2	0	...	...	1*	2**	1**	1	1	3	...
3.1, 3.2, 3.3	0	...	...	1	1	6	1	1	1	...
4.0	0	...	...	1	0	1	0	1	3	...
5.1, 5.2, 5.3	0	...	...	1	0	4	0	1	1	...
TOTAL	2	15	223	21				5	10	35

Nota: * CAPSi CARIM é um serviço Federal.

** O CAPS ad Centra-Rio e o CAPS II UERJ são serviços vinculados ao governo Estadual.

... Não foi possível obter informações por área programática.

Apesar de existirem marcos legais que regulamentam os serviços de saúde mental, definindo seus objetivos e públicos, optou-se por uma qualificação destes a partir dos relatos dos entrevistados. Esta escolha possibilita a apreensão das atividades para além do prescrito (Dejours, 1994) relevando assim um conjunto complexo de práticas que constituem o foco deste artigo.

Assim, o ambulatório abordado nesta pesquisa, que integra a coluna das “Clínicas Especializadas” (tabela 1), foi descrito como um serviço comunitário que oferta atendimentos psicológico, psiquiátrico e social a todos os grupos etários. Segundo os informantes, são vinculados ao ambulatório dispositivos das áreas de educação física, dança, canto, e formação de grupos terapêuticos. Este serviço conta com uma equipe

fixa de quatro profissionais: duas psicólogas, uma assistente social, e um psiquiatra, além de seis psiquiatras em processo de aposentadoria que não recebem novos casos. Não foi possível levantar informações sobre a demanda de atendimentos já que não havia a sistematização destas. O serviço recebe demanda espontânea e encaminhamentos da rede, principalmente da emergência psiquiátrica a ele vinculada. Esta demanda é analisada em equipe multiprofissional a partir de grupos de recepção que têm o “objetivo de peneirar” (sic) as demandas identificando e encaminhando o que é próprio à psicologia ou à psiquiatria e o que pode ser acolhido pelos demais dispositivos da rede. O público ao qual o atendimento ambulatorial é dirigido é aquele que apresenta sintomatologia menos grave, mas que demanda avaliação e acompanhamento. Não são indicados para este serviço “casos de drogadictos, alcoólatras, psicótico grave” (sic), pois estes são remetidos aos CAPS de referência.

À época da pesquisa, na área abordada existiam cinco residências terapêuticas e duas moradias assistidas, que abrigavam 22 moradores. Seu objetivo, segundo os informantes, é fornecer um local de moradia e acolhimento humanizado, que se aproxima o máximo possível das características de uma casa, constituindo-se como um importante serviço de apoio ao processo de desinstitucionalização e reinserção social. A maior parte dos moradores são pessoas que passaram por um longo período de internação psiquiátrica ou que vivenciaram várias curtas internações e apresentam elevada vulnerabilidade social. Os cuidados especiais disponibilizados nestas casas são ofertados por profissionais de saúde (cuidadores e acompanhantes terapêuticos) de forma intensiva (24 horas) ou semi-intensiva (turnos de 4 a 8 horas, ou apenas visitas diárias) de acordo com as necessidades locais. Em relação à complexidade dos serviços as moradias assistidas são indicadas para moradores com maior grau de autonomia.

Sobre os serviços CAPS os objetivos mais citados foram: o acolhimento aos novos casos; a orientação quanto às possibilidades de tratamento e encaminhamentos; o

atendimento visando à construção de recursos e possibilidades de vida; o apoio social a pacientes e suas famílias; a intervenção na sociedade que visa, sobretudo, a superação de preconceitos contra os usuários do serviço; e a prevenção da violência. Apenas o CAPSad, por sua especificidade, apresentou dois objetivos diferentes dos demais serviços: a atenção aos usuários com o fim de aliviar o sofrimento, reduzir o padrão de uso de substâncias ou até mesmo a abstinência; e a inclusão do problema da droga como objeto de intervenção da área da saúde. Todos os serviços contam com equipe multiprofissional e ofertam as ações previstas em sua regulamentação como: atendimento individual e grupal; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; e atendimento em oficinas terapêuticas. Segundo dados da coordenação de Saúde Mental do Município, ao final do ano de 2010, havia 4.702 usuários em acompanhamento nos serviços tipo CAPS do município, o que compõe uma média de 247 usuários por serviço (SMSDC, 2011). Não foi possível caracterizar essa clientela, devido ao fato de a grande maioria dos serviços não ter seus registros informatizados. Considerando apenas as informações dos oito serviços respondentes e da Coordenação de Saúde Mental para janeiro de 2011, encontramos uma razão de 28 pacientes para cada profissional de nível superior não médico o que equivale a quase o dobro do recomendado pela Portaria 336/2002. Tal relação extremamente elevada não considera os casos novos que chegam aos serviços, e indica uma sobrecarga de trabalho, que foi alegada como justificativa dos serviços para não participar desta pesquisa.

Além do atendimento prioritário as pessoas com transtornos mentais graves e moderados (as neuroses e psicoses graves), as especificações quanto a atenção a crianças e adolescentes realizada exclusivamente pelo CAPSi e a direção do acolhimento a usuários de álcool e outras drogas nos CAPSad, foi consensual entre os informantes a percepção de que a manutenção do tratamento nos serviços deve

considerar avaliações que extrapolam o diagnóstico psicopatológico. Assim, são considerados critérios de indicação para os CAPS o elevado grau de comprometimento do paciente, o alto risco e vulnerabilidade de seu quadro de adoecimento, a demanda de acompanhamento intensivo, a frágil condição familiar, e a ausência de rede de apoio.

A Emergência psiquiátrica abordada nesta pesquisa encontra-se fora dos hospitais psiquiátricos e é responsável por avaliar a necessidade de internação psiquiátrica nas áreas programáticas 3.1, 3.2, e 3.3, mas também recebe pacientes de outras áreas da cidade. Apenas três profissionais faziam parte da equipe diária: um médico, uma enfermeira, e uma terapeuta ocupacional. Dois acadêmicos bolsistas participam dessa equipe, entretanto com menor carga horária no serviço. Esta unidade conta com seis leitos de curta permanência, que são ocupados por pacientes de todas as faixas etárias. Segundo os entrevistados, o principal objetivo da emergência é promover o acolhimento e o suporte a crise, além da avaliação diagnóstica e construção do projeto terapêutico. Um dos informantes também acentuou que a emergência psiquiátrica é ainda muito procurada com o objetivo de suprir problemas como a falta de médicos nos ambulatórios, o apoio social a usuários de drogas que buscam o serviço ainda em quadro de entorpecimento, com o objetivo de permanecerem mais preservados até que a “onda passe” (sic) e pessoas em situação de rua que buscam o serviço porque estão sem comer, sem dormir ou tomar banho.

Todos os entrevistados afirmaram conhecer os diversos serviços que compõe a rede de atenção à saúde mental, e perceber uma melhor integração entre estes serviços.

A articulação dos serviços de saúde mental com aqueles que prestam atendimento clínico mostrou-se, ainda, carregada de preconceitos, fazendo com que os pacientes psiquiátricos, usuários de drogas ou idosos somente sejam atendidos se acompanhados por um profissional de referência. A fala a seguir reflete bem esse cenário: “é difícil conseguir atendimento. Por conta mesmo das dificuldades eu acho dos profissionais de

abordarem o paciente psicótico. Aham que tem uma outra língua. Se a gente não estiver junto o atendimento não acontece” (psicólogo). Tais achados concordam com pesquisas anteriores (Valadares e Souza, 2010) que demonstram as restrições aos portadores de transtornos mentais para atendimento nos serviços de saúde de forma geral. Dificuldades também citadas nas relações com a justiça e as delegacias.

A interlocução intersetorial com a rede foi relatada por meio de um conjunto de situações que exemplificavam impasses e progressos nas relações com outros serviços de saúde, abrigos, Conselhos Tutelares, delegacias, Ministério Público e escolas, no caso dos serviços que atendem crianças.

Essa articulação foi qualificada em todos os serviços como frágil e não institucionalizada, como demonstram as citações: “é como se nunca existisse o contato e a gente fosse procurar eles pela primeira vez” (psiquiatra); “eu estou há 20 anos na saúde mental. Então se ligar eu conheço todo mundo, mas é pedindo favor. Eu acho isso péssimo” (terapeuta ocupacional). Essa forma de articulação informal revela que a rede existente no município ainda é sustentada apenas pelos vínculos pessoais e não por uma organização estruturada, formalizada e integrada, o que reproduz achados de outra pesquisa (Minayo e Deslandes, 2007).

Os Conselhos Tutelares foram retratados de forma dispare: para alguns profissionais a articulação com esses atores foi bem sucedida e cuidadosamente trabalhada, enquanto para outros esse contato sempre feito de forma emergencial a cada caso, leva a ruídos que dificultam o bom acompanhamento. O trecho a seguir expressa bem essa situação: “quando a gente percebe que mesmo com a abordagem a gente não está conseguindo, que a violência está em um nível muito grave, um caso de negligência muito grave, nesse caso a gente vai ao Conselho Tutelar ou telefona e pede essa ajuda. Sempre com muito medo, nem tanto aqui no CAPSi mas em outras instituições, já vi intervenções

desastrosas, a gente morre de medo de a família perder a guarda. Porque isso acontece” (psicólogo).

As relações dos serviços de saúde mental com as escolas revelaram tensões, pois nos últimos anos as mesmas têm demandado a medicalização dos alunos, o que reproduz achados de outros estudos (Abreu, 2006). Novamente o trecho a seguir exemplifica bem o ocorrido: “Ela [professora] acha que é o remédio que vai deixar as crianças todas calmas para ela conseguir dar aula para cinquenta, então é muito difícil” (psicólogo).

Que atendimento é esse?

Buscamos conhecer de que forma a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro vem se estruturando e articulando para enfrentar a problemática da violência. Assim, analisamos as concepções e percepções dos profissionais sobre os seguintes tópicos: violência; o atendimento que prestam às pessoas em situação de violência e; o que pensam sobre as ações de prevenção ante as suas práticas.

Que violência é essa?

Com esta indagação buscamos compreender o que os profissionais percebem como violência, considerando que estas noções podem influenciar no que é visto e no que é naturalizado em suas práticas.

Quando iniciamos a etapa de campo da pesquisa, havia poucas discussões sobre a temática da violência no âmbito da atenção à saúde mental no município, que segundo os informantes apenas era abordada quanto aos suicídios - que demonstravam claramente essa aproximação. Nesse sentido, alguns dos entrevistados afirmaram o estranhamento do tema desta pesquisa, por não o reconhecerem como um objeto trabalhado no cotidiano – quadro que sofreu mudanças durante as entrevistas, como demonstram as afirmações: “É, eu falei que não lembrava de algum caso de violência, mas a gente vai falando e a gente vai lembrando” (assistente social); “porque eu nunca

pensei nesse tema [...]. Mas depois que você falou da pesquisa eu comecei a me perguntar se a gente realmente se depara com isso” (psiquiatra). A constância de respostas reticentes em relação à temática é associada ao fato desta não aparecer como queixa principal, mas sim como uma questão que emerge após um processo de vinculação e intervenção terapêutica. Neste processo de atendimento, portanto, não foi identificada pelos profissionais uma ação específica da área da saúde mental nesses casos e sim um acompanhamento contínuo que faz parte da prática clínica. Esta dificuldade de identificar casos de violência e produzir intervenções no campo da saúde por parte de muitos profissionais da área foi retratada por Cavalcanti e Souza (2010). Segundo essas autoras, estes profissionais conseguem distinguir as situações de maus tratos e nela identificar possibilidades de intervenção no âmbito da saúde, entretanto demonstram dificuldade de relacionar estes casos à violência, o que expõe uma compreensão enviesada dessa temática muitas vezes relacionando-a a segurança pública.

De forma geral todos os entrevistados demonstraram conhecimento das terminologias com que a área de saúde aborda a violência, cujo marco é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências - PNRMAV (Brasil, 2001). Assim, a violência foi identificada de maneira geral, como um fenômeno social complexo que impacta a saúde de suas vítimas diretas e indiretas levando a lesões, mortes e diminuição da qualidade de vida.

No cotidiano dos serviços e da gestão, a violência foi identificada como expressão dos problemas macrossociais: a violência estrutural relacionada à manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem um conjunto de vulnerabilidades, inclusive a pobreza. Nesse sentido, a violência urbana ligada aos conflitos armados, às violências interpessoal e criminal, a violência institucional presente nas situações de abandono e negligência perpetradas muitas vezes pela própria

administração pública (como a falta de pessoal, de qualificação para a atenção e a falta de estrutura e organização dos serviços), e por fim, a violência contra crianças foram expressamente relatadas. Os trechos a seguir demonstram tais percepções: “[...] a questão da violência, principalmente para o pessoal que está nas comunidades, é uma violência muitas vezes da polícia, uma violência que o agente comunitário em algum momento é testemunha ou às vezes é a vítima.” (gestor); “Carência enorme da rede, há falta de psicólogos, há falta de psiquiatras, e assim, essa angústia de não conseguir dar conta das inúmeras demandas”. (gestor).

Essas concepções foram mais presentes entre os gestores, colocando uma questão analítica concreta: o distanciamento destes da prática cotidiana dos serviços estaria dificultando o olhar para as situações presentes nos serviços de saúde mental. Também entre estes foi possível compreender a concepção da violência associada a situações onde há lesões físicas como a violência dos conflitos armados, sexual contra crianças, e autoinfligida. O relato a seguir elucida este ponto de vista: “As pessoas só identificam que às vezes há violência quando ela é explícita, do tapa, do mau-trato, quando ela é assim óbvia” (gestor).

Apesar de o tema violência ser abordado na Secretaria Municipal de Saúde desde 1995, segundo os gestores muitos profissionais têm dificuldade de “trabalhar com violência [...] E assim, a gente tende a identificar a violência como maldade” (gestor). Tais impressões condizem com achados de outras pesquisas (Santos, 2005; Ferreira e Schramm, 2000; Souza et al, 2009) que apontam que muitos profissionais sentem-se pouco habilitados para lidar com este público, o que também reflete lacunas no processo de formação. Assim, poucos reconhecem seu papel no tratamento, expondo questões, como seu próprio medo e insegurança. No entanto esta impressão trazida pelos gestores diverge da maior parte dos relatos apresentados pelos profissionais que atuam nos

serviços, uma vez que, para esses, a violência faz parte do contexto das pessoas atendidas e é expressamente um dos objetos de intervenção de suas práticas.

Para a maior parte dos entrevistados que estão na atenção o tema violência está imerso no conjunto de suas práticas no campo da saúde mental, mesmo que aparentemente possa ser tratado como um problema recente, como citado no seguinte trecho; “[A violência] é um assunto muito novo pra gente, embora a gente lide com isso há séculos, né” (psicólogo). Neste grupo a violência intrafamiliar, na forma de agressões físicas, sexuais, psicológica relacionada a humilhações e ameaças, a negligência e os maus tratos foram as mais citadas. Além dessas, a violência comunitária expressa nas ameaças e processos que levam à negação de direitos e à exclusão foram descritas também com muita frequência. Os profissionais dos serviços CAPSad, enfatizaram a violência criminal associada ao uso prejudicial de drogas, com um problema que gradativamente vem sendo incorporado pelo setor saúde, expondo a difícil interação entre saúde, segurança pública, justiça e assistência social. As faces da violência intrafamiliar e urbana que chegam aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, vêm sendo amplamente abordadas na literatura (Assis et al, 2009; Reichenheim, 2009; Ribeiro et al, 2009; Martin et al, 2007) quanto ao seu impacto na produção do medo, da desesperança e da alienação muito relacionados ao surgimento de quadros psicopatológicos.

As concepções apresentadas pelos entrevistados parecem ter sido construídas a partir de suas práticas de trabalho, e não a partir de um processo de capacitação formal. Nesse sentido, houve divergência entre as informações colhidas nos questionários, nos quais em 12,5% dos serviços pesquisados foi informado que houve capacitação para a atenção às vítimas de violência, conforme prevê a PNRMAV, e os relatos dos entrevistados, a partir dos quais identificamos a inexistência dessa ação de capacitação. Estes profissionais também não conseguiram identificar qualquer iniciativa que, segundo

informações dos gestores, estava sendo promovida pelo Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência.

Apesar de não terem sido relatados processos de formação direcionados ao tema, foram citadas experiências de supervisão e participação em eventos e seminários onde, entre outras questões, a violência foi abordada como tema transversal à prática clínica.

Para onde vai, de onde vem, e o meio do caminho...

Os entrevistados de todos os serviços abordados na etapa qualitativa afirmaram não serem referência no atendimento às vítimas da violência. Isso revela o entendimento de que essa atenção demanda um serviço especializado, composto por profissionais capacitados e integrado a outros setores como justiça e proteção social. Aspectos semelhantes aos encontrados são descritos na literatura (Lima et al, 2009; Leal e Lopes, 2005) demonstrando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na atenção às vítimas da violência como: desarticulação com a rede de assistência especializada; medo e insegurança; falta de capacitação e de infraestrutura.

Assim, quando perguntados sobre a existência de algum protocolo, formal ou não, para lidar com os casos em que eram deflagradas situações de violência a resposta foi sempre negativa. Entretanto, na maior parte dos serviços, alguns procedimentos pareceram consolidados mesmo que, tanto para os gestores quanto para os profissionais não houvesse qualquer formalização. Cabe ressaltar que após a etapa de campo desta pesquisa a Coordenação de Saúde Mental publicou on line um “Protocolo para a Atenção à Demanda Espontânea de Pessoas em Sofrimento Mental nos Serviços de Atenção Primária à Saúde” (https://docs.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MYzI2YjVjMjMtZTZmMi00NjVILWJhM2ItZTQwZTJhYmI4N2Jk/edit?hl=pt_BR&pli=1) onde os fluxos de referência e contra referência são definidos e o tema da violência é integrado.

A partir dos discursos dos profissionais, foi possível identificar uma forma pactuada para o atendimento dos casos em que são identificadas situações de violência. Todos afirmaram estar atentos aos seus sinais e que investigam mais delicadamente os casos suspeitos, compreendendo tais ações como inerentes ao contexto clínico, conforme exemplificam esses depoimentos: “[...] porque eu acho que a gente acaba incorporando isso [a violência] a um contexto maior que é o contexto da clínica mesmo. Então isso ali faz parte da história, não é algo isolado, uma coisa pontual que acontece” (psiquiatra); “até porque se a gente entender a violência como um traço aí, como um marcador dessa relação, e também, diz do adoecimento da pessoa, a gente tem que entender dentro de um contexto, e dentro dos recursos que a gente tem da clínica e cuidar disso” (psicólogo). Tais relatos parecem convergir para o que alguns autores (Schenker e Cavalcante, 2009) defendem sobre a atenção às vítimas da violência intrafamiliar, entendendo que esta deva ser compreendida no contexto social que a produziu e que é cabível a intervenção dos profissionais de saúde.

A única exceção foi registrada na emergência psiquiátrica onde a alta rotatividade da ocupação dos leitos e a ausência de registro dos casos em prontuário impossibilita a construção de uma visão contextualizada da violência e mesmo a investigação de outros sinais e sintomas. Um dos entrevistados desse serviço afirmou que os casos em que são evidentes situações de espancamentos ou violência sexual contam com o apoio do policial de plantão, ao qual é solicitado o registro do Boletim de Ocorrência, o que evidencia o entendimento da violência restrito a uma questão de polícia.

Na atenção à saúde mental destaca-se um cuidado maior com a definição de intervenções nesses casos, pois os entrevistados apontaram a necessidade de não romper vínculos com pacientes e familiares quando identificadas situações de violência, entendendo que é a manutenção do vínculo terapêutico que possibilita a mudança do padrão de comportamento prejudicial, o que é amplamente descrito na literatura (Carter

e Macgoldrick, 1995; Deslandes et al, 2004; Ferrari e Vecina, 2002). Estes cuidados foram ainda mais enfatizados nos serviços que atendem crianças e adolescentes, como demonstra o seguinte relato: “[...] é talvez, no atendimento, os pais falarem disso [violência física], coisas que de outra maneira você nunca teria tido acesso. Você está tendo acesso é porque eles estão falando; e se estão falando é uma demanda de ajuda” (psicólogo).

A abordagem multiprofissional foi relatada em todos os serviços que contam com reuniões de equipe, supervisões locais e articulação com parceiros da rede, como a Estratégia Saúde da Família, ambulatórios, serviços residenciais terapêuticos, Conselhos Tutelares, escolas, delegacias, emergências, hospitais e abrigos.

O registro das informações sobre suspeitas ou confirmações de violência em prontuário, considerado por todos como extremamente relevante, é realizado sempre que possível. Novamente na emergência e no ambulatório foi informado que o registro não é feito em prontuário único, porque nesses serviços o prontuário permanece no arquivo geral do PAM e não há profissionais de apoio para efetuar a retirada desses documentos a cada atendimento.

A notificação da violência – que deveria ser feita à Secretaria Municipal de Saúde - é realizada em todas as unidades de saúde apenas para casos de crianças e adolescentes, sendo esta remetida aos Conselhos Tutelares. Nenhum dos entrevistados informou remeter a notificação à Secretaria de Saúde, e quando perguntados sobre a notificação dos casos de adultos vitimizados o termo “notificação” foi frequentemente confundido com “denúncia” e endereçado ao Ministério Público e às Delegacias, o que expressa concepções equivocadas que ainda associam as questões da violência à justiça e à segurança pública. Um dos resultados da etapa quantitativa evidencia mais uma visão equivocada: 50% dos serviços pesquisados responderam equivocadamente que a Secretaria de Desenvolvimento Social é seu principal interlocutor no tocante ao destino

das notificações de violência. Esses dados parecem apontar para a falta de capacitação destes profissionais.

Com exceção da emergência psiquiátrica, todos os demais serviços afirmaram entrar em contato com familiares, membros da comunidade e instituições que surgem nos relatos dos pacientes como autores de violência, promovendo assim intervenções que objetivam prevenir a reincidência.

Em todos os serviços foi possível perceber que os profissionais consideram uma boa evolução do caso quando a intervenção da equipe interrompe a situação de violência, e o paciente e sua família conseguem construir melhores vínculos familiares e comunitários. A ênfase do foco para essa avaliação varia conforme o serviço pesquisado. No entanto, em todos os serviços os profissionais consideram como ações que garantem um bom atendimento: o envolvimento de toda a equipe e a articulação com outros atores da rede.

Além disso, crêem que uma boa evolução do caso depende, ainda, de fatores como: o fornecimento de um espaço para escuta das tensões cotidianas; o êxito em evitar a institucionalização; o cuidado e atenção especial a pessoas portadoras de deficiências; o cuidado no acompanhamento dos casos de violência uma vez que os relatos dos pacientes podem vir acompanhados de uma produção delirante; a atenção intensiva e cuidados a famílias em que há violência. Os relatos a seguir exemplificam algumas dessas visões: “Porque às vezes também acontece isso no ambiente de saúde mental como o nosso, às vezes a gente também tem casos de relato de violência que não são exatamente daquele jeito, não são com aquela intensidade, não acontece exatamente naquele contexto. Então acho também que você deve ter um certo cuidado da maneira como você recolhe esse tipo de fala” (psiquiatra). “E aí, curiosamente, quando ela percebeu que eu não caí na história, de você é dependente química, ela percebeu a dificuldade que ela lidava com a mãe, vinha toda a semana ao atendimento, fez

reflexões sobre sua vida, o luto do pai, chegou a ser expulsa do colégio, mas depois retomou a vida.” (psicóloga).

Por outro lado a precária integração e articulação entre os componentes das equipes e desta com os demais atores da rede de proteção social, gerando desentendimentos e ruídos nas relações, bem como a complexidade dos casos aparecem nos discursos dos entrevistados como os principais destaques para os aqueles considerados mal sucedidos.

Entre os fatores que contribuem para um atendimento mal sucedido foram ainda citados: a ausência de resposta efetiva por parte das instituições envolvidas com o caso; a precária estruturação da equipe que atende; as dificuldades de vinculação das famílias aos serviços; a falha de comunicação entre os serviços; a dificuldade de condução dos casos complexos e; a pouca mobilização e sensibilidade da equipe diante de outros problemas de saúde.

Entretanto, predomina entre os entrevistados a avaliação de que a atenção está sendo bem prestada às vítimas de violência, pois, no que é possível aos serviços da saúde mental intervir, observam alcançar bons resultados. Apesar das deficiências de formação e de pessoal, as equipes que constituem os serviços fazem esse trabalho há muitos anos e tem uma forma de atuação consolidada e integrada, o que facilita a boa evolução das ações, como demonstram os depoimentos a seguir: “a gente também consegue muita coisa, consegue transformar essas relações, consegue com paciência, enfim, com investimento a gente consegue às vezes fazer com que esse tipo de violência não mais ocorra” (psiquiatra); “a gente tem conseguido assim fazer com que essas famílias se repensem,[...] mas eu sinto que no que a gente pode mudar nesse cotidiano a gente vive equilibrando pratos...” (assistente social). Os presentes relatos expõem que se um bom trabalho já é feito nessa rede, que outros avanços poderíamos imaginar se esses profissionais tivessem formação adequada!

É possível prevenir?

Assis e Avanci (2009) discutem como o conceito de prevenção da violência pode ser incorporado pela área da saúde. Para essas autoras a violência como fenômeno social complexo que extrapola a área da saúde não é inevitável e, assim como aprendemos a conviver com ela, também podemos desaprender. No campo das intervenções em saúde é possível identificar que fatores contribuem para a ocorrência de violência e também para intervir e interromper o ciclo violento. Nesse sentido buscou-se identificar de que forma a rede de atenção à saúde mental pode contribuir para a prevenção da violência, buscando compreender que conceitos de prevenção são compartilhados pelos entrevistados, que ações estes reconhecem como prevenção e qual o papel do seu serviço nesse contexto, uma vez que no âmbito da saúde a prevenção pode e deve ser realizada em todos os níveis (primária, secundária e terciária).

A compreensão de que a violência é um fenômeno passível de prevenção não foi compartilhada por todos os entrevistados nesta pesquisa. Nesse sentido foi possível identificar que as concepções sobre o que é violência têm grande influência sobre as possibilidades de intervenção construídas pelos profissionais da área da saúde.

Parte dos informantes não percebe essa ação como cabível à área da saúde mental. Suas opiniões centram-se, principalmente, no entendimento da violência como problema social que leva a lesões e mortes, e na sua abordagem a partir de um contexto macrossocial, onde desigualdade, pobreza, globalização, e crime organizado são considerados campos que fogem aos limites da atuação da área da saúde mental. Diante desses problemas sociais mais amplos a violência não é entendida como um fenômeno passível de prevenção, conforme os discursos a seguir: “[...] a prevenção da violência não é uma coisa que tá na saúde mental, enfim. Então a questão do suicídio, que eu acho que cabe, mais pra depois a gente se preocupar com isso, muitas vezes não chegam.” (gestor); “não sei o que é que a gente pode pensar em prevenir violência, pura e

simplesmente. Realmente eu não sei.” (psiquiatra); “[...] mas você fala não em relação ao CAPS, é em relação a outro serviço.” (assistente social); “[...] porque como a gente pode evitar enquanto serviço que esses clientes sofram violência?” (enfermeiro)

Por outro lado parte deles considera que as ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços também têm a função de prevenir a violência. Assim, aqueles que atribuem à violência a presença de lesões físicas e sexuais, defendem que a prevenção no campo da saúde mental estaria relacionada à identificação precoce das vítimas, que mereceriam uma intervenção imediata, como demonstra o depoimento a seguir: “Se você pensar que a identificação precoce é prevenção, eles, de alguma forma, já estão fazendo” (gestor).

Há ainda uma parcela dos depoentes, mais numerosa e presente em todos os serviços abordados, que percebe a questão da prevenção da violência como um processo de intervenção na cultura, por meio de iniciativas contínuas que vêm surtindo efeitos de maior ou menor impacto, como vemos no trecho a seguir: “Acho que esse trabalho fora do serviço, esse trabalho na cultura ele tem grande chance de produzir diferença sim, nessa questão da violência também, do estigma da loucura, do lugar que o louco tem. Mudar um pouco esse lugar, esse olhar que a sociedade tem em relação ao psicótico, paciente psiquiátrico.” (psicólogo).

Apesar das divergentes concepções sobre a prevenção da violência, a rede de atenção à saúde mental vem incorporando o discurso de intervenção na cultura que é a principal bandeira de luta da Reforma Psiquiátrica.

Para encerrar

Historicamente, a área da saúde mental tem acolhido em seus consultórios, leitos, residências terapêuticas, grupos e oficinas, as pessoas em situação de violência, sejam elas vítimas de si próprias, de suas famílias, da comunidade, da cultura ou da sociedade, e vem construindo formas de intervenção bastante consistentes e críticas.

Entretanto a inclusão do tema violência nesse campo vem sendo realizada de forma muito mais orgânica, isto é, integrada e construída no dia a dia dos processos de trabalho vivenciados por seus profissionais e pacientes, do que, de fato, a partir de um processo estruturado e formal de rede, conforme é preconizado na PNRMAV. Nesse sentido, existem lacunas desde a ausência de capacitação destes profissionais, a não institucionalização dos fluxos na rede, a falta de incentivo à notificação e o desconhecimento por parte dos profissionais quanto à importância deste recurso para o planejamento de suas ações.

Por mais complexa que seja a organização da rede de atenção à saúde mental que sofre intensamente os efeitos da precarização do trabalho, da fragilização dos vínculos e da rotatividade dos profissionais, pode-se afirmar que há uma rede ancorada, principalmente, nos profissionais e nos usuários dos serviços, através dos vínculos pessoais e informais que estabelecem entre si. Tal achado é preocupante, pois vem ocorrendo no município um processo de redução dos profissionais concursados, que são aqueles que sustentam esses vínculos e se constituem como os nós da rede. Na ausência deles, é possível que esta rede fique ainda mais frágil e pouco efetiva.

O principal achado desta pesquisa trata justamente da identificação do conjunto de estratégias construídas pela rede de saúde mental para o atendimento às vítimas da violência. Todos os profissionais afirmaram estar atentos para possíveis sinais da violência como lesões, traumas, escoriações, mudanças na rotina de vida, emagrecimento ou ganho de peso excessivo e em curto período de tempo, problemas no sono, entre outros. Tais sinais são registrados e investigados pela grande maioria dos profissionais entrevistados e, quando confirmadas situações de violência, o atendimento multiprofissional, a inclusão dos atores envolvidos na situação e a discussão em equipe são os principais encaminhamentos tomados. A construção de uma rede intersetorial de

apoio com diversos atores, inclusive aqueles fora da área da saúde, é colocada como estratégia de intervenção visando interromper o ciclo da violência.

A principal lacuna nessa atenção refere-se ao registro precário das informações em alguns serviços e as limitações quanto à notificação das violências. Quando estas ações são realizadas não geram análises sistemáticas. A inclusão destas ações poderia auxiliar o planejamento e a intervenção, além de empoderar seus profissionais em pleitos junto à gestão.

Por fim, é fundamental capacitar os profissionais que atuam na rede, pois o conhecimento formalizado permite a construção de novas estratégias de intervenção inclusive para a própria gestão.

Responsabilidades individuais dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

ABREU, M.H.R.M. **Medicalização da vida escolar**. Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIRIO. 2006.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; XIMENES, L.F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e a violência. **Cien Saude Colet.** v14, n 2, p.349-361, 2009.

ASSIS, .S.G.; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE K ET AL (org). **Impactos da Violência na Saúde**. 2ed – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, p.79-104, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 737/2001** - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

CARTER, B.; MACGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. In: CASTELLS M, CARDOSO G. (org) **A Sociedade em Rede: Do Conhecimento a Ação Política**. Belem: Imprensa Nacional – Casa da Moeda. p. 17-30, 2005.

CAVALCANTI, M.L.T.; SOUZA, E.R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**. v.15, n.6, p.2669-2708, 2010.

DEJOURS C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Ed. Atlas, São Paulo, 1994.

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CARMO, C.N.; SOUZA, V.R. Escolhas, alianças e vivências na dinâmica da pesquisa. In: Minayo M.C.S; Deslandes, S. **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G.; SILVA, H.O. (coord) **Famílias: parcerias ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Claves; Unicef, 2004.

FERRARI, D.C.; VECINA, T.C.C. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, 2002.

FERREIRA AL, SCHRAMM FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.34, n.6, p. 659-665. 2000.

IBGE. **Censo 2010**. Fonte: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24/11/2010.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Ciênc Saúde Colet**.v.10, n.2, p.419-31, 2005.

LIMA, M.A.D.S.; RÜCKERT, T.R.; SANTOS, J.L.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ACOSTA, A.M. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.30, n.4, p.625-632, 2009.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.41, n4, p.591-597. 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org) **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p 41-66.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde—Manguinhos**, v.4, n.3, p 513-531, 1998.

MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza suas causas. In: MINYAO MCS, SOUZA ER. (org) **Violência sob o olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.23-48, 2003.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE K et al (org). **Impactos da Violência na**

Saúde. 2ed – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, p.21-42, 2009.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (org). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 349 p.

MELLO, M.F. et al (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Arned, 2007.

NJAINÉ, K. et al. Rede de prevenção da violência: da utopia a ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, supl.11, p.1313-1322, 2007.

PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENÂNCIO, A.T.; CAVALCANTE, M.T. (org) **Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. P.277-282.

REICHENHEIM ME. Considerações sobre o texto “Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e a violência”. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v14, n 2, p.362-371, 2009.

RIBEIRO, W.S.; ANDREOLI, S.B.; FERRI, C.P.; PRINCE, M.; MARI, J.J. A exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. v.31, supl.2, p.S49-57. 2009.

SANTOS, N.C. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso**. Rio de Janeiro: s.n.,2005

SMSDC. Coordenação de Saúde Mental. **Rede CAPS – Informações: Janeiro-Maio de 2011 Somente CAPS Municipais**. Fonte: [HTTP://2.bp.blogspot.com/-tDUWItKScig/TiWwojC_701/AAAAAAAAAAcI/KI1BWD](http://2.bp.blogspot.com/-tDUWItKScig/TiWwojC_701/AAAAAAAAAAcI/KI1BWD). Acesso em: 24/11/2011

SMSDC. Coordenação de Saúde Mental. **Protocolo para atenção à demanda espontânea de pessoas em sofrimento mental nos serviços de atenção primária à saúde**.
Fonte:

https://docs.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MYzi2YjVjMjMtZTZmMi00NjVILWJhM2ItZTQwZTJhYmI4N2Jk/edit?hl=pt_BR&pli=1. Acesso em: 24/11/2011.

SOARES, G.A.D.; MIRANDA, D.; BORGES, D. **As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SOUZA, E.R. et al. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, 2009. vol.33 no. 3, jun/set.

VALADARES, F.C.; SOUZA, E.R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. V. 15, n.6, p.2763-2774, 2010.

VASCONCELOS, E.M.(org) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora: 2010. 162p.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F.G. Famílias que se comunicam através da violência. In: NJAINE K et al (org). **Impactos da Violência na Saúde**. 2ed – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, p.197-214, 2009.

SILVA JUNIOR, A.G.S.; CARVALHO, L.C.; SILVA, V.M.N.; ALVES, M.G.M.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (org) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO. p.61-90, 2006.

6 - CONCLUSÕES

As pesquisas que deram origem a esta tese buscaram abordar a partir do olhar por ângulos distintos o processo de inserção do tema violência no campo da atenção em saúde mental. Nesse sentido percebemos grandes avanços desde o período de realização da primeira pesquisa, onde a temática era pouco abordada e conhecida, até a conclusão desta tese, quando observamos uma ampliação das recomendações para a abordagem da questão na Política de Saúde Mental, nas discussões, eventos e mobilizações das categorias profissionais, e nas percepções e práticas dos gestores e profissionais da atenção à saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Entre os resultados encontrados neste estudo destacamos a cobertura da atenção em saúde mental no município do Rio de Janeiro ainda insuficiente em relação ao tamanho de sua população e a complexidade das questões sociais presentes. No entanto, ressaltamos o incremento dessa rede nos últimos anos com a ampliação e diversificação dos serviços tipo CAPS, a abertura novos de Serviços Residenciais Terapêuticos, o direcionamento das emergências psiquiátricas para fora dos grandes hospitais, e a criação dos consultórios de rua, apesar de em número muito aquém do necessário. Esta ampliação da rede extra-hospitalar de assistência é um fenômeno nacional apontado no pelo Ministério da Saúde¹⁴⁰ como resultado do processo de implementação da Política de Saúde Mental no país. Segundo esta publicação houve nos últimos anos (de 2006 a 2010) um processo de expansão e interiorização da rede CAPS que atingiu mais intensamente os municípios com menos de 500.000 habitantes, apesar de também ser percebida nos municípios maiores como é o caso do Rio de Janeiro.

Em termos da estrutura física disponível nos serviços tipo CAPS, observamos que estes atendem bem as prerrogativas estabelecidas na política que regulamenta os serviços. No entanto, observamos que muitos se recusaram a participar da pesquisa por

não possuem dados informatizados o que dificultava a resposta ao instrumento, e por apresentarem uma sobrecarga excessiva de trabalho, o que compreende parte dos limites desta pesquisa. Os problemas relacionados à estrutura física foram mais marcantes nos serviços de emergência e ambulatório. No primeiro, foi alarmante a constatação dos entrevistados de que não há suprimento de hotelaria como roupas de cama, banho e vestimentas para os internos, falta veículo de transporte para transferência, e apenas 6 leitos para atender a área programática de referência que congrega mais de dois milhões de habitantes. Destacamos que tanto a emergência quanto o ambulatório não contam com registro dos casos recebidos, nem o preenchimento de prontuário único o que impossibilita a avaliação continuada dos casos, a análise da demanda dos serviços e o planejamento das ações a serem desenvolvidas, sendo esta falta de informações mais um dos limites encontrados.

Em relação aos recursos humanos disponíveis nos serviços, foi possível levantar apenas os dados sobre os CAPS, que apontam para uma sobrecarga duas vezes maior que o preconizado na Política de Saúde Mental. Tal constatação tem influência na qualidade da atenção ofertada e é relatada pelos profissionais de todos os serviços da rede ao considerarem que muitos casos não são devidamente acolhidos nos serviços para os quais são encaminhados.

Entre as ações desenvolvidas pelos serviços foram mais presentes: o atendimento individual e em grupo, atividades comunitárias, integração do paciente a suas famílias e comunidade, atendimento em oficinas terapêuticas, promoção do autocuidado e atenção a crise. Ainda para os serviços CAPS, a atenção domiciliar, o acompanhamento pós-alta, e o encaminhamento para a rede de proteção social foram mais citados. Por sua vez a atenção relacionada à temática da violência como, o atendimento a autores da violência e o registro da notificação dos casos suspeitos ou confirmados tiveram menor desempenho. Durante as entrevistas, os profissionais

destacaram o fato de muitas vezes realizarem o atendimento a familiares autores de violência como uma prática cotidiana, mas não identificarem esta ação como atenção a autores de violência.

Apesar das informações prestadas pela gestão de que há um processo de capacitação em curso sobre a temática da violência, nenhum dos entrevistados informou ter participado dessas ações, o que reflete que as referidas capacitações não ocorreram ou não atingiram o objetivo esperado. São reflexos dessa falta de capacitação dos profissionais, por exemplo, a ausência de notificações dos casos de violência na grande maioria dos serviços, a ausência de registro do atendimento em alguns serviços e análise sistemática dos mesmos para o planejamento das ações, além da equivocada identificação da Secretaria de Desenvolvimento Social como principal interlocutor do município no que se refere ao destino das notificações. Nesse cenário, a construção de estratégias amplas de prevenção da violência não é realizada, além de ser pouco identificada como possibilidade de ação, por parte de alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. Apenas para os serviços que priorizam a atenção a crianças e adolescentes o fluxo de atendimento e notificação parece melhor construído, apesar de não haver dados sistematizados sobre esses casos.

Cabe destacar que ao longo do período de realização desta pesquisa houve um processo de incorporação do tema da violência nas práticas da Secretaria de Saúde do município com incentivo a sensibilização/capacitação de seus profissionais. Para este fim foi construído um material informativo sobre a temática saúde mental e violência direcionado aos profissionais da Atenção Básica, no entanto tais ações tiveram curso após concluída a etapa de campo desta pesquisa não sendo portanto objeto de nossa análise¹⁴¹.

A formação profissional e as orientações para o bom exercício da profissão em relação à temática da violência foi apontada pelos representantes dos Conselhos de

forma bastante dispare. Para as profissões como a medicina e enfermagem que são mais direcionadas para a atenção aos aspectos físicos, o diagnóstico da violência é mais associado à identificação de lesões e traumas, e a discussão sobre o tema surge nos Conselhos a partir da estratégia de reconhecimento da importância do papel destes profissionais em identificar, notificar e encaminhar devidamente os casos. Já para os profissionais do serviço social e da psicologia a violência assume um caráter mais amplo e é relacionada também às situações de opressão, ameaça, humilhação, abandono e negligência. Os entrevistados reconhecem a violência como um fenômeno complexo que se inscreve nas relações entre humanos sobre o qual é cabível a intervenção de seus profissionais. Nesse sentido, esses órgãos vêm desempenhando ações focais e amplas onde o tema da violência é abordado de forma a orientar seus afiliados. Apenas para o representante dos terapeutas ocupacionais a violência não é vista como objeto de sua intervenção profissional, o que demonstra a falta de conhecimento sobre a política analisada nesta pesquisa. Observamos também que a ausência da participação dos Conselhos durante o processo de discussão e elaboração do plano municipal de enfrentamento da violência vem prejudicando a participação desses órgãos quanto a implementação da Política que poderia contar com estes atores como parceiros na divulgação e orientação de seus profissionais. Apesar dessa pouca integração entre Conselhos e Prefeitura a maior parte dessas entidades tem produzido materiais informativos, discutido o tema em eventos e fóruns, o que reflete seus esforços por atualizar a temática da violência como questão pertinente à saúde e a atuação de seus profissionais. Por sua vez observamos que a formação profissional vem gradativamente incluindo o tema em suas grades de formação nas cinco categorias abordadas o que expressa uma mudança importante nesse campo, entretanto seria pertinente que esta questão fosse analisada nos espaços de formação o que não foi realizado nesta pesquisa.

A compreensão do que é violência e de como as expressões desse fenômeno chegam ao campo da atenção à saúde mental é percebida de forma distinta entre gestores e profissionais da atenção a saúde mental. Segundo relatos dos gestores, a violência mais percebida é aquela que se refere à macropolítica, a violência urbana, a violência da pobreza, das más condições de trabalho e de vida. Nesse contexto, na concepção desses entrevistados pouco poderia ser feito no campo da atenção a saúde mental para intervir nestas situações. Já para os profissionais da atenção em saúde mental o fenômeno da violência é identificado de forma mais ampla e diversificada. Nesse sentido, sobretudo no campo das relações interpessoais e comunitárias, as formas de violência mais visíveis e que mais chegam aos serviços são: intrafamiliar, expressa nas relações conflituosas entre membros de uma mesma família, que podem chegar a agressões verbais, físicas, sexuais, negligências e abandono; comunitária, expressa principalmente no preconceito contra o portador de transtornos mentais, podendo levar a ameaças, humilhações e agressões verbais e físicas; a violência urbana, presente, principalmente, nas tensas relações das comunidades que convivem com grupos armados e tráfico de drogas; a violência nas relações de trabalho, que se expressa por vínculos precários, baixos salários, equipes reduzidas. Ainda entre este último grupo, a temática da violência é reconhecida como campo de intervenção das práticas de atenção a saúde mental cotidianamente, sendo que os serviços mais direcionados ao atendimento de crianças e adolescentes e usuários de álcool e outras drogas relatam que o fenômeno está presente na grande maioria dos casos que chegam às unidades.

Como a violência é um fenômeno complexo e não específico do setor saúde, os próprios usuários dos serviços não costumam direcioná-lo como queixa principal apresentada aos serviços. Pelo contrário, a violência somente é relatada após um período de vinculação e acolhimento, que é entendido pelos profissionais como parte do processo da “clínica”. Esta clínica é descrita como o ato de acolher, escutar,

disponibilizar-se a ouvir e intervir. A partir desse entendimento, muitos dos entrevistados não reconheciam em seu trabalho a presença de ações relacionadas ao tema da violência, seja porque a atenção ao usuário é bem mais complexa que apenas a identificação ou não da violência, mas também, porque a violência surge nesse contexto da clínica como algo que diz sobre a forma que aquele sujeito e suas famílias vivenciam relações desiguais, o que é alvo de intervenção da área da saúde mental. Este olhar para a atenção ampliada da clínica é discutido em estudos e pesquisas sobre os cuidados prestados pelos CAPS como aponta, por exemplo, Martin *et al*¹⁰⁵ ao investigar os casos de depressão entre mulheres que buscam atendimento nos CAPS de São Paulo.

Apesar de nenhum dos entrevistados ter afirmado a presença de um protocolo sobre o fluxo dos casos de violência que chegam aos serviços, foi possível compreender que há conhecimentos e um conjunto de estratégias construído para a atenção e estes casos, sendo este o principal avanço encontrado nesta pesquisa. Este fluxo considera que todos os casos devem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar, o que é preconizado em ambas às Políticas. Todos os profissionais consideram-se sensíveis para identificar situações onde há suspeitas de violência seja ela física, psicológica, monetária, estrutural, entre outras. As suspeitas de violência são consideradas um indicador importante para a definição do projeto terapêutico dos pacientes, isto é, quando avaliado que se trata de uma situação de maior vulnerabilidade há a recomendação de tratamento mais intensivo, visitas domiciliares e apoio às famílias. Quando deflagradas situações de violência, os casos são discutidos em equipe e, se necessário, levados a supervisão. O registro em prontuário parece ser a principal forma de construção do histórico dos casos, no entanto nem todos os serviços tem esse recurso. Observamos por fim que estes conhecimentos eram ainda pouco sistematizados e nesse sentido o atendimento às vítimas e a prevenção da violência tinham pouca visibilidade. Assim, esperamos que os achados desta pesquisa contribuam para maior visibilidade

dessas práticas e possam contribuir para uma melhor dinâmica da rede de atenção à saúde mental.

A notificação da violência foi relatada apenas nos casos onde são identificadas crianças e adolescentes vitimizados. Nestes casos o fluxo conforme preconiza a PNRMAV é devidamente realizado, contando com o apoio do Conselho Tutelar da região. Quando perguntados sobre a notificação dos casos de violência para adultos, a maior parte dos profissionais atribuía ao termo “notificação” o conceito de “denúncia”, direcionando o caso as delegacias ou Ministério Público, atribuindo a essa uma atuação restritiva e policial, o que novamente demonstra a falta de capacitação destes profissionais. Essa identificação da violência como um fenômeno que muitas vezes diz respeito apenas à polícia ou a justiça é discutido por vários autores ao pesquisarem o processo de inclusão da violência na agenda da saúde pública³⁰.

A articulação com a rede de saúde e proteção social foi relatada por todos os profissionais entrevistados como um passo importante na atenção aos casos de vítimas da violência que chegam aos serviços de saúde mental, no entanto, tal articulação foi sempre mal avaliada. Segundo os entrevistados, não há a institucionalização dessa rede de apoio, já que todos os contatos e parcerias são realizados pela via das relações pessoais entre os profissionais que atuam nos diferentes serviços, o que exige, muitas vezes, que cada profissional construa sua rede pessoal que deve ser sempre refeita a cada caso. Os reflexos dessa rede ainda não institucionalizada estão presentes, sobretudo, nos problemas relatados pelos entrevistados como casos não bem sucedidos, uma vez que a falta de uma melhor interlocução entre os diferentes atores fragiliza o trabalho e penaliza o usuário. A elevada rotatividade dos recursos humanos reflexo da política de terceirização que fragiliza os vínculos profissionais, a precária estrutura dos serviços (falta de telefone, de veículo de transporte, poucos profissionais e serviços para o acolhimento adequado da demanda), e ainda a não institucionalização da rede de

prevenção da violência na área abordada, surgem como os principais problemas que dificultam a realização de uma melhor qualidade dessa atenção. De forma oposta, todos os casos relatados como bem sucedidos consideraram a integração interna da equipe do serviço, e a integração da rede acionada para o caso, o que demonstra que apesar dos problemas institucionais estas equipes exercem um esforço imenso na condução de cada caso atendido.

A prevenção da violência não foi compreendida como uma ação cabível para a área da saúde mental, tanto por parte dos gestores como de alguns profissionais da atenção. Os argumentos apresentados por estes dois grupos de entrevistados pautou-se na concepção de violência restrita ao âmbito urbano e estrutural, por isso, extrapolando assim as possibilidades de intervenção dos serviços de saúde. Já para a maior parte dos profissionais que atuavam nos serviços de saúde mental, a violência pode ser prevenida segundo duas vertentes: a identificação precoce e intervenção nos casos, e a intervenção na cultura. Esta última forma de intervenção foi mais valorizada por todos os entrevistados, o que é um dos principais objetivos da Política de Saúde Mental.

Apesar da excessiva sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde identificada nesta pesquisa, a realização da etapa qualitativa teve grande aceitação por parte das equipes. No entanto, para a etapa quantitativa tivemos pouca aceitação o que limitou a abrangência das análises realizadas, não sendo possível aprofundar questões sobre a população atendida.

Por fim, voltando aos pressupostos desta tese, concluímos que o fenômeno violência vem sendo inserido como um dos objetos de atenção da rede de saúde mental, e gradativamente tem ganhado mais visibilidade. Por sua vez, as ações desenvolvidas por essa rede encontram peculiaridades e levantam questões muito delicadas sobre o cuidado, a clínica e o vínculo que merecem ser consideradas quando articuladas as ações preconizadas pela PNRMAV.

7 - REFERÊNCIAS

1. Brasil. Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: D.O.U. de 9.4.2001.
2. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
3. Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
4. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002; 18(6): 1803-1807.
5. Guljor APF. *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso*. [tese] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União 2001 maio 18:1E*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. (Série E. Legislação de Saúde, 8).
7. Santos NC. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso*. [tese] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005.
8. Deslandes SF. *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, internações e desafios*. [tese] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

9. Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Rev. bras. educ. méd.* 2005; 29(1):55-63.
10. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. (org). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e EAD/ENAP. 2009; 21-42.
11. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayi MCS, Souza ER. *Violência Sob o Olhar da Sapude a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
12. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde*. 1998; IV (3):513-531.
13. Bauman Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
14. Bauman Z. *Globalização as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999.
15. Wieviorka M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social Revista de sociologia da USP*. 1997; 9(1):5-42.
16. Santos M. *Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2009.
17. Wieviorka M. Pour comprendre La violence: l'hypothèse du sujet. *Sociedade e Estado*. 2004; 9(1): 21-51.
18. Kleinert S, Horton R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. *The Lancet Saúde Brasil*. 2011;1-5.
19. Souza Santos B. *Pela Mão de Alice. O Social e o Político na Pós-Modernidade*. São Paulo: Cortez. 2ªed. 1996.
20. Pinheiro OS. Violência, crime e sistemas policiais em países de nova democracia. *Tempo Social Revista de Sociologia da USP*. 1997; 9(1):43-52.

21. United Nations Office of Drug and Crime (UNODC). *2011 Global Study on Homicide trends, contexts, data*. Vienna: UNODC. 2011: 125.
22. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet 2011*: 75 – 89.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009/ Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
24. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002.
25. Soares SRS. *Respostas Brasileiras à Violência Urbana no Campo da Segurança Pública: os movimentos sociais e as organizações não-governamentais*. [tese] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2008.
26. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões à partir do campo da Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 04(1): 7-32.
27. Prata PR. The Epidemiologic Transition in Brazil. *Cad. Saúde Públ.* 1992; 8 (2):168-175.
28. Prata P R. *Uneven Development and the Inequality of Mortality in Brazil*. [Tese de Mestrado]. Leeds: Department of Public Health Medicine, Leeds University. 1989.
29. Brasil. *Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em 24 de novembro de 2011.
30. Brasil. Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: *Diário Oficial* de 24 de setembro 1997.

31. Faleiros ET, Leal MFP, Leal ML, Castanha N. (org). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. 3ed. Brasília: SEDH/DCA. 2002.
32. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 11(supl): 1259-1267.
33. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.2006: 132.
34. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(supl): 1211-1222.
35. Souza ER, Valadares FC. Políticas Públicas de prevenção dos acidentes e violências no âmbito da saúde: avanços e perspectivas. In: Lima MLC, Falbo Neto GH (org). *Avaliação da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes*. Recife: Ed Universitária da UFPE. 2012: 21-29.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 936 de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União nº 96*. Brasília. 20 maio 2004.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos de crianças e adolescentes atendidas nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília. *Diário Oficial 206*, de 26 de outubro de 2001.
38. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados. Brasília. *D.O.U.* de 25/11/2003.

39. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília. *D. O. U.* de 03/10/2003.
40. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: *SPM*. 2004.
41. Brasil. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília: s.n, 2005.
42. Brasil. Conselho Nacional de Direitos dos Idosos. *Plano de ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa 2007-2010*. Brasília: Presidência da República/SEDH, 2007.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.608/GM de 28 de dezembro de 2005. Define recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Site: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2608.htm>. Acesso em 19/02/2010.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília. *D. O. U.* de 31/03/2006.
45. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília. *D.O.U.* de 8.8.2006.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília. Site: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>. Acesso em: 09/03/2013.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356 de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).Brasília. Site: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p1356.pdf>. Acesso em: 09/03/2013.
48. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (2008) Site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf Acesso em: 09/03/2013.
49. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº. 11.705 de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília. *D.O.U.* de 20.6.2008.
50. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº. 12.760 de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília. *D.O.U.* de 21.12.2012.
51. Souza ER, Ribeiro AP, Constantino P, Valadares FC, Figueiredo AEB, Silva JG, Correia BSC, Minayo MCS. *Avaliação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde do Brasil frente à Política de Redução de Morbimortalidade por*

- Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ. (Relatório de Pesquisa). 2012.
52. Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Projeto Promoção da Saúde. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002; 36(1): 114-117.
53. Organização Mundial da Saúde. *Informe mundial sobre prevenção dos traumatismos causados pelo trânsito: resumo* [monografia na internet]. Genebra: OMS; 2004 [Acesso em 19 de janeiro 2013]. Disponível em <http://www.who.int>.
54. Souza ER, Minayo MCS, Franco LG. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007; 16(1): 19-31.
55. Souza ER, Njaine K, Ribeiro AP, Valadares FC, Minayo MCS. *Avaliação do Processo de Implantação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Municípios de Palmas, Fortaleza, Campo Grande, Rio de Janeiro e Florianópolis*. [Relatório Técnico]. Rio de Janeiro: CLAVES. 2009.
56. Souza ER, Ribeiro AP, Valadares FC, Silva JG, Njaine K, Minayo MCS. *Avaliação do Processo de Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito*. [Relatório Técnico]. Rio de Janeiro: CLAVES. 2013. [prelo]
57. Souza ER, Constantino P, Deslandes SF, Minayo MCS, Njaine K, Assis SG, Ribeiro AP, Silva JCV, Lemos M. *Projeto de Assessoria, Capacitação e Avaliação das ações de Implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. [Relatório técnico]. Rio de Janeiro: CLAVES. 2008.
58. Minayo MCS, Deslandes SF. (org). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

59. Souza ER, Assis SG, Minayo MCS, Pires TO. Magnitude dos Acidentes e Violências nas cinco capitais. In: Minayo MCS, Deslandes SF (org). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007: 86-108.
60. Cavalcanti MLT, Deslandes SF, Minayo MCS. Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. In: Minayo MCS, Deslandes SF (org). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007:109-137.
61. Souza ER, Constantino P, Deslandes SF, Minayo MCS, Njaine K, Assis SG. *Projeto de Assessoria, Capacitação e Avaliação das Ações de Implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves. 2008.
62. Lima MLC, Falbo Neto GH. (org). *Avaliação da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.
63. Souza ER. *Análise Diagnóstica de Sistemas Locais de Saúde para Atender aos Agravos Provocados por Acidentes e Violências contra Idosos*. [Relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Claves/CNPq, 2008.
64. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2775-2786.
65. Lima MLC, Souza ER, Acioli RML, Bezerra ED. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2687-2697.

66. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de violência em distintas regiões do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2729-2740.
67. Valadares FC, Souza ER. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2763-2774.
68. Foucault M. *História da Loucura da Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva. 1999.
69. Foucault M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes. 1987.
70. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Organizado e traduzido por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.
71. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
72. Castel R. *A ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
73. Birman J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
74. Birman J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
75. Scherrer-Warren I. *Redes de movimentos sociais*. 2ª Ed. São Paulo: Edições Loyola. 1996.
76. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(12): 4579-4589.
77. Amarante P. Novo Sujeitos, Novos Direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 1995; 11(3): 249-263.

78. Resende H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: Tundis AS, Costa NR. (org). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: editora Vozes. 1990; 15-73.
79. Lobosque AM. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond. 2001.
80. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 8 (Supl II): S69-73.
81. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídios e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(Supl II): S62-8.
82. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(supl.2): S49-S57.
83. Souza ER, Minayo MCS, Njaine K. Tendência da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Acidentes na Década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER (org). *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003; 49-108.
84. Minayo MCS. A Violência Dramatiza Causas. In: Minayo MCS, Souza ER (org). *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003; 23-47.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília. 2007.
86. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 (Suppl 2): S263-72.
87. Romaro RA. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Mudanças*. 2002; 10(1): 65-71.

88. Jacobina RR. O silêncio dos inocentes III: o cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício São João de Deus. *Rev. baiana saúde pública*. 2004; 28(1): 50-64.
89. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(6): 786-791.
90. Feijó RB, Oliveira ÉA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77(Supl.2): S125-S134.
91. Grunspun H. Violência e Resiliência: a criança resiliente na adversidade. *Bioética*. 2002; 10(1): 163-171.
92. Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: suportes legais para intervenção. *Interação em Psicologia*. 2003; 7(2): 121-128.
93. Faúnes A, Rosas CF, Bedone AJ. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(2): 126-35.
94. Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(supl.2): s51-s55.
95. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr*. 2005; 81(5 Supl): S197-S204.
96. Carvalho IS, Coelho VLD. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. *Estud. psicol*. 2005; 10(2): 231-238.
97. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín*. 2006; 33(2): 43-54.
98. Laks J, Werner J, Miranda-Sá JRLS. Psiquiatria Forense e Direitos Humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(Supl II): S80-5.

99. Leal SMC, Lopes MJM. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. *Ciênc. cuid. Saúde*. 2006; 5(3): 309-316.
100. Benetti SPC, Ramires VRR, Schneider AC. Adolescência e Saúde Mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(6):1273-1282.
101. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(4): 290-296.
102. Schraiber LB, D'oliveira AF, França-Junior I. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2007; 41(5):797-807.
103. Rodrigues DT. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):77-80.
104. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. Epidemiol*. 2007; 10(3): 310-322.
105. Oliveira EM, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev. RENE*. 2007; 8(2): 93-100.
106. Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(4): 591-597.
107. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*. 2008; 35(4):144-53.
108. Silva IV, Aquino EM. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(9): 2103-2114.

109. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 877-885.
110. Duarte CS, Bordin IA, Santos GGR. Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(2): 487-496.
111. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(2): 477-486.
112. Fonseca AM, Galduróz JCF, Tondowski CS. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(5): 743-749.
113. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky D. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(12): 2725-2736.
114. Nunes MAA, Ferri CP, Manzolli P. Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil--ECCAGE study. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(66): 2-8.
115. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(10): 983-8.
116. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Júnior I. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4): 658-666.
117. Sá DGF, Bordin IAS, Martin D. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicol. teor. Pesqui*. 2010; 26(4): 643-652.
118. Silva MA, Falbo Neto GH, Figueiroa JN. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2): 264-272.

119. Nunes MAA, Camey S, Ferri CP. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health*. 2011; 21(1): 92-7.
120. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço*. Brasília: Ministérios da Saúde. 2001.
121. Padovani RC, Williams LCA. Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. *Psicol. ciênc. Prof.* 2008; 28(3): 520-535.
122. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(supl.1): 101-108.
123. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4): 1177-1182.
124. Schenker M, Cavalcanti FG. Famílias que se comunicam através de violências. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. (org). *Impactos da violência da saúde*. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ EAD/ENSP. 2009; 197-214.
125. Oliveira AR, D'oliveira AF. Gender-violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in São Paulo City. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5): 868-76.
126. Quayle J. Violência de gênero e saúde reprodutiva: subsídios para o psicólogo hospitalar. *Mudanças*. 2006; 14(1): 79-84.
127. Lima MADS, Rückert TR, Santos JLG. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2009; 30(4): 625-632.
128. Arpini DM, Soares ACO, Bertê L. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicol. rev.* 2008;14(2): 95-111.

129. Valenca AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(Supl II):S62-8.
130. Valença AM, Nascimento I, Mecler K. Comportamento violento, gênero e psicopatologia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2010; 13(2): 238-252.
131. Silva RA, Jansen K, Godoy RV. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(12): 2737-45.
132. Peluso ÉTP, Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1): 19-24.
133. Gawryszewski VP, Kahn T, Mello Jorge MH. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(4): 627-33.
134. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saude Publica.* 2003; 37(6): 751-759.
135. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(5): 1089-1097.
136. Deslandes SF, Minayo MCS, Souza ER, Carmo CN, Souza VR. Escolhas, alianças e vivências na dinâmica da pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes S. *Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências.* 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
137. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
138. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* São Paulo: Hucitec; 2006.

139. Minayo MCS, Cruz Neto O. Triangulação de métodos em la evaluación de programas y servicios de salude. In: Brofman M, Castro R. (orgs.). *Salud, Cambio y Politicas*. Ciudad de México: Edamex. 1999; p.65-80.
140. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
141. Felisberto AC, Ciancio RM. *O Cuiado Ajuda a Reatar Laços cartilha sobre saúde mental e violência para os agentes comunitários de saúde*. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Rio de Janeiro, 2013.