



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Isabelle Araujo Varvelo Soares

**A notificação de violência interpessoal e autoprovocada como estratégia de prevenção,  
manejo e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Rio de Janeiro

2020

Isabelle Araujo Varvelo Soares

**A notificação de violência interpessoal e autoprovoada como estratégia de prevenção,  
manejo e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elisa Bastos Figueiredo

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Batista Andrade

Rio de Janeiro

2020

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Título do trabalho em inglês: Notification of interpersonal and self-inflicted violence as strategy for prevention, management and care in Psychosocial Care Centers (CAPS)

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S676n Soares, Isabelle Araujo Varvelo.  
A notificação de violência interpessoal e autoprovocada como estratégia de prevenção, manejo e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) / Isabelle Araujo Varvelo Soares. -- 2020.  
151 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Ana Elisa Bastos Figueiredo.  
Coorientadora: Cristiane Batista Andrade.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Violência. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Assistência à Saúde. 5. Notificação. 6. Centros de Atenção Psicossocial. 7. Profissionais de Saúde Mental. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Isabelle Araujo Varvelo Soares

**A notificação de violência interpessoal e autoprovocada como estratégia de prevenção,  
manejo e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 11 de Maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariângela Aparecida Rezende Aleixo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kathie Njaine  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Batista Andrade  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elisa Bastos Figueiredo  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo fundamental para percorrer este árduo percurso.

Ao meu companheiro Lucas, que dedicou sua paciência, afeto e compreensão com minha vivência na pós-graduação ‘em trânsito’ enquanto também travou suas próprias batalhas.

As amigas Marcela e Tahamy que sustentaram minha ausência tão marcante deste período, mas que se mantiveram próximas e sempre cuidadosas.

À querida turma do Mestrado da Área de Sociedade, Violência e Saúde do ano de 2018 que pela união, engajamento e criticidade possibilitou a ressignificação e sustentação deste processo. Em especial às belíssimas amigas que criaram raízes em minha vida: Thayana, Higor e Juliana.

Ao Luiz e Mabel, que me receberam em sua casa e me permitiram estar acolhida no período no Rio de Janeiro.

A Cristiane, com quem tenho o privilégio de aprender e compartilhar experiências e a Ana Elisa por toda sabedoria e sorte transmitida. Agradeço sobretudo a ambas pela parceria e paciência empenhadas.

A Leonardo Simonini pela disponibilidade e por oferecer recursos e saberes fundamentais para a vida acadêmica.

A todos os profissionais da ENSP e do CLAVES, sempre afetuosos e preocupados, em especial minha companheira de café Izabel, aos queridos Adriano, Telma e Lícia e a Marcus pelo auxílio na defesa da dissertação em tempos de pandemia e contatos virtuais.

À Kathie Njaine, Rita Louzada e Mariângela Aleixo pelas contribuições para realização desta dissertação.

Por fim, mas não de menor importância a todos os usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental, em especial meu *Tio Querido* (em memória). Pessoas com quem tive o privilégio de me formar não só como trabalhadora e militante, mas como pessoa e cidadã. A vocês minha eterna inspiração e gratidão.

## RESUMO

Os serviços de saúde mental são espaços de acolhimento, vínculo e construção de relações permeáveis para que os casos de violência encontrem não só cuidados, mas também fortalecimento para enfrentamentos possíveis, sendo assim espaços potentes também para elaboração de estratégias de enfrentamento dessa problemática. Uma destas estratégias está relacionada à produção de informações sobre a saúde da população e seus desdobramentos em políticas públicas que possam promover saúde, cidadania e qualidade de vida. Neste sentido, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) problematiza as diversas formas de violência, as fontes de informação e dados existentes nos sistemas de vigilância brasileiros, com o acréscimo das categorias de violência doméstica, sexual, auto provocada e outras violências na relação da lista de agravos de notificação compulsória dos serviços de saúde para os sistemas de vigilância epidemiológica. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se organizam como espaços de prevenção, manejo, cuidado e notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada. A pesquisa de caráter qualitativo – descritivo e analítico – usou entrevistas semiestruturadas com nove profissionais de CAPS (gerentes, nível superior, nível médio) de uma cidade da região metropolitana de São Paulo, para compreender as concepções, ações e estratégias de enfrentamento da violência interpessoal e autoprovocada, bem como de suas notificações. A análise dos dados das entrevistas foi por meio da Análise de Discurso da Escola Francesa. Os resultados evidenciam: os discursos mostram a precarização dos processos de trabalho com atravessamentos pela hierarquização, normatização e controle, indícios de divisões entre os profissionais e o trabalho desenvolvido, mas ainda assim com a valorização dos processos partilhados. O perigo do ‘louco’ foi apresentado sob a ótica da violência contra o/a trabalhador/a, mas não problematizado como estigma e violência histórica que atinge pessoas em sofrimento psíquico; além de processos de naturalização e patologização da violência. Nos discursos sobre prevenção, manejo e cuidado há nuances do processo de patologização da violência que apenas se torna visível e assistida enquanto sofrimento/diagnóstico. Também se encontrou a individualização dos processos de cuidado e pouco conhecimento pelos profissionais da rede assistencial que se resumiu em espaços de investigação e denúncia. Sobre a notificação foi possível identificar a falta de recursos para sua compreensão e significado que levam a identificação como burocrática e sem repercussão no cuidado em saúde para os profissionais entrevistados. Ainda assim, houve a valorização da produção de informações e o apontamento da ausência de retorno das informações por parte da vigilância epidemiológica.

Palavras-chave: CAPS, Violência, Profissionais de saúde mental, Cuidado, Notificação.

## **ABSTRACT**

Mental health services are spaces for welcoming, bonding and building permeable relationships so that cases of violence can find not only care, but also strengthening for possible confrontations, thus being powerful spaces also for the elaboration of coping strategies for this problem. One of these strategies is related to the production of information about the health of the population and its consequences for public policies that can promote health, citizenship and quality of life. In this sense, the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (2001) discuss the various forms of violence, the sources of information and data existing in Brazilian surveillance systems, leading to the addition of the categories of domestic, sexual, self-provoked violence and others violence in the list of cases of compulsory notification from health services to surveillance systems. Based on the above considerations, this research aimed to understand how the Psychosocial Care Centers (CAPS) are organized as spaces for prevention, management, care and notification of cases of interpersonal violence and self-inflicted violence. To achieve this, a qualitative research - descriptive and analytical - was carried out through semi-structured interviews with nine CAPS professionals (managers, university level, high school level) from a city in the metropolitan region of São Paulo in order to understand their conceptions, actions and strategies to face interpersonal violence and self-inflicted violence, as well as their notifications. The analysis of the interviews' data was done through the Discourse Analysis of the French School and in this path we observed that: the speeches evidenced the precariousness of the working processes crossed by hierarchy, standardization and control, indicating divisions between the professionals and the work developed, but still with the valorization of shared processes. The danger of the 'crazy' was presented from the perspective of violence against workers, but not discussed as stigma and historical violence that affects people in psychological distress, indicating, among other points, processes of naturalization and pathologization of violence. Also present in the speeches on prevention, management and care were nuances of the process of pathologizing violence that only becomes visible and assisted in terms of suffering / diagnosis, also indicating the individualization of care processes and little knowledge by professionals in the care network, which was summarized in spaces for investigation and denunciation. Regarding the notification, it was possible to identify the lack of resources for its understanding and meaning that lead to the identification of this task as bureaucratic and without repercussions in health care, in the professionals' interviewed opinion. Even so, there was an appreciation of information production, but the lack of feedback from epidemiological surveillance was pointed out.

**Keywords:** CAPS, Violence, Mental health professionals, Care, Notificacion.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Autores, ano, país de publicação, objetivos, métodos e principais achados dos estudos da revisão integrativa.....	28
Tabela 2 - Frequência de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo notificações (2014 a 2016).....	66
Tabela 3 - Os (as) trabalhadores (as) participantes da pesquisa e suas trajetórias profissionais.....	72



## LISTA DE SIGLAS

ABC	Região metropolitana de SP composta pelas 7 cidades descritas
ABSex	Ambulatório de Transtornos da Sexualidade
AD	Análise do Discurso
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAM	Centro de Referência e Apoio à Mulher
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRI	Centro de Referência do Idoso
CVV	Centro de Valorização da Vida
EaD	Educação à Distância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC	Hospital de Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
NUTRATE	Núcleo de Trabalho e Arte
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento em Psiquiatria
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RH	Recursos Humanos
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SBC	São Bernardo do Campo
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIH	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional
UAT	Unidade de Acolhimento Transitório
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela
WEB	WWW – World Wide Web

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 OBJETO .....	12
1.2 PRESSUPOSTO .....	12
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	14
3.1. GERAL .....	14
3.2. ESPECÍFICOS .....	14
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	15
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	15
<b>Violência</b> .....	15
<b>Notificação</b> .....	18
<b>Prevenção, manejo e cuidado</b> .....	21
4.2. REVISÃO AMPLIADA.....	27
4.2.1 Revisão Integrativa da literatura.....	27
4.2.2 Autores Referenciais do Estudo.....	38
<b>Paulo Amarante: A Reforma Psiquiátrica e o Modelo de Atenção Psicossoci</b> .....	38
<b>Erving Goffman: A Mortificação do Eu, Instituições Totais e Estigma</b> .....	43
<b>Norbert Elias: O Processo Civilizador</b> .....	47
<b>Richard Sennett e o Declínio do homem público</b> .....	52
<b>Cristophe Dejours: A Organização do trabalho em saúde</b> .....	55
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	59
<b>6. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	60
6.1 TIPO DE PESQUISA .....	60
6.2 CAMPO .....	61
6.3. SUJEITOS/PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	62
6.4 ABORDAGENS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES .....	63
6.5 MÉTODO DE ANÁLISE.....	64
<b>7. ANÁLISES</b> .....	67
7.1 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO - A RAPS E OS CAPS ESTUDADOS .....	67
<i>O CAPS AZUL</i> .....	70
<i>O CAPS AMARELO</i> .....	71
<i>O CAPS VERDE</i> .....	72

7.2. TABELA 3: OS/AS TRABALHADORES(AS) PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS .....	73
7.3. O MOVIMENTO DO DISCURSO .....	87
EIXO CONCEITUAL <b>TRABALHO</b> .....	88
EIXO CONCEITUAL <b>VIOLÊNCIA</b> .....	100
EIXO CONCEITUAL <b>ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO, CUIDADO E MANEJO DE VIOLÊNCIA</b> .....	110
EIXO CONCEITUAL <b>NOTIFICAÇÃO</b> .....	120
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	136
<b>9. REFERÊNCIAS</b> .....	140
<b>10. ANEXOS</b> .....	146
1. ROTEIRO NORTEADOR DAS ENTREVISTAS.....	146
2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	149

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da trajetória de experiências nos serviços de saúde mental, onde as demandas trazidas pelos usuários e comunidades eram muitas vezes motivo e/ou resultados de situações de violência, vivenciei o cotidiano de trabalhar com as mais diversas realidades e contextos, onde em casos de violência atendia tanto agressores quanto vítimas.

No campo da Saúde Mental aprendi que no espaço do cuidado não cabia o julgamento moral. Entretanto, o que fazer com a angústia? Como tomar medidas diante de uma violência já em muitos casos naturalizada? Como romper com ciclos que já perduram por gerações? A violência estava marcada na vida daquelas pessoas e transbordava em todos seus espaços de vida, inclusive dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O cuidado, a escuta, o acolhimento, o apoio e disponibilidade sem dúvidas eram essenciais, porém também era necessário ainda potencializar a autonomia daqueles cidadãos, levar informação, trabalhar com a comunidade e contribuir de forma mais palpável com outras estratégias que contribuíssem para romper o circuito da naturalização e repetição da violência.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) de 2001 e a portaria que reconhece situações de violência como de notificação compulsória nos serviços de saúde (nº104/2011) tem como objetivo monitorar e fomentar novas estratégias, políticas e diretrizes de enfrentamento efetivas sobre as situações de violência. Constituiu-se assim como importante instrumento no cotidiano das equipes de saúde que convivem com tais situações.

Entretanto, a realidade vivida por mim enquanto profissional em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade de São Paulo era de falta de informação, de acesso e de encorajamento no uso das fichas de notificação compulsória – mesmo muitas vezes em casos de tentativas de suicídio que são comumente assistidos nas unidades de saúde mental.

O trabalho baseado no vínculo, na confiança e na construção de relações interpessoais desenvolvido nos CAPS faz com que a violência seja tratada muitas vezes em salas, com poucos atores e com poucos desdobramentos ‘extramuros’ das unidades.

Os tabus sobre o sigilo das notificações e repercussões de seu uso na realidade em que trabalhei faziam da vigilância em saúde e notificações estratégias não válidas e pouco utilizadas. Portanto, hoje a partir do ponto de vista de pesquisadora busco responder a algumas questões marcadas em minha prática profissional do trabalho em saúde presentes em minha trajetória até aqui: O que faz dos CAPS espaços de acolhimento a situações de

violência?; Quais tem sido as representações e estratégias de cuidado e enfrentamento da violência pelas equipes?; Qual o conhecimento sobre a PNRMAV e notificações pelos profissionais?; Como é o acesso e uso desse material pelas equipes dos CAPS que estão implicadas no cuidado?; E por fim: Qual é o papel dos serviços de saúde mental no enfrentamento e cuidado das situações de violência?

A investigação acerca de tais questões possibilitará compreender melhor a perspectiva dos trabalhadores dos serviços de saúde mental sobre a notificação compulsória de violências (dada relação de objetivos e premissas em comum das políticas), assim como a efetividade do uso de tal estratégia, ampliando a discussão sobre o tema ainda pouco explorada nos cotidianos destes serviços e em produções científicas do campo da saúde mental apesar da importância do debate sobre o enfrentamento da violência na construção histórica, cultural e ideológica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e das Políticas de Saúde Pública.

A pesquisa é apresentada a partir da justificativa para sua realização, com os contornos sobre qual objeto se busca investigar e qual pressuposto existe para a pesquisadora, seguida pelos objetivos de pesquisa e marco teórico que a sustenta, assim como os aspectos éticos. O percurso metodológico anuncia o tipo de pesquisa, campo, participantes e abordagens dos mesmos bem como seu método de análise, em que se apresenta o as unidades estudadas e os sujeitos com os movimentos de seus discursos sistematizados em quatro eixos conceituais: trabalho; violência; estratégias de prevenção, cuidado e manejo de violência e notificação. Por fim, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

## 1.1 OBJETO

Diante da contextualização inicial exposta, o objeto desta pesquisa será a notificação da violência interpessoal e autoprovocada e seu uso como estratégia de prevenção, cuidado e manejo no contexto dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

## 1.2 PRESSUPOSTO

Parte-se do pressuposto de que as fichas de notificação compulsória para casos de violência não são utilizadas pelos profissionais dos CAPS, que ainda têm como principais estratégias de cuidado e manejo para estas situações ações individualizantes e assim, não se utilizam de estratégias de caráter coletivo ou social para o enfrentamento da violência.

## 2. JUSTIFICATIVA

Tal proposta surge do processo de trabalho da própria autora/pesquisadora, que através de sua trajetória nestes serviços em uma cidade de São Paulo percebe a questão da violência como ponto sensível na oferta de cuidado tanto no que diz respeito à grande demanda trazida pela população que os procura, quanto pela forma como a questão é abordada e enfrentada pelos profissionais. A realidade vivida nesses espaços (mesmo que com populações diferentes: crianças e adolescentes, adultos psicóticos, usuários de álcool e outras drogas) mostrou que o trabalho baseado no vínculo, na confiança, na construção de relações apesar de potente muitas vezes contribuía para processos de individualização e patologização dos sofrimentos causados pelas situações de violência, produzindo um cuidado basicamente “intramuros” (em alusão a uma das pautas da Luta Antimanicomial sobre o cuidado “extramuros” das instituições para romper com lógicas manicomiais).

Esses processos de “lida” com as situações de violência nesses contextos não chegavam a problematizações coletivas, movimentações políticas, sociais e a sensação gerada era de grande impotência, visto que cada vez mais pessoas em sofrimento por essas situações procuravam cuidados em saúde mental nas unidades de saúde. Um ponto sensível dessa realidade passava pela ausência de produção de informações sobre tais situações de violência, especialmente no que diz respeito às notificações.

Pode-se destacar a relevância acadêmica deste estudo, visto a revisão de literatura realizada em que se buscou compreender quais eram as ações e estratégias das equipes de serviços de saúde mental utilizadas nos atendimentos e enfrentamento de situações de violência e que teve como resultados importantes a ausência de artigos na língua portuguesa ou sobre a realidade brasileira e latino-americana, além da ausência de discussão acerca da produção de informações e notificações da violência nos serviços de saúde mental.

Além disso, é importante pontuar a relevância social desta pesquisa diante do crescimento do sofrimento produzido em decorrência das vivências de violência em nossa sociedade e a necessidade de ampliar os olhares, discussões e organizações dos serviços de saúde mental para as estratégias de cuidado não só individuais e subjetivas, mas também de fortalecimento das estratégias coletivas e sociais de enfrentamento da violência, como ponto de pauta fundamental na agenda da saúde pública.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GERAL**

Descrever, compreender e analisar como os CAPS, de um município de São Paulo organizam-se como espaços de prevenção, manejo, cuidado e notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, a partir do relato dos profissionais de saúde.

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Compreender a opinião dos profissionais sobre o tema violência;
- Conhecer quais são os tipos de violências interpessoais e autoprovocadas e como os usuários vítimas desses atos violentos chegam para atendimento pelas equipes dos CAPS;
- Identificar quais são suas estratégias de prevenção, cuidado e manejo dos casos de violência;
- Verificar o conhecimento, significado e uso das fichas de notificação para casos de violência pelos profissionais de saúde mental.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DE TERMOS

Como ponto de introdução à fundamentação teórica deste estudo são apresentados alguns dos conceitos e termos considerados estratégicos para a compreensão das discussões e análises estruturantes da pesquisa. Vale ressaltar que em trabalho anterior – monografia – realizado para o curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ já se iniciou uma discussão sobre o tema da Violência e suas estratégias de cuidado, que serão alguns dos termos que se objetiva aprofundar e articular nas entrevistas para esta Dissertação. Além destes, é de fundamental importância contextualizar alguns conceitos relacionados ao manejo e prática dos profissionais nos serviços de saúde mental, explorando assim o paradigma da produção do cuidado em saúde, sua abordagem através de tecnologias leves como o acolhimento, a escuta e o vínculo e outras tecnologias como a produção de informação e dados em saúde através das notificações de violência.

#### **Violência**

A população brasileira tem vivido o impacto das situações de violência hoje sob diversas perspectivas, principalmente no que tange a saúde mental das vítimas diretas e indiretas ocasionando o aumento da demanda por cuidados no setor da saúde pública e em serviços de saúde mental. Diversos autores apontam tal cenário como repercussão da diminuição da qualidade de vida das pessoas pelos sentimentos de medo, insegurança desesperança e alienação, frequentemente relacionados ao surgimento de quadros psicopatológicos (MINAYO; SOUZA, 1998; REICHENHEIM, 2009; RIBEIRO et al, 2009; ASSIS; AVANCI, 2009; MARTIN et al, 2007 apud VALADARES; SOUZA, 2015).

Delgado (2012, p. 196) contextualiza a violência como:

Um fenômeno social de grande impacto sobre a subjetividade contemporânea presente na formação social brasileira através de formas de mortificação institucionais e violências urbanas, especialmente nas grandes cidades.

A violência aqui é compreendida como um fato marcado na história da humanidade e sua experiência frequente vêm se tornando elemento cotidiano em nossa sociedade através de constantes casos/situações de agressões físicas e verbais, abusos, assédios, ameaças, discriminações e mortes.

Minayo (2003, p. 25) aborda a questão da violência como múltipla:

No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados.

A violência, portanto não é construída por fator único, não tem origem típica ou população específica, mas sim uma estrutura heterogênea que hoje se configura como um problema social que vivemos mesmo com todas as suas transições e caracterizações ao longo da história e que demanda um olhar multidimensional com diálogos mais transversais diante de sua grande complexidade.

Minayo (2007) demonstra que nas últimas décadas na maioria dos países desenvolvidos e no Brasil os agravos à saúde em decorrência de situações de violência e acidentes (junto das doenças crônicas e degenerativas) vêm substituindo o espaço anteriormente ocupado pelas doenças infecciosas, pontuando que as condições socioeconômicas e ambientais e o avanço da ciência são fatores importantes para entender essa transição epidemiológica.

As análises da saúde para a problemática da violência passam então a acontecer quando tal fenômeno afeta a população e há demandas de ações de promoção, prevenção e assistência dos agravos à saúde em sua decorrência. É quando a violência passa a ser denominada segundo Minayo (2006) de “causas externas” na literatura em saúde e a ser reconhecida por órgãos como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990.

A declaração da violência como problema importante e crescente no panorama mundial foi apontada em 1996 na 49ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS pela resolução 45.25, levantando um alerta para seus desdobramentos nas comunidades e indivíduos. A OMS elabora um documento que marca o desenvolvimento de estratégias e políticas referentes à violência e saúde em muitos países: o 1º Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug, 2002). Tal documento traz recomendações para tratar a questão da violência em saúde de forma intersetorial e adequada ao contexto de cada país. A OMS, em seu relatório divide a violência em violência dirigida a si mesmo, violência interpessoal e violência coletiva, definindo-a de forma geral como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

(KRUG, 2002, p. 5)

No Brasil, com o fim da ditadura militar (1964-1985) e emergência de muitos movimentos sociais nos anos 1980, a pauta da violência entra para o debate sobre cidadania e fica marcada em diversos documentos e políticas, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, o Estatuto do Idoso de 2003 e a própria lei 10.216 de 2001 sobre a proteção e direitos de ‘pessoas portadoras de transtornos mentais’ – antes chamados de “loucos” -- e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, mais conhecida como lei Paulo Delgado.

Sobre a loucura, Frayze-Pereira (1984), informa que há duas tendências conceituais reconhecíveis: por um lado como uma experiência corajosa de desvelamento do real, de desmontagem e recusa do mundo instituído, sendo então encarada como *o saber*; e por outro lado (sendo a tendência mais forte) a loucura é descrita como uma falha da forma pessoal, consciente, normal, equilibrada e sadia de ser, um desvio do grupo social, sendo então o louco um ser *perigoso* para os outros e para si mesmo.

Com a conceituação acima vale contextualizar que a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) marca a conquista do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) no reconhecimento:

1. Do usuário de saúde mental como cidadão,
2. Do tratamento em liberdade através da construção de um modelo de atenção territorializado em substituição aos manicômios e
3. Da garantia de proteção social diante das inúmeras denúncias e casos de violência existentes sobre o tratamento oferecido em diversos manicômios e hospitais psiquiátricos nas décadas anteriores.

Desde então, o campo da saúde mental passou a ser convocado às situações de violência tanto vividas por seus usuários psicóticos – já marcados ao longo da história como vítimas de violências institucionais, por perdas de direitos e exclusões - quanto por uma nova demanda de sofrimento psíquico em consequência da vivência de violências por uma nova parcela da população.

Além da contextualização sobre o conceito de violência e sua construção no âmbito da saúde, é necessário ressaltar que há uma grande diversidade de tipos e modalidades de violência descritos na literatura. Para este trabalho, foi usada a discussão feita por Minayo (2007) que descreve a violência como composta por atuações que podem provocar danos à própria pessoa, a outras pessoas e à sociedade em geral, com reproduções em sua estrutura e nas relações e subjetividades. A mesma autora tece problematizações sobre violências que ultrapassam o teor estrito das relações interpessoais, como a violência criminal, estrutural,

cultural e institucional, mas também reafirma o impacto destas no campo subjetivo e relacional dos sujeitos como a violência racial, de gênero e contra a pessoa deficiente.

Diante do objetivo desta pesquisa, foi ressaltada a definição sobre a violência interpessoal e autoprovocada e, pela grande abrangência dos dois termos, também foram definidas algumas classificações quanto à natureza/formas de violência. Para Minayo (2007) a **violência interpessoal** é pautada na interação entre sujeitos, quando esta ocorre de forma intimidatória, discriminatória com produção de danos morais, físicos e até a morte. Já a violência **auto-infligida** ou **autoprovocada** é aquela relacionada às ideações e tentativas de suicídio, bem como a morte pelo seu ato e os casos e práticas de auto lesões.

A autora define a natureza dos tipos de violência de acordo com os tipos de abuso ou de maus-tratos, listando dentre eles os de ordem:

1. **Física**, com o uso da força para produzir lesões, traumas ou dores em outrem;
2. **Psicológica**, marcada pelas agressões verbais/gestuais que findam a humilhação e intimidação da vítima e muitas vezes levam ao isolamento da vítima do convívio social;
3. **Abuso sexual**, diz respeito a atos hétero ou homossexuais que visem a estimulação ou utilização da vítima para obter excitação sexual feitos de maneira imposta, sob situações de aliciamento, violência física e ameaças;
4. e **Negligência ou abandono** caracterizada pela ausência, recusa ou deserção do provimento de cuidados e atenção a sujeitos que dependem deles, como as crianças e adolescentes.

Mais especificamente em relação aos idosos, Minayo (2007) ressalta que também vem sendo utilizada a categoria **abuso econômico e financeiro** para situações de exploração econômica de maneira não consentida de seus bens e recursos.

### **Notificação**

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV (nº 737 de 2001) que problematiza a violência no país em suas diversas formas amplia a discussão acerca do tema e também o olhar para as fontes de informação e dados existentes, mostrando a importância de sua criação e expondo também falhas existentes nas políticas públicas de saúde.

Sobre a PMRMAV, Minayo, Assis e Souza (2017, p.50) indicam que:

Nesta política, a violência é tratada como um problema social e histórico e se situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. Tal política

encerra um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da realidade social brasileira, também o gera e o reproduz.

Com o objetivo de operacionalizar a PNRMAV foram elaboradas estratégias como a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA) em 2006, por meio da portaria nº 1.356/2006. O sistema VIVA se baseia em duas vertentes: via vigilância contínua e via inquérito periódico. A contínua é realizada a partir da vigilância sobre as fichas de notificação/ investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências produzidas pelos serviços de saúde e contidas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e a periódica pelas coletas de dados em serviços sentinela especificamente de urgência e emergência realizados a cada dois anos realizadas nos inquéritos.

Um dos pontos preconizados pela PNRMAV foi o desenvolvimento de ações e estratégias para registro, monitoramento e vigilância em saúde de casos de violência que trouxessem a possibilidade de criar novas políticas de enfrentamento, já que até então as principais informações sobre os casos no país especificamente provindo da saúde eram o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH) - que não tinham como objetivo principal levantamento de dados sobre a violência. Assim, a portaria nº 2.472/2010 é instituída com fins de tornar a notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada na relação de doenças e agravos da vigilância em saúde, avançando para que em 2011, pela portaria nº104/2011 o acréscimo ‘*outras violências*’ no termo faça com que toda situação de violência (independentemente do tipo) seja objeto também de notificação compulsória na Lista de Notificação Compulsória (LNC) que dispõe sobre a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação no país que alimentam o SINAN.

É importante esclarecer que:

Com sentido técnico específico para a saúde, a notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. (...). Dessa maneira, a Notificação Compulsória tem sido a principal fonte de informação da vigilância epidemiológica. (LIMA E DESLANDES, 2015, p.662).

De acordo com o documento Instrutivo de Notificação de Violência Sexual e/ ou Outras Violências do Ministério da Saúde (2011, p.6):

A Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e seu Instrutivo para o preenchimento foram

construídos em colaboração com gestores e profissionais de saúde do MS e de outras instituições governamentais das três esferas que compõem o SUS, de instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais. Essa ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências perpetradas contra si (violências autoprovocadas), contra outra pessoa ou contra grupos populacionais (violências interpessoais), conforme a definição de caso contida nesse instrutivo.

Através da ficha é possível indicar informações sobre a tipologia da violência, a gravidade, o perfil das pessoas envolvidas, sejam vítimas ou autores da agressão, o local de ocorrência além da evolução e encaminhamento sobre o atendimento realizado à vítima. O que se esperava com a criação destas portarias e instrumento, segundo o Ministério da Saúde (2011) era qualificar as notificações e informações sobre o panorama da violência na saúde para fomentar estratégias de planejamento e execução de políticas públicas para redução da morbimortalidade, promoção de saúde e da cultura de paz.

Portanto, as notificações são importantes recursos na produção de informações que fomentam discussões e sistematizações para a garantia de direitos e de políticas públicas que no caso, sejam direcionadas ao enfrentamento da violência.

Em consonância a essa visão e objetivo, os serviços e equipes de saúde mental - para além da assistência - como espaços/atores promotores de acolhimento, sigilo, respeito e, sobretudo dignidade, tornam-se cada vez mais permeáveis para que os casos de violência vividos pela população encontrem não só cuidados, mas também fortalecimento, estabelecendo-se assim como espaços potentes para elaboração de estratégias de enfrentamento dessa problemática, já que como afirma Delgado (2012) a violência tida como fenômeno social e fator determinado historicamente não pode ser reduzido a dimensões psicopatológicas.

A notificação com caráter obrigatório como instrumento de enfrentamento da violência previsto em lei é fruto de uma história de anos de lutas dos movimentos sociais em prol da diminuição desses casos e proteção das vítimas, que muitas vezes vivem com insegurança um forte silenciamento de suas vivências, encontrando em poucos espaços a oportunidade de expor a realidade vivida de forma protegida na busca de cuidado e cidadania. É sob essa perspectiva que se traça um paralelo com o histórico de luta e enfrentamento das situações de violência vividas por pessoas em sofrimento psíquico nos antigos manicômios pelo Movimento de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, que resultou no modelo assistencial instituído hoje como Rede de Atenção Psicossocial que tem justamente como princípios a oferta de espaços protegidos de acolhimento, de voz a todos, com garantia de cidadania e direitos sob a premissa do cuidado em liberdade, inclusive de escolhas.

Apesar de toda essa construção, Minayo, Assis e Souza (2017, p. 55) afirmam que a preparação dos profissionais para lidar com as vítimas de violências e acidentes é ainda muito deficiente. Minayo et al (2017) também problematiza que apesar da constatação através de produções científicas de uma progressiva internalização das diretrizes da PNRMAV nas práticas de saúde, a falta de avaliações que assegurem a qualidade de sua implementação, financiamento, pouco investimento na formação acadêmica e capacitação de profissionais para lidar com situações de violência demonstram a falta de garantias e fragilidade da incorporação dessa política no SUS.

É importante ressaltar que apesar da fragilidade na produção de notificações e no uso deste recurso, ele é um forte instrumento de luta para que tais dados, realidades e vivências ganhem espaço nas discussões e sistematizações a fim de garantirem avanços no campo das políticas públicas e garantias de direitos. Como salientam Njaine e Reis (2005, p. 330):

A melhoria da informação sobre essas causas permite formular políticas públicas bem delineadas e direcionadas e estabelecer prioridades. Entende-se que a informação é um direito de todos os cidadãos, de forma que sua produção não pode ficar restrita e servir apenas às instituições que a geraram ou ao meio acadêmico e científico. Seu uso social contribui para o conhecimento dos agravos à saúde da população, oferecendo instrumentos que contribuem para a transformação da sociedade e o crescimento da cidadania.

### **Prevenção, manejo e cuidado**

Sobre o termo prevenção, compreende-se aqui em seu sentido mais literal, ou seja, na perspectiva de ação ou conjunto de ações que visem evitar que uma situação específica ocorra, que haja precaução. Portanto, para este estudo foi usada a noção básica sobre as ações preventivas em saúde, descritas por Czeresnia (2003) como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A mesma autora define que a base do discurso preventivo está no conhecimento epidemiológico moderno e seu objetivo é o controle da transmissão de doenças e a redução de riscos e agravos.

Em relação ao manejo, para além do significado mais ‘simples’ que liga o termo ao manuseio ou à manipulação de algo, aqui será interpretado como a abrangência de diversos fatores utilizados com fins de assistência à saúde de sujeitos e/ou populações. Como salienta Figueiredo (2014, p. 1027), o manejo:

(...) do ponto de vista sistêmico, engloba os conhecimentos e as habilidades técnicas, gerenciais e políticas necessárias para transformar as principais demandas populacionais em ações e serviços coerentes, otimizados e resolutivos.

Portanto, o manejo foi considerado tanto sob a perspectiva biológica, como na produção e gestão do cuidado realizado entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental diante de suas demandas biopsicossociais.

Já o cuidado é um termo naturalmente associado ao zelo, atenção, cautela e responsabilidade. De acordo com Pinheiro (2008), a produção de ‘cuidado’ ganha importância através da vida cotidiana pela correlação entre sua oferta com o espaço da vida social e seus conteúdos históricos. A autora define:

O ‘cuidado’ consiste em um modo de agir que é produzido como ‘experiência de um modo de vida específico e delineado’ por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma dada sociedade. (PINHEIRO, 2008, p. 111)

Sobre a ‘prática do cuidar’, Pinheiro (2008) relata o seu início no ambiente familiar, doméstico e prevalentemente feito por mulheres (desde a Grécia Antiga), em que o saber prático era adquirido no cotidiano e ensinado através das gerações. Com a complexificação desses processos e práticas na sociedade, o ‘cuidado em saúde’ ultrapassou o campo dos procedimentos tendo seu significado relacionado à concepção da saúde - segundo a autora - como um ‘direito de ser’.

Essa transição da concepção demarca o cuidado em saúde para além da oferta de tratamento e assistência, passando a compreendê-lo como o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em sua complexidade. Para Pinheiro (2008), o cuidado em saúde acontece a partir da ação integral gerada pela relação e suas repercussões entre usuários, profissionais, instituições, constituindo-se assim como um processo resultante da ação interativa entre tais partes.

Pinheiro conceitua o ‘cuidado em saúde’ como:

(...) uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividades e a escuta dos sujeitos compõe os elementos inerentes à sua constituição. O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. (PINHEIRO, 2008, p. 113)

Para contextualizar a construção deste novo paradigma da produção do cuidado em saúde, Ayres (2004) resgata a progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica que tem transformado a Medicina, entendendo como positivos os avanços e maiores eficácias nas intervenções terapêuticas, realizadas com maior precisão e melhores prognósticos, mas



também apontando os processos de autonomização da realização de exames, a segmentação dos pacientes (em órgãos e funções específicas), os intervencionismos exagerados além da desatenção com possíveis aspectos psicossociais do adoecimento. O mesmo autor relaciona tal processo com uma crise da medicina, que acarretou insegurança sobre as práticas terapêuticas pela falta de sensibilidade às necessidades das pessoas.

Merhy (2003) fala sobre a crise para além da medicina, mas do modo de organização do sistema de saúde. Tal crise relatada pelo autor não passa apenas pelo âmbito financeiro, técnico ou científico do setor saúde, mas sim pelo âmbito relacional com quem se busca assistir:

(...) ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (MERHY, 2003, p. 83)

Ayres (2004) define a assistência à saúde como uma mistura entre ciência e arte. A arte aqui pode ser relacionada com a produção de saúde/ cuidado na forma mais antiga e artesanal (como descrita por Pinheiro, 2008), em que os saberes eram construídos a cada relação, assim como os meios de assistência e cuidado eram passados de sujeito para sujeito na sociedade. Ayres (2004) então faz uma crítica ao esquecimento da arte do cuidado, já que na medicina contemporânea muito se valoriza a tecnociência:

É como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam (AYRES, 2004, p. 83).

A crise, portanto está no afastamento da assistência à saúde/ produção de cuidado dos sujeitos, das relações, dos projetos existenciais (para além dos assistenciais de garantia de cura), tendo o automatismo do processo central de produção de saúde, em que há direta conversão da ciência e tecnologias em instrumentos e intervenções feitos por profissionais que aplicam seus saberes em pacientes que são objetos.

Seguindo a construção da ideia de cuidado em saúde, Ayres (2004) coloca o profissional de saúde como um sujeito que não é apenas “executor” de uma ciência, mas que também pode ser mediador as possibilidades entre as tecnologias existentes a partir de saberes já produzidos e dos desejos e saberes daqueles que são assistidos, provocando uma mudança de concepção do paciente de objeto a sujeito e também da assunção da existência de outros caminhos e possibilidades – para além da ciência – que possam levar à produção de saúde.

Pinheiro (2008) coloca o cuidado na dimensão da integralidade que deve permear as práticas em saúde, com sua composição pelas tarefas técnicas e também pelo acolhimento, vínculos intersubjetivos e escuta, com a inclusão de saberes, desejos e necessidades do outro na produção do cuidado em saúde, construindo assim uma “saída” para a crise descrita por Ayres (2004) e Merhy (2003) pela noção de cuidado integral:

Com isso, a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos indivíduos - opondo-se a uma visão meramente economicista - e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.  
(PINHEIRO, 2008, p. 113).

Por fim, a ideia de cuidado em saúde que se buscou delimitar aqui diz respeito às ações de saúde com objetivos terapêuticos que também se estruturam pela interação entre sujeitos e instituições como forma de produção de alívio de sofrimento e alcance de bem-estar, com a mediação dos demais saberes (tecnocientíficos, populares, subjetivos) numa perspectiva dialógica, assim desvinculando a concepção de assistência à saúde do viés que restringe a doença levando a uma nova concepção que visa à produção de vida colocando o sujeito como ativo na produção de sua saúde.

Compreendendo tal mudança de perspectiva é importante pontuar também alguns dos dispositivos de cuidado que contribuem para a sustentação deste novo paradigma no cotidiano do trabalho em saúde, como o acolhimento, a escuta e o vínculo.

Tais dispositivos foram discutidos aqui sob a concepção das tecnologias leves do trabalho em saúde, descritas por Merhy (2002) como aquelas centradas nas relações, nas produções de vínculos, na produção de autonomia e acolhimento como formas de gestão do cuidado em saúde como processo de trabalho.

O acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 5):

(...) é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.

De acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização, pode-se entender que o acolhimento não está designado a um local físico e técnica específica, mas sim a uma postura ética que pressupõe a disponibilidade do profissional para a escuta e o

compartilhamento de saberes e necessidades nas diversas situações e etapas do processo de produção de saúde, diferindo da proposta de uma triagem que muitas vezes visa uma avaliação centrada na queixa, conduta e encaminhamento.

O acolhimento pode ser compreendido, então, como uma ação estratégica do cuidado estritamente ligada à capacidade de escuta, trocas e vínculos entre profissionais de saúde e usuários na busca pela produção de saúde. Para o Ministério da Saúde (2012), a escuta significa o acolhimento de toda queixa ou relato dos usuários ainda que – aparentemente – não tenha relação direta com o diagnóstico e tratamento. Este significado funciona na verdade como uma aposta de que quanto mais o usuário for ativo no processo de reconstrução e compreensão do seu processo saúde-doença menor será a chance de seu cuidado tornar-se algo de exclusiva responsabilidade do serviço de saúde de forma unilateral, promovendo assim autonomia do usuário no processo de produção de saúde.

Autores que discutem os dispositivos do acolhimento e vínculo como estratégias de cuidado, como Gomes e Pinheiro (2005) e Teixeira (2003), que os relacionam com a melhoria do acesso ao sistema de saúde pela garantia do cuidado feito por práticas que consideram os sujeitos em sua integralidade (práticas integrais em saúde). É justamente por meio desta concepção sobre a integralidade que Gomes e Pinheiro (2005) discutem a noção sobre vínculo.

Para as autoras vínculo diz do comportamento social das pessoas que estão envolvidas num processo de interação, formado pelas redes de relações sociais e suas possibilidades de organização. Citando Merhy (1994) as autoras se baseiam na noção de vínculo como meio de reflexão sobre as responsabilidades e compromissos, já que este implica numa proximidade de relações que permitem atingir o campo da sensibilidade – ou dos afetos, de acordo com o Ministério da Saúde (2012) - diante do sofrimento do outro, com desdobramentos em intervenções que não são nem burocráticas e nem impessoais.

Desse modo, o vínculo possibilita a construção de relações entre os sujeitos e saberes em consonância com os sentidos da integralidade como um dispositivo institucional no cotidiano das práticas do cuidado (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Tendo em vista a migração dos tensionamentos do cuidado em saúde dos objetos e tecnologias para as relações e interações humanas, assim como as breves contextualizações sobre os termos e conceitos definidos neste tópico, especialmente para a ideia de acolhimento faz-se necessário retomar a essência de sua definição para alcançar o objetivo proposto, nesta Dissertação.

Teixeira (2003) apresenta as unidades de saúde como espaços de encontro que se estabelecem cotidianamente por meio de conversas, acompanhadas ou não de outros procedimentos de saúde: “Conversa-se individualmente, conversa-se em grupo. Enfim, conversa-se sem cessar nos serviços (...)” (p. 98).

A conversa tem papel fundamental no trabalho em saúde:

Postulamos, apoditicamente, que a substância do trabalho em saúde (e, no sentido que proposto, igualmente a substância do “trabalho vivo em ato”) seja a conversa. Com toda evidência, é a conversa, a hylé do trabalho em saúde. Hylé (que quer dizer “matéria”, em grego), aqui, no sentido husserliano de matéria da sensação considerada como puro dado. E é a conversa, a matéria que se apresenta à sensação como puro dado, no encontro trabalhador-usuário  
(TEIXEIRA, 2003, p. 97)

Teixeira (2003) referencia o acolhimento como o elemento conector entre conversas e espaços de conversas nos encontros trabalhador-usuário. Por isso, ao compreender o significado de ‘conversa’ para a produção do cuidado proposta pelo autor, o acolhimento se torna uma estratégia que valoriza o cotidiano primário do campo da saúde e potencializa o compromisso ético com os sujeitos construído no paradigma do cuidado em saúde:

Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação – designada acolhimento dialogado e cujas principais características e regras operatórias serão expostas nas próximas linhas – a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede.  
(TEIXEIRA, 2003, p. 103)

Por fim, é importante marcar o acolhimento, a escuta e o vínculo como estratégias e dispositivos do cuidado que são dialógicos, morais e afetivos em sua essência, levando ao campo dos encontros e relações de cuidado a operacionalização das tecnologias leves, definidas por Teixeira (2003, p. 101) como indispensáveis para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde.

## 4.2. REVISÃO AMPLIADA

### 4.2.1 Revisão Integrativa da literatura

Um dos eixos de fundamentação teórica consiste na revisão bibliográfica integrativa da literatura, com fins de explorar os estudos já existentes sobre o tema que possibilitem o acesso às informações mais abrangentes e o desenvolvimento de interconexões entre elementos isolados nestes estudos numa perspectiva de elaborar um mapeamento ampliado sobre o objeto.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) discutem também a importância da revisão integrativa como suporte para tomada de decisões e melhorias da prática clínica pela análise de pesquisas relevantes sobre um tema, além do apontamento de possíveis lacunas de conhecimento que demandem novos estudos.

O levantamento bibliográfico foi realizado no fim de 2018 e atualizado na metade de 2019 nas bases de dados Scielo, Pubmed, Web of Science, Scopus e Portal BVS. Inicialmente não foram usados critérios de período (tempo), localidade (país) ou língua, para exclusão. Ressalta-se que a estratégia foi realizada com auxílio de um bibliotecário especialista na área de violência e saúde, sendo escolhidos os descritores baseados na sua experiência de busca bibliográfica de acordo com o objeto deste estudo.

A estratégia de busca definida foi: (Notificação OR “Notificação compulsória” OR “Sistemas de informação em Saúde” OR SINAN OR “Sistema de informação de agravo de notificação” OR “Sistema de informação de agravos de notificação”) AND (Violência OR “Causas externas” OR Agressão OR “Maus-tratos” OR Negligência OR Agressividade OR Suicídio OR “Tentativa de suicídio” OR Parassuicídio OR “Ideação suicida” OR Automutilação OR Injúria OR “Prevenção da Violência”) AND (“Serviços de saúde mental” OR “Centros de Atenção Psicossocial” OR “Centro de atendimento psicossocial” OR “Centros de Atendimento psicossocial” OR “Núcleos de atenção psicossocial” OR CAPS OR NAPS OR “Centros comunitários de saúde mental” OR “Serviços comunitários de saúde mental”). Os descritores foram utilizados na língua portuguesa e inglesa. No caso da busca em inglês os descritores utilizados foram: (Notification OR “Mandatory reporting” OR “Health Information Systems” OR SINAN OR “Information System for Notifiable Diseases” OR “Notification Aggravation Information System”) AND (Violence OR “External causes” OR Aggressiveness OR Aggressiv\* OR Suicide OR “Self mutilation” OR “Self-mutilation” OR Injury OR “Violence prevention”) AND (“Mental health services” OR “Psychosocial Care Centers” OR CAPS OR NAPS OR “Community mental health centers” OR “Community mental health services”).

No total foram encontrados 39 artigos no período de 1994 a 2018. Todos os documentos foram inseridos no gerenciador de dados Zotero, onde foram aplicados os critérios de inclusão para estudos em formatos de artigos e produzidos acerca do tema; e os critérios de exclusão para estudos em formatos de monografias, dissertações, teses, editoriais, livros, resumos, artigos duplicados e fora do tema abordado. Como resultado obteve-se um total de 12 artigos, sendo sete na língua inglesa, um em norueguês, dois em sueco, um em espanhol e um na língua portuguesa. Apesar de não terem sido colocados como critérios de inclusão ou exclusão categorias referentes à língua foi necessário excluir os três artigos que não existiam fora de suas línguas originais (norueguês e sueco) diante da dificuldade de compreensão da pesquisadora ainda que utilizasse recursos de tradução do material, levando ao número final de nove estudos.

Ainda que 30 artigos tenham sido excluídos da amostra, faz-se necessário apontar um pequeno panorama do que foi encontrado. O principal motivo de exclusão de estudos para a amostra final foi à adequação do material ao objetivo da pesquisa e da revisão, já que a maior parte dos artigos excluídos não fazia menção a produção de dados e informações ou notificações de casos de violência dentro de serviços de saúde mental. Entretanto, a maior parte dos artigos excluídos mostraram numerosas discussões acerca de questões relacionadas ao campo jurídico e criminal da produção de informações sobre violência a partir de dados advindos da área da saúde, ou seja, poucos foram excluídos por não fazerem nenhuma referência à produção de dados ou notificações, mas sim por não trazerem discussões acerca destas dentro da área da saúde mental e com fins epidemiológicos. Dentre estes estudos encontrados havia temas como o sigilo profissional e questões éticas relacionadas ao coletivo, por exemplo, quando há risco para o sujeito acompanhado ou outros; sobre a legislação referente a casos de violência e procedimentos para notificações ao sistema criminal e de justiça; sobre o processo investigativo e de vigilância de suspeitas de violência e sobre a perspectiva do perpetrador da violência, seu acompanhamento e dados de reincidência. Portanto, a maior parte dos artigos excluídos trazia a perspectiva da notificação como denúncia e ainda que não se encaixem dentro do objetivo do estudo estão alinhados a algumas das concepções sobre o tema encontradas nos discursos dos profissionais entrevistados que serão evidenciados nos resultados e discussão da pesquisa.

A amostra final foi composta por nove artigos com estudos organizados na Tabela 1 que sistematiza e sintetiza os dados encontrados sobre autores, ano, país de origem, objetivos, métodos e principais achados.

TABELA 1: Autores, Ano, País de publicação, Objetivos, Métodos e Principais achados dos estudos da revisão integrativa.

AUTORES	ANO	PAÍS	OBJETIVO E MÉTODOS	PRINCIPAIS ACHADOS
LERER, L.,B.; MATZOPOULOS, R., G.; PHILLIPS, R.	1997	África do Sul	Descrever a violência e mortalidade por lesões e demonstrar a utilidade de fontes de dados secundários para identificar prioridades de controle através dos dados de registros dos necrotérios do estado, dados forenses e policiais de Cape Town no ano de 1994.	Causas de morte não naturais (homicídio, suicídio, acidentes e causas não definidas) representaram cerca de 30% das mortalidades por todas as causas em 1994. Uma das questões prioritárias para o controle destas mortes está relacionada ao uso de armas de fogo em homicídios e suicídios. Concluiu-se que a vigilância de tais casos de ‘mortalidade não natural’ devem ser realizados a nível local, regional e nacional.
FINKELHOR, D.; WOLAK, J.; BERLINER, L.	2001	Estados Unidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisar “o que se sabe” sobre os processos de denúncias e relatórios policiais e ajuda profissional (saúde) para crianças vítimas de crimes. O acesso aos dados foi descrito como proveniente da literatura, sem maiores informações sobre.</li> <li>2. Desenvolver uma estrutura conceitual sobre fatores que promovem ou dificultam o acesso a tais processos analisados.</li> </ol>	A maioria dos crimes com crianças como vítimas não são denunciados a polícia nem assistidos por profissionais em cuidados de saúde. Relacionadas às barreiras de acesso foram encontrados alguns pontos como a relutância em compreender os crimes como ações sérias, criminais e prejudiciais; os pais e as escolas que mediam o contato entre vítimas e polícia/ outros serviços; preocupações com a autonomia e privacidade das crianças, entre outros. Sobre o apoio em saúde mental: este acontece mais quando os sintomas apresentados pelas crianças em decorrência dos crimes são mais severos, como agressividade, perturbação e atuação ou quando os próprios pais

				<p>se afligem com o crime e já realizaram algum tipo de acompanhamento no sistema de saúde mental. Em contraste a estas barreiras alguns estudos mostraram altos níveis de satisfação em realizar as denúncias pelas vítimas e famílias, além de mostrar benefícios encontrados pelo tratamento. Os autores sugerem a necessidade de estimular que as vítimas reportem os crimes e que acessem mais ajuda profissional.</p>
HERNANDEZ L., F., J.	2003	Colômbia	<p>Avaliar impactos da implementação de modelo de saúde mental baseado na comunidade através da comparação de indicadores críticos (notificação de violência intrafamiliar e sexual; seguimento de tais casos; crescimento de redes institucionais e comunitárias e acesso e acompanhamento de tais casos na rede de saúde mental) entre grupos de estudo e grupos controle e suas diferenciações entre os anos de 2001 e 2002.</p>	<p>Aumento das notificações de violência em ambos os grupos entre os anos, mas com crescimento maior nos grupos de estudo quando comparado aos controles (86,2% - 26,2%), mantendo tais padrões de crescimento após o ano de implantação do modelo comunitário. 4 em 5 regiões do grupo estudo realizaram 100% de seguimentos dos casos de violência, enquanto apenas uma localidade realizou o mesmo no grupo controle. Apesar da rede dos grupos estudo ter crescido em 50% entre os anos houve aumento acima desta proporção da rede dos grupos controle. Considerou-se, portanto que – inicialmente – o modelo comunitário produz maior capacidade de notificação de casos de violência bem como de transtornos mentais, mas que esta organização não aumenta significativamente tais registros sem a existência de uma rede de suporte bem estruturada.</p>



<p>JENKINS, R.; MUSSA, M.; HAJI, A., S.; HAJI, S., M.; SALIM, A.; SULEIMAN, S.; RIYAMI, A.; WALKIL, A.; MBATIA, J.</p>	2011	Zanzibar	<p>Descrever o processo de assistência técnica da OMS para o desenvolvimento de abordagens sistemáticas para o desenho e implementação de políticas de saúde mental em Zanzibar num período de aproximadamente 10 anos.</p>	<p>A política e legislação introduzidas em 1999 aprimoraram a área da saúde mental na década seguinte e as experiências serviram de base para países vizinhos. A partir do apoio técnico houve transição do modelo apenas hospitalocêntrico para um sistema descentralizado de assistência à saúde mental. As restrições de recursos financeiros e humanos são desafios para implementação da política, uma vez que há grande êxodo de profissionais de saúde do país e falta de incentivos para os mesmos para área da saúde mental e não existe financiamento direcionado para a área, que fica em segundo plano diante de demandas cirúrgicas. No que diz respeito à produção de informações, apesar de autoridades do Ministério da Saúde indicarem que as taxas de suicídio eram extremamente baixas a questão é descrita como um ‘tabu’, já que se acredita que este tipo de morte impede a entrada no céu nesta cultura e por isso é considerado crime no país, resultando em baixas notificações, cuidados adequados e educação sobre o risco. Conclui-se que um programa abrangente e multifacetado pode ser eficaz para fortalecer programas e serviços de saúde mental mesmo com poucos recursos, mas requer sustentação para que os ganhos sejam mantidos e aprimorados.</p>
<p>BURKE, W.; COLMER, D.; JOHNSON, N.; LEIGH, J.;</p>	2012	Inglaterra	<p>Descrever o desenvolvimento de um sistema de alerta em tempo real de</p>	<p>Após a implementação do sistema uma</p>

KEY, B.; PARKER, C.			<p>suicídio e quais respostas puderam ser observadas a partir destes resultados em uma região do país com tendência crescente de suicídios. O sistema foi desenvolvido a partir dos dados encontrados de concentração de suicídios em uma região nos anos de 2008 a 2009 e suas revisões no ano subsequente.</p>	<p>concentração de casos foi imediatamente identificada, assim como fatores de risco sistematizados a partir dos perfis dos casos como: luto recente, dificuldades de relacionamento e problemas financeiros. Houve uma resposta organizacional diante dos dados identificados e um ano após o uso do sistema o número médio de suicídios esteve abaixo dos limites esperados. Conclui-se que o sistema local de alerta em tempo real de casos de suicídio pôde reduzir o atraso nas notificações e melhorar o controle e capacidade de resposta sobre os casos com base em evidências. O sistema foi considerado importante para desenvolvimento de organizações e ações para resposta em tempo hábil para diminuição das mortes por suicídio.</p>
GIGANTESCO, A.; LEGA, I.; PICARDI, A.	2012	Itália	<p>Apresentar os resultados preliminares da implementação de um sistema de informações sobre saúde mental no ano de 2008. O levantamento dos dados foi feito por psiquiatras treinados de 22 centros comunitários de saúde mental sentinelas, cobrindo uma população total de 1.941.853 habitantes a fim de coletar e relatar informações de pacientes com transtornos mentais graves.</p>	<p>As potências são a confiabilidade do diagnóstico por conta da padronização proposta pelo sistema e a facilitação da coleta de dados por esta ser feita pela WEB que poupa recursos humanos e financeiros. A vigilância realizada através do sistema a pacientes com sintomas graves pode facilitar pesquisas de serviços de saúde de forma longitudinal incluindo realizações de avaliações da eficácia e continuidade do atendimento psiquiátrico, assim como de programas terapêuticos de reabilitação inovadores. São destacadas como dificuldades a indisponibilidade de instrumentos de triagem adequados e participação voluntária para realização do estudo.</p>

				<p>Também foram apontadas variações nas práticas de registros dos casos em regiões diferentes. Conclui-se que esta experiência pode contribuir para que os sistemas de informação permitam comparações entre organizações locais e também dos cuidados em saúde mental no setor público.</p>
DOUGLAS, L. e FEENEY, L.	2015	Irlanda	<p>Comparar os encaminhamentos para serviços comunitários de saúde mental através de análises dos dados encontrados no sistema de informações de saúde mental nos últimos 30 anos.</p>	<p>Houve aumento em até 20 vezes no número de encaminhamentos entre 1983 e 2013 para serviços de saúde mental, diminuição significativa daqueles que expressavam preocupações com sintomas psicóticos e aumento dos que traziam urgências e preocupações com o risco de suicídio, o que pode indicar maior conscientização de seus riscos e maior disposição da população em geral para falar sobre o suicídio. A fraqueza do estudo está na perda dos dados de muitos encaminhamentos entre 1983 e 1993 devido aos sistemas de informação menor robustos da época. Conclui-se que houve expansão dos serviços comunitários de saúde mental que agora fornecem uma ampla gama de intervenções psicossociais. Entretanto, esta expansão não foi proporcional ao aumento da demanda por estes serviços que hoje precisam de maiores recursos.</p>

HANSON, R.; F. e ADAMS, C.; S.	2016	Estados Unidos	Indicar recomendações sobre identificação, triagem e tratamento para crianças vítimas de abuso sexual na atenção primária do sistema de saúde a partir de dados, diretrizes e literatura nacional.	Os dados encontrados indicam barreiras relacionadas à triagem e divulgação de dados epidemiológicos, que podem influenciar o acesso aos dados reais de incidência e prevalência do abuso sexual. Também foi encontrada escassez de dados sobre a população infantil. A realização de triagens e exames na atenção primária pode ajudar a identificar os casos e trazer maiores benefícios às vítimas em relação ao tratamento necessário, incluindo orientações sobre responsabilidades e medidas legais para as vítimas e suas famílias. Conclui-se que os casos de abuso sexual infantil são subnotificados – e subestimados na população em geral – e que o papel da atenção primária é importante no que diz respeito aos impactos em saúde mental, físicos e riscos de revitimização das crianças.
MATOS, C.; C.; de S.; A. e TOURINHO, F.; C.; V.	2018	Brasil	Realizar diagnóstico situacional das condições de saúde da <b>população negra</b> em Florianópolis (SC) através do levantamento de dados dos sistemas de informação em saúde nas bases disponíveis (prontuários eletrônicos, DATASUS estadual e nacional) com análises voltadas às variáveis de raça/cor entre os anos de 2010 a 2016.	Foram encontradas piores condições de escolaridade e renda, maior porção de mães adolescentes e casos de sífilis em gestantes, com menor número de consultas de pré-natal e cobertura pelos planos de saúde privados. Além disso, pacientes negros frequentaram proporcionalmente mais os CAPS em comparação aos Centros de Saúde. Algumas das principais causas de morte na população negra são homicídios e suicídios. Foram identificadas, portanto condições piores de saúde na população auto declarada como negra em relação as demais.

				Conclui-se que estas podem ser reflexo não só de piores condições socioeconômicas, mas também de maior dificuldade de acesso e permanência em serviços de saúde determinados pelo racismo institucional e discriminação.
--	--	--	--	--

A análise da amostra de artigos encontrados foi realizada de forma objetiva com foco principalmente sobre processos de produção de notificações nos países originários dos estudos a fim de explorar possíveis correlações e complementações com os dados encontrados nesta pesquisa e discutidos posteriormente.

A partir deste material foi possível identificar que desde a década de 90 o aumento dos casos de violência já indicava a necessidade da presença desta pauta na área da saúde como afirma Lerer, et al (1997), que na época encontrou apenas em dados forenses policiais as informações necessárias para evidenciar a necessidade de vigilância e organização do setor saúde para os casos de ‘mortes não naturais’ que estavam em crescimento na África do Sul. Este primeiro estudo encontrado numa linha cronológica reafirma o que dizem materiais nacionais, principalmente no que diz respeito às políticas de prevenção de violências, sobre a inserção da pauta no setor saúde a nível global desde o fim dos anos 1980. Seguindo ainda cronologicamente, estudos como de Hernandez (2003) e Jenkins, et al (2011) também mostram a implantação de modelos de atenção à saúde mental comunitários como uma perspectiva recente e ainda em elaboração e avaliação em muitos países, assim como na realidade brasileira em que a política de saúde mental propõe um modelo territorial desde 2001 e tem passado por diversas modificações até o ano atual. Hernandez (2003) afirma ainda que na experiência da Colômbia foi justamente a implantação de um modelo comunitário de atenção à saúde mental que aprimorou a capacidade dos profissionais de produzirem notificações não só sobre transtornos mentais como de violências, o que indica que este se torna um processo de retroalimentação em que uma rede capilarizada de assistência à saúde permite o acesso e identificação de mais casos de violência e que estes por consequência fornecem dados que fomentam a necessidade de novos serviços e ou organizações para seu cuidado e prevenção de maneira mais adequada.

A discussão sobre a importância da produção de dados para avaliação e organização da rede de atenção à saúde mental em cada contexto pesquisado esteve presente nos estudos de Lerer, et al (1997), Finkelhor, et al (2001), Hernandez (2003), Jenkins, et al (2011), Burke, et al (2012), Gigantesco, et al (2012) e Hanson e Adams (2016). Neste mesmo caminho Douglas e Feeney (2015) valorizam o acesso a um banco de dados epidemiológicos exclusivo da saúde mental na Irlanda de pelo menos 30 anos (período estudado) onde encontram não só transições epidemiológicas como transformações culturais, por exemplo sobre a redução dos receios em abordar o tema do suicídio, que contribuíram no caso para afirmação da necessidade de mais serviços de saúde mental e recursos no país. Gigantesco, et al (2012)

relata em seu estudo a experiência da implantação de um sistema de informações exclusivo da área da saúde mental na Itália que também possibilita a realização de avaliações da assistência ofertada assim como readequação para novas organizações locais e propostas de cuidado que garantam a eficácia e continuidade do acompanhamento. A autora também indica a importância da do sistema de informações ter sido construído já na rede WEB, entretanto a falta de acesso a instrumentos adequados e recursos humanos disponíveis foram dificultadores da implementação e uso do sistema.

Sobre a questão cultural, autores como Finkelhor, et al (2001) e Matos e Tourinho (2018) afirmam que este é um fator importante de atravessamento para os olhares sobre a violência em populações específicas, como a de crianças e pessoas negras que sofrem com a invisibilização de suas vivências e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Jenkins, et al (2011) e Douglas e Feeney (2015) também discutem aspectos relacionados ao viés cultural dos olhares voltados para o tema do suicídio que vem sofrendo transformações e aberturas para discussão diante do crescimento dos casos de óbito em sua decorrência como encontrou Burke, et al (2012) em seu estudo na Inglaterra entre 2008 e 2009. É importante destacar que especialmente sobre o público infantil Finkelhor, et al (2001) e Hanson e Adams (2016) indicam que mesmo com este grande intervalo de tempo entre os estudos os crimes e demandas de saúde em decorrência da violência desta população continuam subnotificados tanto no sistema criminal quando no de saúde. Também é necessário apontar que de todos os artigos encontrados (mesmo dentre os excluídos) apenas o de Matos e Tourinho (2018) que foi também o mais recente da amostra traz em evidência a população negra, que não é citada em nenhum outro estudo.

É possível identificar que apenas os estudos e análises de Lerer, et al (1997), Gigantesco, et al (2012), Douglas e Feeney (2015) tinham como objetivo principal avaliar os sistemas de informações ou de produção de dados em determinados países no que diz respeito à violência ou serviços de saúde mental, entretanto os demais evidenciaram a importância do acesso aos conteúdos de tais sistemas para garantia de prevenção de agravos, continuidade do cuidado e adequação dos serviços de saúde em relação às evidências e perfis epidemiológicos encontrados.

A amostra encontrada apesar de diversa nas origens dos estudos foi pequena e pode indicar fragilidade de produções e/ou ações no que diz respeito à produção de informações e notificações sobre violência em serviços de saúde mental em suas diferentes organizações (comunitárias, territoriais, ambulatoriais, hospitalares). A população mais citada nos estudos

encontrados foi a infantil, o que pode estar relacionado ao movimento mundial nas últimas décadas de criação de políticas e estratégias de proteção e garantia do direito das crianças como no caso do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil desde 1990. O tipo de violência mais citado e discutido nos estudos foi o suicídio que comumente é atribuído a situações de sofrimento psíquico intenso e que são assistidos em serviços de saúde mental.

Por fim, esta breve revisão pôde indicar que apesar da fragilidade das discussões acerca da produção de notificações com fins epidemiológicos de casos de violência esta tem se mostrado como fator fundamental para garantia de estrutura e recursos que possam levar a redução dos casos e cuidados adequados e são valorizadas nos estudos encontrados. Também ficam evidentes avanços nos olhares para o tema das violências e saúde mental quando se encontram nos estudos discussões sobre implementação de políticas de saúde, investigações abrangentes de tais casos e avaliações de estratégias inovadoras de cuidado e prevenção, com considerações sobre as transições epidemiológicas e perfis e mudanças culturais de cada contexto estudado.

#### 4.2.2 AUTORES REFERENCIAIS DO ESTUDO

##### **Paulo Amarante: A Reforma Psiquiátrica e o Modelo de Atenção Psicossocial**

Tendo em vista o objeto de pesquisa, torna-se importante sistematizar e contextualizar o processo de reforma psiquiátrica e do nascimento do modelo de atenção psicossocial, principalmente no que tange aos CAPS, não só por este ocupar papel central nas reflexões, mas também pela problematização feita sobre o pressuposto da ausência de estratégias de enfrentamento da violência nesses espaços que justamente nasceram sob a perspectiva de romper com violências sofridas por pessoas em sofrimento psíquico dentro dos manicômios. Para tanto, o principal referencial utilizado foi a obra de Amarante *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* em sua 2ª edição, impressa em 2013<sup>1</sup>, que embasa o texto a seguir.

A concepção de que a loucura é uma doença mental localizada exclusivamente no indivíduo, está enraizada na sociedade desde seus primórdios, sendo esta considerada resultado de alguma punição divina, de fenômenos produzidos por distúrbios cerebrais advindos de processos orgânicos de origem endógena ou uma desorganização da “personalidade” pessoal. O desvio do grupo social não só é claro, como constantemente reforçado por essa ideia e por isso causa sensações de medo, periculosidade diante do

---

<sup>1</sup> Originalmente escrita em 1995.



“incontrolável” e desconhecido. Tais questões trazem à tona mais uma implicação da loucura e do louco na sociedade: sua exclusão.

A ação de exclusão dos chamados loucos vem desde a Idade Média, em que as cidades os segregavam, obrigando-os a viverem em situação de reclusão nas prisões e antigos leprosários em desuso, por não haver nenhum tratamento e pelo perigo que estes representavam para a sociedade.

Nos séculos XVII e XVIII a loucura fora aprisionada nas casas de internamento, confinada assim como todos os cidadãos desviantes. Segundo Amarante (1995), no período anterior ao século XVIII o complexo hospitalar se faz um misto de casa de correção, caridade e hospedaria, ou seja, um espaço de populações heterogêneas, sendo uma instituição não médica, mas que também se ocupava de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material.

Já no final do século XVIII, com o início do processo de industrialização cria-se outra visão sobre o cuidado, trazendo um esvaziamento das casas de internamento pela necessidade de recuperar a maior quantidade de cidadãos produtivos possível. Neste ponto restaram os loucos considerados como improdutivos e incuráveis que não poderiam deixar o espaço de confinamento. Assim a medicina é chamada a criar um tratamento para estas pessoas através da psiquiatria no que agora passam a chamar de Asilo. Amarante (1995) conta que a transformação do hospital em uma instituição da saúde se faz por conta da disciplina dominante, organização e esquadramento de ordem médica, já que havia uma exigência de política social e moralidade pública.

A partir de então a sociedade, a loucura e seu cuidado passaram por muitas concepções, modelos e apostas. No período pós-guerra, já no século XX, a condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos chama a atenção da sociedade pela violência e desrespeito aos direitos humanos – comparados aos viventes dos campos de concentração europeus -, além da clara “deterioração” de um grande conjunto de homens passíveis de atividades e produção, enquanto muitos voltavam da guerra mutilados, inválidos diante da necessidade de reconstrução nacional. Novamente, por fatores econômicos e sociais a reforma do espaço asilar se fazia necessária. Lentamente, foram criadas alternativas e novos modelos de tratamento, em que cada vez mais as ideias em busca da cura emergiam, culminando no desenvolvimento de uma produtividade do louco.

Em contestação a Psiquiatria Asilar surge então a Psiquiatria de Setor, sendo incorporada como política oficial nos anos 1960 na França, e a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos.

Ambas com princípios que caminham contrários aos da institucionalização e a favor da ideia de um tratamento na comunidade que usasse menos recursos do Estado. Apesar de ter objetivos semelhantes, seguiram também rotas distintas.

Particularmente, a Psiquiatria de Setor fugia da estrutura asilar, com a ideia de levar a psiquiatria até a população evitando ao máximo a segregação e isolamento do doente, tendo como proposta oferecer um tratamento ao sujeito dentro de seu próprio meio social e contando com sua participação (comunidade), tendo o hospital apenas como um espaço transitório no tratamento. Entretanto, o investimento feito apenas na transição do modelo hospitalocêntrico da época e, sem um trabalho cultural com a população, fez com que este não fosse bem aceito e não alcançasse o resultado esperado.

Nesse momento também surge a ideia de *desinstitucionalização*, mas ainda num sentido que não era oposto ao da hospitalização, dando visibilidade aos problemas de dependência institucional dos pacientes, perda de vínculos familiares e sociais e a enorme cronificação dos hospitalizados.

Para Amarante (1995), neste momento torna-se fundamental superar o modelo de humanização institucional, a fim de elaborar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança -, matéria prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade produzidos e consumidos pelo imaginário social.

Nesta perspectiva, a experiência italiana traz um confronto com o modelo de hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica existentes, propiciando uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica projetando na desinstitucionalização a desconstrução destes saberes reducionistas da loucura:

(...) desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar. (...) Desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relaciona-se com os fenômenos sociais e históricos.  
(AMARANTE, 1995, p. 49)

Franco Basaglia e o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana iniciam a revisão destas relações, saberes e práxis, começando em 1971 na cidade de Trieste um processo de desmontagem manicomial. A partir disso surgem os centros de saúde mental, com referências para cada área da cidade e funcionamento 24h por dia pelos 7 dias da semana; grupos-apartamento, onde residem alguns usuários individualmente ou com acompanhamento se necessário; cooperativas de trabalho, com o propósito de suprir as demandas de postos de

trabalho para os ex-internos que acabam assumindo papel importante na economia da cidade. Com isso há uma redução drástica do número de leitos e mudança de seu funcionamento.

Ou seja, o que passa a ser matéria de transformação é o próprio conhecimento e prática da psiquiatria, as relações de saber e poder que a legitimam e simplificam e codificam a complexa experiência da loucura, frente ao confronto com a lógica manicomial e a transição do objeto da psiquiatria que deixa de ser a doença para ser a existência-sofrimento na relação com o corpo social (ROTELLI, 1990).

No Brasil, este processo de revisão das relações entre saberes e práxis tem início junto com o movimento pela Reforma Sanitária nos anos 1970, ambos buscando mudanças dos modelos das práticas de saúde, na oferta de serviços e principalmente na relação entre o papel exercido pelos funcionários e usuários, no intuito de trazer maior protagonismo de ambos os atores, descentralizando de apenas um profissional ou gestor o papel de detentor do conhecimento sobre o cuidado. Segundo o Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.  
(BRASIL, 2005, p. 6)

Conjuntura em que nasce também o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais  
(BRASIL, 2005, p. 7)

No final dos anos 1980, a o slogan *Por uma sociedade sem manicômios*, formulada pelo MTSM produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados e abriu um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos.

É de especial importância ainda, no fim dos anos 1980, o nascimento do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, na cidade de São Paulo (1987) e, além disso, o início da histórica intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta pela

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Santos (SP), culminando na implantação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental na cidade.

A Casa de Saúde Anchieta fora local de maus-tratos, mortes e abusos de pacientes. A intervenção feita ganhou repercussão nacional ao demonstrar que era possível produzir cuidado a essa população fora do hospital psiquiátrico. Neste período foram implantados NAPS (Núcleos de Atenção Psicossociais) de funcionamento 24h, cooperativas de trabalho, residências para egressos do hospital e associações.

Segundo Nicácio (2003), na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma psiquiátrica e para a implementação da política nacional de saúde mental. Ainda no ano de 1989 entra no congresso o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (lei 10.216), propondo regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país, inspirando e reafirmando a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, apenas em 2001 a lei foi sancionada com uma série de modificações, prevendo assim que a assistência à saúde mental privilegie o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, proteja os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas infelizmente não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário.

Como resultado dessa nova política, o número de leitos em hospitais psiquiátricos apresentou um declínio contínuo no Brasil, assim como os gastos hospitalares em Saúde Mental. Simultaneamente houve o aumento do número de CAPS, a expansão das residências terapêuticas dentre outras estratégias para garantir a redução progressiva dos leitos e hospitais psiquiátricos e a vasta implantação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental.

Por fim, a violência marcou a construção do modelo de atenção à saúde mental existente hoje no Brasil, bem como a reformulação do paradigma que levou à Reforma Psiquiátrica em outros países. Delgado (2012), diz que ainda hoje a violência aparece associada:

1. À produção de sofrimento psíquico,
2. Às barreiras de acesso ao tratamento,
3. A contextos institucionais de mortificação dos sujeitos,

4. Ao complexo fenômeno das drogas e
5. As formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação.

Por isso é importante conhecer a história em sua complexidade na perspectiva de pensar seus desdobramentos e capilarizações no contexto atual, possibilitando a criação de novas estratégias e intervenções que garantam os princípios de cuidado humanizado e em liberdade que levaram a todo esse processo revolucionário entre saúde-loucura-sociedade.

### **Erving Goffman: A Mortificação do Eu, Instituições Totais e Estigma**

A importância de Goffman para saúde mental passa por algumas de suas obras, em que o autor se debruça principalmente no que diz respeito ao campo das interações relacionais e como os sujeitos e espaços se constituem a partir disso. A relação principal que se apresenta aqui, passa pela construção das instituições voltadas às pessoas com transtornos mentais e chega até o novo paradigma de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica dos anos 1980 (Brasil). Com isso, o papel do louco e da pessoa que demanda cuidados em saúde mental também será discutido a luz de alguns conceitos e definições elaboradas por Goffman como o Estigma, a Identidade Pessoal e Social em: *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, edição de 1988*<sup>2</sup> e a Mortificação do Eu e as Instituições Totais em: *Manicômios, prisões e conventos, edição de 2010*<sup>3</sup>).

Para Goffman (1961), uma instituição total pode ser definida como local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. O autor ainda ressalta que toda instituição tem “tendências de fechamento” (1961) e que esse nível de fechamento é caracterizado pelas barreiras criadas à relação social com o mundo externo.

No século XVIII, a instituição hospitalar/ asilar configurava diversos agrupamentos sociais de maneira não tão distinta conforme descreve Amarante (1995) e, portanto ainda não se enquadrava em um modelo único de instituição total dentre as caracterizadas por Goffman (1961) como instituições:

1. Para pessoas incapazes ou inofensivas (como os indigentes);
2. Para pessoas incapazes, porém ameaçadoras para a sociedade (como os doentes mentais);
3. Para proteção da sociedade de pessoas que cometem ameaças intencionais (prisões);

---

<sup>2</sup> Originalmente escrito em 1963.

<sup>3</sup> Originalmente escrito em 1961.

4. Para pessoas executarem melhor alguma tarefa (como nos campos de trabalho, mas nesse caso como nos manicômios na perspectiva dos profissionais); e por fim

5. Instituições que servem de refúgio do mundo externo (conventos).

Com essa reformulação do espaço Asilar/Hospitalar pelo saber da psiquiatria, essa instituição fica cada vez mais marcada pelo caráter totalizante, já que os espaços de vivência e papéis de interações sociais ficam limitados aos muros das instituições e condutas médicas, como explica Goffman (1961, p. 17 e 18):

O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários (...) e toda sequência de atividade é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários.

Birman (1980), afirma que aquele que é considerado louco perde seu lugar de sujeito e se torna irresponsável pelo controle de sua razão, assim como atos e comportamentos, passando a perder seu valor social:

Silenciado em suas marcas essenciais, que são os emblemas constituidores de sua personagem social, montados no exercício contínuo das práticas sociais, a designação do indivíduo como louco é um processo violento de retirada de todos os privilégios que consubstanciam a própria razão de ser da função de sujeito, isto é, um agente de trocas sociais. (...) A este processo denomino de *mortificação*. Ele vai estabelecer uma estrutura básica para *construção do personagem do doente mental*.  
(BIRMAN, 1980, p. 17 e 18)

Birman ao evocar o conceito de Goffman (1961) pretende mostrar a relação entre a construção da imagem do louco tanto para si, quanto para a sociedade quando este passa pela violenta mortificação do eu imposta pela institucionalização dos manicômios da época:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado.  
(GOFFMAN, 1961, p. 24).

Um processo de distanciamento com a sociedade, de acordo com Goffman (2010), já era iniciado no próprio ambiente de tratamento, onde havia diversas restrições e fronteiras no que

dizia respeito à transmissão de informações e de contato. Para o autor, todas essas restrições de contato ajudavam a conservar os estereótipos antagônicos, com o desenvolvimento de dois mundos sociais e culturais diferentes com pouca interpenetração.

Apesar de Goffman fazer referência ao processo vivido entre equipes das instituições e institucionalizados, essa lógica repercutia na sociedade como um todo, principalmente no que tange a concepção do louco como assujeitado e da equipe como detentora da razão. Portanto, é possível relacionar o modo de operar de dentro das instituições com as possibilidades de vida e inserção desses sujeitos na sociedade, marcados pelo estranhamento, distanciamento e produção de estigmas.

Goffman (1963, p. 12) explica o desenvolvimento de tais estigmas:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

A relação que se tenta explicitar aqui é que ainda nesse período (1960) as pessoas que passavam por instituições ou cuidados psiquiátricos eram marcadas por um estigma diante da sociedade. Este por sua vez foi talhado por intermédio das instituições totalizantes ao longo de décadas já que ao segregar os chamados loucos reforçaram os distanciamentos e estranhamentos a uma característica dos sujeitos (a loucura, dentre um mundo delas que nos constitui de diferentes formas) enquanto mortificava seus eus com o aniquilamento de suas identidades pessoais e sociais, já não reconhecidas pelos ditos “normais”.

Goffman (1963, p.12) explica que o construto que envolve o estigma passa também pela afirmação do sujeito que é dito como normal:

(...) O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso.

A organização das identidades entre o que é definido como “estranho” e “normal” também é resultado de um processo interacional entre diferentes sujeitos e coletivos pautado em identificações e estranhamentos.

Goffman (1963, p. 46) exemplifica e explica que:

Nos muitos casos em que a estigmatização do indivíduo está associada com sua admissão a uma instituição de custódia, como uma prisão, um sanatório ou um orfanato, a maior parte do que ele aprende sobre o seu estigma será transmitida durante o prolongado contato íntimo com aqueles que irão transformar-se em seus companheiros de infortúnio. Como já se sugeriu, quando o indivíduo compreende pela primeira vez quem são aqueles que de agora em diante ele deve aceitar como seus iguais. Ele sentirá pelo menos certa ambivalência porque estes não só serão pessoas nitidamente estigmatizadas e, portanto, diferentes da pessoa normal que ele acredita ser, mas também poderão ter outros atributos que, segundo a sua opinião, dificilmente podem ser associados ao seu caso.

O processo de aproximação acima relatado demonstra que a quebra de barreiras nas relações (ou quebra de estigmas) gera reconhecimentos nos sujeitos que ultrapassam os estigmas, possibilitando outras identificações. Nesse sentido, Goffman (1963) pontua que na medida em que as pessoas se relacionam mais intimamente essa aproximação categórica, baseada em respostas estereotípicas, cede, pouco a pouco, à simpatia, compreensão e à avaliação realística de qualidades pessoais.

Essa discussão é de extrema importância no momento citado na história do cuidado no campo da saúde mental, pois desde o primeiro questionamento sobre o tratamento totalizante cada vez mais espaço foi conquistado no reconhecimento do louco como sujeito de relações, desejos e principalmente direitos.

A transição do paradigma da saúde mental passa então pelo reconhecimento da subjetividade as pessoas com transtornos mentais e também por algo que já “fracassou” anteriormente: o trabalho de contato e identificação dessas pessoas hora mortificadas com a comunidade geral – “os normais”. Goffman (1963, p. 62) também faz uma análise dos impactos desse contato:

É provável que categorias inteiras de estigmatizados achem uma proteção semelhante: as lojas algumas vezes localizadas próximas de hospitais psiquiátricos podem-se transformar em lugares onde as condutas psicóticas são muito toleradas. As vizinhanças de alguns hospitais desenvolvem uma capacidade para tratar com calma pessoas desfiguradas na face que estão se submetendo a enxertos cutâneos; a cidade que tem uma escola de treinamento de cegos aprende a olhar com aprovação os estudantes que seguram um arreio atado a um instrutor humano enquanto dirigem a este, palavras de estímulo semelhantes às que se costuma empregar para um cão.

Apesar das conquistas geradas pela Reforma e pela instituição desse novo paradigma ainda há amarras que sobrevivem ao tempo, mantendo alguns estigmas intactos mesmo com maior possibilidade de interações entre diferentes sujeitos. Goffman (1963, p. 63) afirma que:

A despeito dessas provas de crenças diárias sobre o estigma e a familiaridade, deve-se continuar a ver que a familiaridade não reduz



necessariamente o menosprezo. Por exemplo, as pessoas normais que vivem próximo de colônias constituídas de grupos tribalmente estigmatizados conseguem, com bastante habilidade, manter os seus preconceitos.

É importante marcar que, apesar das instituições não serem mais “totais” e fechadas, os traços totalizantes permanecem de diversas outras formas nos novos serviços de saúde mental, chamados de “lógicas manicomiais”, bem como os estigmas e estranhamentos não só em relação às pessoas em sofrimento psíquico grave, mas também àquelas que frequentam e procuram espaços de saúde mental por motivos diversos. Cria-se assim uma nova perspectiva no mínimo curiosa: a de um modelo de atenção pautado na promoção de saúde (mental), com serviços configurados como ‘porta-aberta’, localizados dentro das comunidades e com perspectivas de resgatar as subjetividades e identidades sociais das pessoas com transtornos mentais a partir do convívio e quebra de preconceitos com a população, enquanto ao mesmo tempo, continuam a existir resistências e imaginários sobre estes espaços e sujeitos pela simples negação de interação e contato. Portanto, apesar do crescimento do número de pessoas com sofrimento psíquico de alguma ordem e conseqüentemente das demandas por serviços de saúde mental este tipo de cuidado ainda é visto de forma estigmatizada e se torna uma barreira de acesso para a atenção a saúde mental.

### **Norbert Elias: O Processo Civilizador**

A fragilidade das estratégias coletivas de enfrentamento das situações de violência nos contextos dos CAPS, ainda que estes serviços tenham nascido justamente de propostas de enfrentamento coletivo das violências sofridas por pessoas institucionalizadas em manicômios, hoje estes espaços têm recebido grandes demandas por cuidado do sofrimento causado pelas diversas situações de violência presentes em nossa sociedade e ainda assim têm se estruturado para acolhê-las com foco em seu aspecto subjetivo, muitas vezes de forma patologizante, numa perspectiva individualizante e não como problemática social e cultural, sem o fortalecimento de estratégias de enfrentamento já instituídas em seu processo de trabalho como a própria ficha de notificação. É possível pensar, portanto que as formas de mortificação do eu e organizações totalizantes de instituições de cuidado continuam perpetuadas ainda que num novo modelo assistencial.

Por isso são colocadas as questões: quais processos levaram a estruturação dessa lógica do individualismo? Por que, mesmo em espaços coletivos de cuidado, as situações de violência, muitas vezes em decorrência de situações comuns aos indivíduos, são sistematicamente

abordadas em salas fechadas, tratadas como doenças, considerando o cuidado centrado apenas no indivíduo com um possível diagnóstico e não na sociedade adoecida?

O sociólogo Norbert Elias traz discussões sobre o processo civilizatório como transformador do comportamento humano em *O processo civilizador, Vol. 1*, traduzido em 1994<sup>4</sup>, que ajudam a compreender como a construção de nossa organização em sociedade foi influenciada por uma série de mudanças nas atividades e cotidianos antes coletivos na Idade Média, como comer, beber, dormir, habitar, etc., para os moldes de civilidade e caracterização da individualidade que conhecemos na atualidade. Assim, buscou-se estabelecer uma relação para o que se denomina processo de individualização nos atendimentos às situações de violência nos CAPS e a retomada do processo histórico e subjetivo de civilização descrita por Elias.

Elias referencia o início da ideia de civilização na Idade Média, quando em nome da cruz, da religião, e mais tarde da civilização, a sociedade do Ocidente trava guerras de colonização e expansão atravessadas pelo Cristianismo, considerando assim a violência e crueldade como realidades da época, favorecidas inclusive pela Igreja Católica.

A ideia de civilidade trazida por Elias mostra um processo de transformação social no Ocidente que ficou marcado especialmente na obra de Erasmo de Rotterdam em seu tratado: *Da civilidade pueril* (século XVI), que visava à educação de crianças nobres para aspectos do cotidiano e convívio na sociedade da época. Tal tratado é importante na obra de Elias justamente por mostrar como novos costumes pautados no controle das emoções, instintos e comportamento foram moldando a sociedade, principalmente a partir das crianças, num processo de incorporação da civilidade nos indivíduos.

Sobre os costumes, o autor mostra como o comer na Idade Média significava não só o ato de se alimentar, mas sim de se relacionar, já que diferentes classes de pessoas comiam ao mesmo tempo, compartilhavam utensílios, alimentos e bebidas de forma coletiva. Elias (1939) diz que a técnica padrão de comer nesse período corresponde a um padrão muito especial de relações humanas e estrutura de sentimentos, que sofreram grandes modificações e introdução de nuances com o passar do tempo.

O autor chama atenção para o sentimento de embaraço que é causado já na época de seu escrito, década de 1930, no que diz respeito aos costumes contidos no tratado de Erasmo, principalmente em relação às funções corporais aceitas na sociedade da época, tamanha a mudança na estrutura das emoções na sociedade civilizada:

---

<sup>4</sup> Originalmente escrito em 1939.

Um dos sintomas do processo civilizador é ser embaraçoso para nós falar ou mesmo ouvir muito do que Erasmo diz. O maior ou menor desconforto que sentimos com pessoas que discutem ou restringem essas funções corporais mais abertamente, que ocultam ou restringem essas funções menos que nós, é um dos sentimentos dominantes no juízo de valor “bárbaro” ou “incivilizado”. Tal então é a natureza do “mal-estar” que nos causa a “incivilização” ou, em termos mais precisos e menos valorativos, o mal-estar ante uma diferente estrutura de emoções, o diferente padrão de repugnância, ainda hoje encontrado em numerosas sociedades que chamamos de “não civilizadas” (...).

(ELIAS, 1939, p. 72)

O objetivo dessa discussão passa, portanto, não só pela apresentação da mudança de costumes e ações nas diferentes sociedades (civilizadas *versus* não civilizadas), mas principalmente como essas diferentes relações que envolvem o nível da consciência racional e emocional modelaram com o passar dos anos estruturas de caráter e relações entre os indivíduos. Elias aponta que as próprias emoções foram condicionadas a formas de relações e condutas de acordo com um padrão de diferenciação entre os corpos e indivíduos, rompendo com processos coletivos antes naturalizados e que hoje causam vergonha:

O que faltava nesse mundo “*courtois*”, ou no mínimo não havia sido desenvolvido no mesmo grau, era a parede invisível de emoções que parece hoje se erguer entre um corpo humano e outro, repelindo e separando, a parede que é frequentemente perceptível à mera aproximação de alguma coisa que esteve em contato com a boca ou as mãos de outra pessoa, e que se manifesta como embaraço à mera vista de muitas funções corporais de outrem, e não raro à sua mera menção, ou como um sentimento de vergonha quando nossas próprias funções são expostas a vista de outros, e em absoluto apenas nessas ocasiões.

(ELIAS, 1939, p.82)

No que diz respeito às emoções e impulsos, Elias (1939), mostra através do tratado de Erasmo a modelagem dos indivíduos desde a infância por meio da vergonha, inclusive sob a referência da onipresença de anjos para justificar o controle de impulsos aos quais crianças não estão acostumadas a realizar. Sobre os jovens, o sentimento de ansiedade é despertado para reprimir o prazer de acordo com a conduta social aceita. A renúncia do instinto – antes exposto e naturalizado – auto imposta através do medo e receio de cometer infrações de conduta aparecem então como a vergonha e medo de demonstrá-lo diante de outras pessoas.

Para Elias (1939), a estrutura emocional do homem é composta por uma totalidade, por isso os instintos apesar de partirem de diferentes orientações e funções (fome, fala, desejo sexual, agressividade) funcionam em complementaridade e suas formas impressas socialmente são cruciais para o funcionamento dos indivíduos e sociedade. Com essa ótica,

Elias também tece discussões sobre a relação da agressividade e seus instintos, que também sofreram grandes mudanças ao longo do tempo.

Na sociedade medieval a guerra, a caça, atitudes de crueldade contra inimigos eram socialmente permitidas e faziam parte dos prazeres da vida. Segundo Elias (1939, p. 191), a liberação das emoções, não só em batalhas, durante a Idade Média era bastante franca e desinibida, sendo a crueldade e destruição provas de superioridade física contra os inimigos, que assim estruturavam uma forma de controle social do mais forte sobre o mais fraco com amparo da organização estatal:

Explosões de crueldade não excluía ninguém da vida social. Seus autores não eram banidos. O prazer de matar e torturar era grande e socialmente permitido. Até certo ponto, a própria estrutura social impelia seus membros nessa direção fazendo com que parecesse necessário e praticamente vantajoso comportar-se dessa maneira.  
(ELIAS, 1939, p.192)

Pensando na estrutura e organização social da época, fica claro que os instintos não só eram fundantes da cultura e comportamento, mas também condicionados às demandas construídas socialmente. As disputas de poder com caçadas humanas, guerras, mortes banais de inimigos e inocentes, dizem de uma sociedade em que não se temia morrer e que se valorizava esse tipo de ação em vida como afirmação de poder e existência, delineando relações sociais entre classes, famílias, grupos como os guerreiros, em identificações coletivas e com pouco controle das emoções.

O controle emocional exigido na Idade Média partia de uma sociedade e civilização em franca estruturação, em que os territórios e poderes estavam em grande disputa no Ocidente, o que muda com o aumento de autoridades centralizadas em Estados ao longo do tempo, levando as sociedades a serem forçadas a viver em paz entre si. Já na atualidade, Elias (1939), afirma que com o estado moderno e a prodigialização sobre a propriedade e os indivíduos se instaurou um estado de proteção, o que tornou os costumes pacificados, gerando mudanças no controle emocional com a economia dos instintos e interferências nos indivíduos. O autor ainda cita que mesmo as guerras no mundo civilizado não permitem rédeas livres ao prazer provocado e que é necessária uma imensa perturbação social para que tais instintos proibidos sejam legitimados.

Desde instintos/ emoções como a fome, até instintos como a pulsão de morte, Elias (1939) tece uma rede de significados para o processo de transição da sociedade desde o século XVI até a modernidade num processo civilizatório. Neste panorama é possível encontrar pistas de como as organizações de estruturas sociais caminharam cada vez mais para o controle das

emoções, das relações e dos indivíduos em si. Se pensarmos na agressividade como um instinto que era valorizado e natural na sociedade, hoje vivemos um forte controle desse tipo de emoção seja internamente quanto externamente por repressão do Estado e demais indivíduos sociais.

As mudanças na sociedade e condutas dos indivíduos descritas por Elias (1939) também marcam a mudança em longo prazo na estrutura da personalidade dos indivíduos, o que delimita costumes que se encaixam nos conceitos de “normal” e “anormal”. Os instintos na sociedade moderna além de controlados foram refinados e ainda no que diz respeito ao prazer pela violência, o autor cita que as emoções a ela relacionadas sofreram transformações, levando a existência desses sentimentos apenas em sonhos ou em explosões isoladas que explicamos como patológicas.

Segundo Elias (1939), este isolamento das funções antes naturais da vida pública, só se tornaram possíveis pelo aparelhamento técnico da sociedade que solucionou o problema de suas exposições, deslocando-as para locais mais discretos. Tais aparelhos nomeados aqui como as normas, a vergonha ou embaraço, o sentimento de repugnância e nojo juntamente com a conduta reconhecida como “higienicamente correta”, a censura e pressão da vida social.

O autor também explica que tais normas e aparelhos levam os indivíduos a estarem inseridos ou não na sociedade:

Atualmente, o círculo de preceitos e normas é traçado com tanta nitidez em volta das pessoas, a censura e pressão da vida social que lhes modela os hábitos são tão fortes, que os jovens têm apenas uma alternativa: submeter-se ao padrão de comportamento exigido pela sociedade, ou ser excluído da vida num “ambiente decente”. A criança que não atinge o nível de controle das emoções exigido pela sociedade é considerada como “doente”, “anormal”, “criminosa”, ou simplesmente “insuportável”, do ponto de vista de uma determinada casta ou classe e, em consequência, excluída da vida da mesma.

(ELIAS, 1939. P. 146)

É possível dizer que o processo de desenvolvimento social ao passar dos séculos na ascensão da civilização foi pautado no controle dos instintos, emoções, ações, relações e dos corpos – começando pelas crianças –, moldando assim estruturas da sociedade moderna e personalidades/subjetividades de seus indivíduos, que hoje identificam certos comportamentos antes da ordem do coletivo social como não naturais e anormais, tornando-se assim disciplinados. Um dos processos que se propõe a tentar significar aqui foi o de internalização de condutas que já foram de expressão coletiva, como a agressividade e

situações de violência que hoje vivemos de forma cada vez mais isolada com um alto grau de subjetivação, a ponto de produzir vivências paradoxais em que processos de ordem coletiva/social, como o sofrimento em decorrência de situações de violência, são experienciados de forma individualizada e por serem desviantes do padrão social da civilização.

Por fim, entende-se que com as mudanças sociais advindas do processo civilizador e principalmente da disciplina imposta aos corpos, situações como as de violência em nossa sociedade atual foram direcionadas a um campo “privado” e “secreto”, reprimindo-as nos próprios indivíduos como descreve Elias (1994) quando fala da parede invisível de emoções que separam os corpos uns dos outros. Sendo assim, a repressão da violência e individualização de suas vivências passa a ser a nova conduta naturalizada e civilizada, de forma a manter certo controle e docilidade dos corpos, já que tais condutas não cabem mais na sociedade moderna e precisam ser/estar controladas.

### **Richard Sennett e o Declínio do homem público**

Dando sequência a reflexão iniciada com Elias sobre o processo civilizador e suas influências na sociedade moderna, sobre quais tipos de emoções e instintos são aceitos nos espaços coletivos para garantia da vida em sociedade, e como tais modelagens foram formando a organização social, resgata-se Richard Sennett e sua discussão sobre o papel do público e do privado na sociedade moderna para contextualizar a estruturação de uma sociedade voltada para a vida íntima, particular e cada vez mais caracterizada pelo isolamento, também com forte influência dos moldes de emoções e sentimentos aceitos na vida privada e na vida pública como formas de construção da personalidade e caráter dos indivíduos.

Em *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade* (edição de 1998<sup>5</sup>), Sennett discute, a relação e as diferenças entre a vida pública e a vida privada, desde a sociedade romana até a vida na sociedade atual. Na sociedade romana antiga os indivíduos passaram a tratar a vida pública como algo de ordem da obrigação formal, tornando assim os contatos fora do círculo familiar como deveres sociais. O autor compara o período com a vida pública atual ao afirmar que hoje também se tornou questão de obrigação formal, em que intercâmbios com estranhos são considerados na melhor das hipóteses formais e áridos, já que tais figuras se tornaram ameaçadoras. As vivências da ordem pública e do convívio com o

---

<sup>5</sup> Originalmente escrito em 1943.

coletivo social – que não dizem respeito à família – passaram a representar vínculos associados apenas ao compromisso mútuo que possa existir entre diferentes sujeitos para questões que são necessários acordos, fóruns e a organização das cidades.

A principal diferença entre a era romana e o presente moderno para Sennett (1943) está no significado da privacidade, já que hoje este também pauta a construção de nossas psiques, sentimentos e personalidades:

Considera-se essa vida psíquica tão preciosa e tão delicada que fenecerá se for exposta às duras realidades do mundo social e que só poderá florescer na medida em que for protegida e isolada. O eu de cada pessoa tornou-se seu próprio fardo; conhecer-se a si mesmo tornou-se antes uma finalidade do que um meio através do qual se conhece o mundo. E precisamente porque estamos tão absorvidos em nós mesmos, é-nos extremamente difícil chegar a um princípio privado, dar qualquer explicação clara para nós mesmos ou para os outros daquilo que são as nossas personalidades.  
(SENNETT, 1943, p. 16)

O autor chama esse processo de *privatização da psique* e explica que com sua menor estimulação também são geradas dificuldades na percepção e expressão dos sentimentos. Sob uma visão psicológica, tal ação também inibe o desenvolvimento de forças básicas da personalidade, uma vez que, como afirma Sennett (1943, p. 17):

(...) as relações civilizadas entre os indivíduos só podem ter continuidade na medida em que os desagradáveis segredos do desejo, da cobiça ou inveja forem mantidos a sete chaves. (...) Multidões de pessoas estão agora preocupadas, mais do que nunca, apenas com as histórias de suas próprias vidas e com suas emoções particulares; essa preocupação tem demonstrado ser mais uma armadilha do que uma libertação.

Sennett (1943, p. 18) fala sobre as mudanças nas sociedades ocidentais que estão voltadas para a interioridade dos indivíduos:

(...) em meio à preocupação consigo mesmo, ninguém pode dizer o que há dentro. Como resultado, originou-se uma confusão entre vida pública e vida íntima: as pessoas tratam em termos de sentimentos pessoais os assuntos públicos, que somente poderiam ser adequadamente tratados por meio de códigos de significação impessoal.

O autor relata que antes do século XIX o domínio do eu ainda não correspondia à expressão de personalidade dos sujeitos como formas de marcá-los como únicos no mundo e na sociedade, mas que hoje as experiências impessoais carecem de sentido e a vida social se apresenta como uma ameaça por ser incontrollável já que não pertence à intimidade, delimitando assim um formato de sociedade intimista.

Para Sennett (1943), a ideia moderna de personalidade está naquilo que é aceito dentro do domínio público (e não necessariamente é natural dos sujeitos), enquanto a expressão natural do caráter se introduziu no domínio privado, tendo a expressão involuntária de sentimentos como um dos principais temores que pautam o controle do comportamento e da autoconsciência, a ponto de ser tema de análises médicas desde o século XIX sobre o medo da involuntariedade, da expressão errônea, das necessidades corporais, na tentativa de oferecer métodos de criar ordem no comportamento, com o autor relata:

Além dessa entrada da personalidade na sociedade e de sua interseção com o capitalismo industrial em público produziram-se todos os sinais de desastre psicológico quanto aos novos termos da cultura pública. O medo da exposição involuntária do caráter, a superposição do imaginário público e do privado, o retraimento defensivo diante dos sentimentos e o aumento da passividade.  
(SENNETT, 1943, p. 241)

A organização da sociedade sob a égide da intimidade, da privacidade, leva à interiorização de vivências que podem gerar exposição e questionamento do caráter dos indivíduos, como explicou o autor, através de mecanismos de retraimento e passividade dos sentimentos. Sobre este tópico, é importante provocar a reflexão sobre as formas de vinculação das situações de violência com os sujeitos que as experienciam, principalmente como vítimas. O processo de retraimento e encoberta faz parte de uma tentativa de preservação do caráter privado dos sujeitos, de forma que estes não sejam questionados por terem seus eus vinculados à violência que é encarada como uma ação sem espaço na vida pública e na privada. É importante frisar esta discussão, já que tal mecanismo acontece não só com as vítimas de violência, mas também com as pessoas que se propõem a cuidar das intimidades destes sujeitos como os profissionais de saúde mental, e que não estão inertes à organização e construção da sociedade moderna.

Em relação à vida pública, o autor afirma que o comportamento público diz respeito às ações que são tomadas a certa distância do eu, de sua história, suas necessidades, com implicações à composição diversa da sociedade, com seus posicionamentos e comportamentos:

O “publicismo” toma parte em um equilíbrio mais amplo na sociedade. Além disso, enquanto parte de um todo maior, ele tem suas significações, em termos de comportamento político: a concepção dos direitos, a organização da família e os limites do Estado (...). (SENNETT, 1943, p. 116)

Compreendendo, as diferenças entre o que o autor chama de vida pública, vida privada e as implicações construídas historicamente que culminaram na configuração da sociedade



moderna, a relação entre a vida coletiva, em comunidade e a forte atmosfera individual e privada fica marcada pelas dificuldades de transposições, que causam isolamento dos indivíduos e durezas nas relações sociais mesmo naquilo que possa ser a respeito das intimidades presentes nos coletivos. Isto é posto pelo debate sobre as dificuldades de construção e fortalecimento de estratégias coletivas de enfrentamento da violência, ainda que suas vivências estejam disseminadas nos diversos sujeitos que compõem a sociedade e que, muitas vezes, as vive apenas no âmbito da intimidade.

Sennett (1943), de forma precisa define comunidade como:

A ideia de comunidade que está envolvida aqui é a crença de que quando a pessoa se abre umas com as outras cria-se um tecido que as mantém unidas. (...) A maneira mais simples pela qual uma identidade comunal se forma é quando um grupo se acha ameaçado em sua própria sobrevivência, tal como nas guerras ou em outras catástrofes. Ao empreender uma ação coletiva para fazer face a essa ameaça, as pessoas se sentem mais próximas umas das outras e procuram imagens que as mantenham unidas.  
(SENNETT, 1943, p. 274)

A ideia proposta de comunidade para o autor se baseia no fortalecimento da vida pública como meio de união, compartilhamento e construção de um eu compartilhado socialmente. Apesar disso, Sennett (1943, p. 275) afirma que com a erosão da vida pública, a conexão entre ações compartilhadas e possível identidade coletiva desmorona e questiona: “Se as pessoas nem estão falando umas com as outras nas ruas, como poderão saber quem são como um grupo?”. Uma das conclusões de Sennett (1943) é de que:

Em suma, a crença nas relações humanas diretas em escala intimista nos seduz e nos desvia da conversão de nossa compreensão das realidades do poder em guias para nosso próprio comportamento político. O resultado disso é que as forças de dominação ou a iniquidade permanecem intocadas  
(SENNETT, 1943, p. 414)

Há, portanto um processo vigente na sociedade de naturalização e individualização que em correlação com o tema deste estudo pode esclarecer influências na perpetuação da violência voltada ao campo individual e reafirmada nesta posição por estratégias de cuidado que visem apenas às subjetividades.

### **Cristophe Dejours: A Organização do trabalho em saúde**

Seguindo as discussões e diálogos com os autores acima compreende-se que o campo de estudo (saúde mental e CAPS) e o pressuposto e objeto (sobre as ações do trabalho na saúde mental) foram contextualizados e refletidos de modo a substanciar o tema. No entanto se faz

necessário abrir espaço e olhares direcionados aos atores deste estudo: os trabalhadores. Neste tópico o debate volta-se para a organização do trabalho em saúde, a fim de contextualizar os significados do trabalho e suas repercussões nos sujeitos/ trabalhadores e suas subjetividades com referências de Cristophe Dejours e outros autores relacionados.

No trabalho nos CAPS, diferente dos manicômios, há o objetivo de acolher pessoas em sofrimento psíquico, promover integração social e familiar, incentivar a autonomia dos sujeitos fora da instituição, dentre diversas outras tarefas do cuidado. De acordo com as portarias que os regulamentam, o trabalho deve ser realizado por equipes multiprofissionais e baseado na clínica ampliada, seguindo os princípios do SUS, fato que correlaciona todo o contexto do trabalho com o econômico, social, cultural, demográfico e político.

Sobre o processo de trabalho, Peduzzi e Schraiber (2009) retomam Marx (1994) para definir o conceito a partir da atividade do homem que opere uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos de trabalho para a produção, tendo essa transformação subordinada a um fim. As autoras ainda definem que o objeto (que sofrerá a ação transformadora) descrito por Marx, no que tange o campo da saúde, está relacionado às necessidades humanas de saúde e ao recorte feito pelo “olhar” contido em um projeto de transformação (finalidade). Para tanto, os profissionais de saúde contam com instrumentos definidos como materiais e não materiais, numa concepção de que os primeiros são relacionados a equipamentos, medicamentos, etc.; e o segundo aos saberes, articulações e arranjos desenvolvidos no processo de trabalho. Por isso, Peduzzi (1998 apud 2009) interpreta que o profissional de saúde pode ser ele próprio o instrumento de trabalho, trazendo um fator de subjetividade para tal organização de trabalho que se torna complexa.

Sobre o trabalho e as funções desempenhadas Dejours (1997) usa as expressões “trabalho prescrito” e “trabalho real”, sendo a primeira para atividades que são advindas de instruções, normativas, com planejamento e ordenamento prévio ao sujeito/ trabalhador que as executa e a segunda para tarefas que são desempenhadas diante das variações realizadas pelos diferentes sujeitos em independentes formatos quando esta não pode ser executada rigorosamente como o prescrito.

Sobre o conteúdo significativo da tarefa, Dejours (1992) mostra a existência de uma relação tanto interna (narcísica) quanto externa:

(...) ao mesmo tempo em que a atividade de trabalho comporta uma significação narcísica, ela pode suportar investimentos simbólicos materiais destinados a um outro isto é, ao Objeto. (...) A atividade do trabalho, pelos gestos que ela implica, pelos instrumentos que ela movimenta, pelo material tratado, pela atmosfera na qual ela opera, veicula um certo número de

símbolos. A natureza e o encadeamento destes símbolos dependem, ao mesmo tempo, da vida interior do sujeito, isto é, do que ele põe, do que ele introduz de sentido simbólico no que o rodeia e no que ele faz. Todas estas significações concretas e abstratas organizam-se na dialética com o Objeto. (DEJOURS, 1992, p. 50)

Portanto, no trabalho no campo da saúde mental o trabalhador opera o cuidado também através de seus conteúdos internos e subjetividade a fim de construir significado para as ações, em concordância com Dejours (2009) que explica que a inteligência utilizada em qualquer trabalho se estrutura pela mobilização da subjetividade.

Além disso, o trabalho baseado em Projetos Terapêuticos Singulares convoca o profissional do cuidado à – independente das similaridades dos casos – desenvolver um plano de ação e ter manejos únicos para cada usuário com quem se estabelece uma relação terapêutica dentro dos CAPS. Ramminger (2002) discute como característica principal do trabalho em saúde mental o uso das relações intersubjetivas como ferramentas, já que a clientela que se encontra em serviços desse tipo geralmente passou pela falência ou desagregação de relações.

Trabalhar, portanto supõe não só o uso da inteligência, mas também a capacidade de suportar afetivamente o fracasso que a realidade muitas vezes apresenta diante do saber fazer e do domínio técnico (Dejours, 2009).

Outro ponto relacionado ao trabalho nos CAPS é a questão da flexibilização do trabalho e as relações de precarização introduzidas através da política neoliberal, que moldaram tais condições de trabalho com maior instabilidade dos vínculos, riscos e requisitos de produtividade.

Dejours (1992) relaciona o rendimento, ritmo e cotas das produções exigidas no trabalho ao surgimento de ansiedade nos trabalhadores que estão o tempo todo sendo colocados em xeque pelo aumento das imposições, pelas hierarquias, pelas súbitas mudanças nos postos de trabalho e pela falta de recursos humanos.

Tal cenário faz com que a organização do trabalho se enrijeça, com divisões acentuadas e possibilite cada vez menos a produção de significado entre trabalhador-objeto de trabalho, aumentando assim as vivências de sofrimento, como aponta Dejours (1992, p. 133):

(...) a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projeto, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e a

seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

Portanto, além dos olhares e análises para os cenários das unidades e da execução ou não de tarefas do cuidado, é importante que a organização do trabalho também seja pauta do estudo, já que esta atravessa o objeto de pesquisa (prevenção e cuidado de situações de violência e uso das fichas de notificação) pelas marcas que produz nos trabalhadores e suas ações e cotidianos.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ (ENSP/FIOCRUZ) e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Bernardo do Campo (SP), de acordo com os parâmetros preconizados pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob número de parecer 3.300.156 e CAAE 10775119.4.000.5240 no CEP da instituição de ensino e autorizado à realização da pesquisa pela cidade através do processo SB.022868/2019-67.

Somente após as devidas aprovações a pesquisadora iniciou contato com as unidades de saúde indicadas. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o caráter voluntário de suas participações, bem como objetivos, métodos, riscos e benefícios envolvidos na pesquisa. Aqueles que se voluntariaram, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com dados sobre a pesquisa, pesquisadora e instituição de origem, bem como garantia de sigilo e anonimato sobre suas identidades no estudo. O trabalho de campo e as entrevistas só tiveram início após consentimento formalizado por meio de assinatura do TCLE.

## 6. PERCURSO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada utilizando o método qualitativo, descrito-analítico reconhecendo significados, vivências, ações e não-ações dos sujeitos participantes do estudo como centrais na proposta de investigação.

Passos (2009) apresenta a ideia de que, na pesquisa em saúde, o objeto exige um procedimento que possa incluir sua dimensão subjetiva, já que toda prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, pelo que se expressa nesse encontro. Por isso, aqui se fez a escolha por esta abordagem que pode ser compreendida como a afirmação do campo das subjetividades e simbolismos na pesquisa e também o método que possibilita a interação entre as subjetividades que compõe o pesquisador e sujeitos de pesquisa, como afirmam Minayo e Sanches (1993, p. 244):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

É então a partir dos questionamentos e aproximações entre o que é ‘sujeito pesquisador’ e o que é ‘objeto/ sujeito pesquisado’ que a pesquisa de campo ora apresentada surge como estratégia metodológica, já que além de uma investigação, com ela se objetiva a produção de reflexão acerca de experiências em comum na busca pela compreensão da realidade social que permeia os sujeitos e campo que fizeram parte do estudo.

Para alcançar o objetivo é fundamental a compreensão das particularidades que podem caber num “objeto” de pesquisa quando citamos a perspectiva subjetiva como um dos pontos de investigação. Assim, a pesquisa qualitativa abre caminhos para o que não pode ser quantificado, como chamam a atenção Minayo, Deslandes e Gomes (2013, p. 21):

(...) ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Figueiredo (2006) a partir de Moles (1995) resgata o conceito de ciência por vias de se fazer. Tal conceito é importante aqui tanto pela escolha de método de investigação da pesquisa, como de análise que será explicitada mais adiante, já que como a autora explica:

Diferente das ciências acabadas – que buscam uma linguagem universal e não admitem a contradição -, a ciência por vias de se fazer refere-se ao campo dos possíveis – ao inesperado, àquilo que se apresenta como tal -, sem que para isso seja necessário perguntar sobre suas razões ou origem, e depende, inextricavelmente, da realidade social e histórica (p. 39).

Sendo assim, através deste percurso metodológico foram criados espaços para descobertas sobre os contextos, histórias, percepções, conflitos e potencialidades que permeiam o tema da violência nos serviços de saúde mental fazendo jus a sua complexidade e necessidade de discussão e produção de conhecimento.

## 6.2 CAMPO

A pesquisa foi realizada na cidade de São Bernardo do Campo (SBC). Localizada na região Metropolitana de São Paulo, SBC faz parte da região do Grande ABC que é composta por 7 municípios (Santo André, SBC, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra), entre estes a cidade é a mais populosa - pop. estimada em 838.936 pessoas em 2019 (IBGE, 2019) - e a maior em território - 409,532 km<sup>2</sup> (IBGE, 2019), compondo aproximadamente 50% de todo o Grande ABC.

Com foco na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os cenários centrais da pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III com público alvo de adultos da cidade com sofrimento ou transtornos mentais.

É importante justificar que o interesse em buscar a rede de saúde mental desta cidade se deu pela sua recente ampliação, em comparação as demais cidades da região metropolitana de São Paulo, e grandes investimentos realizados na estruturação de serviços alinhados às premissas da Política de Saúde Mental e a da lei 10.2016/2001 embora seja uma cidade extensa, com grande densidade populacional e diversidade de perfis socioeconômicos em seu território de abrangência<sup>6</sup>.

Para escolha das unidades, foi solicitada à Secretaria de Saúde do município dados históricos da RAPS com objetivo de identificar qual foi o primeiro CAPS criado na cidade e a indicação dos CAPS com maior e menor média de notificações nos últimos três anos para que tais unidades fossem incluídas no estudo. Apesar disso, tais critérios não foram integralmente

---

<sup>6</sup> Dados encontrados em:

<https://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/bons-exemplos/rede-de-saude-mental-de-sao-bernardo-do-campo-e-referencia-nacional.shtml>;

<http://www.saobernardo.sp.gov.br/a-cidade-em-numeros>;

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>

respeitados. É importante contextualizar que a Secretaria de Saúde apesar de indicar as unidades participantes da pesquisa não discriminou se as mesmas atendiam aos critérios de inclusão e em caso positivo qual se encaixava em cada critério determinado pela pesquisa. Assim, a pesquisa foi realizada em três CAPS Adultos, sendo possível apenas afirmar que um deles foi o primeiro implantado na cidade de acordo com os dados colhidos nas entrevistas com seus trabalhadores.

O campo da pesquisa foi estruturado sob os seguintes *critérios de inclusão*:

1. O primeiro CAPS implantado na cidade;
2. Os dois CAPS com maior e menor média de notificações de casos de violência nos últimos três anos.

### 6.3. SUJEITOS/PARTICIPANTES DA PESQUISA

As entrevistas foram realizadas com três profissionais de saúde cada um dos CAPS – total de 9 participantes -, todas nas próprias unidades e durante o melhor momento definido pelos profissionais dentro de seus horários de trabalho, sob autorização de seus devidos gestores.

A participação de caráter voluntário foi informada pela pesquisadora nos convites aos profissionais, reforçando a importância de que dentre os profissionais que se disponibilizassem para as entrevistas estivessem aqueles com interesse em participar da pesquisa de forma livre. Também foi esclarecido que era aceita a possibilidade de não haver profissionais interessados em participar da pesquisa nas unidades. Apesar disso, abertamente os participantes trouxeram em seus relatos que foram escolhidos pelas gerentes das unidades de forma não voluntária. Muitos deles não estavam presentes no dia dos convites e a maior parte não sabia sobre o que se tratava o encontro antes dele acontecer, ou seja, não houve disseminação da informação e esclarecimentos sobre a pesquisa apesar dos esforços da pesquisadora em ofertá-los. Os critérios de inclusão não foram integralmente respeitados, já que em um dos CAPS um dos participantes não tinha um ano de trabalho na RAPS de SBC e em outro CAPS a pesquisadora precisou negociar com a equipe e reforçar a necessidade do respeito às categorias previstas, visto que foram indicados dois profissionais com o mesmo nível de formação inicialmente.

Em momento prévio as entrevistas, os participantes foram esclarecidos novamente sobre a proposta, bem como do respeito aos seus limites diante de possíveis constrangimentos e/ou desconfortos durante as entrevistas. Nenhum participante expressou dúvidas neste momento ou referiu desconforto em algum tema ou momento dos diálogos gerados pelo roteiro



norteador das entrevistas. Ao fim das entrevistas a pesquisadora se colocou novamente à disposição em caso de dúvidas ou surgimento de novas questões, além de troca de informações e conhecimentos caso fosse do interesse dos profissionais. Foi informado a todas as equipes e participantes das entrevistas o compromisso da pesquisadora de dar devolutivas tanto nos CAPS participantes quanto na Secretaria de Saúde sobre os resultados encontrados no período posterior a conclusão do estudo.

### ***Critérios de inclusão***

1. Profissionais com no mínimo um ano de trabalho na mesma rede e vinculação mínima de 20h semanais nos serviços, para que seja possível estabelecer diálogos em profundidade sobre sua rotina e experiências acerca do trabalho em saúde mental e do contexto da violência;
2. Um profissional com formação de nível médio, um profissional com formação de nível superior e o (a) gestor da unidade no momento das entrevistas, a fim de proporcionar maior representatividade da equipe que opera de maneira multiprofissional respeitando as limitações de tempo para desenvolvimento da pesquisa;
3. Profissionais com desejo e disponibilidade de participar das entrevistas.

Além das entrevistas, foi utilizado o **diário de campo** em que a pesquisadora realizou registros de todos os seus contatos com as unidades (inclusive telefônicos) e além dos fatos pôde descrever em notas intensivas suas percepções e reflexões geradas pelos encontros, cenários e cenas. Este registro foi fundamental para a recuperação de detalhes e sutilezas que contextualizam e significam alguns dos discursos dos profissionais possibilitando melhora na qualidade da análise dos dados. Além deste objetivo é importante dizer que o diário de campo ofertou espaço potente de elaborações das reflexões geradas na pesquisadora de questões abertas pelo processo de pesquisa que muitas vezes se constrói de forma solitária e instigante.

## **6.4 ABORDAGENS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES**

Após aprovação do projeto nas duas instituições participantes e seus respectivos Comitês de Ética foram feitos contatos com as unidades de saúde participantes para uma abordagem inicial com cada gerente. Houve dificuldades no desenvolvimento deste passo da pesquisa visto os constantes desencontros com as gerentes das unidades nos momentos de ligação telefônica. Também houve certo grau de complexidade na administração das diversas agendas (pesquisadora, gerentes, técnicos, reuniões, momentos das unidades, etc.) para a realização

das abordagens presenciais, o que tornou o processo mais moroso por demandar que a pesquisadora realizasse esta fase de forma exclusiva em um CAPS por vez.

Concluída esta etapa a pesquisadora realizou visitas às unidades para convidar às gestoras e profissionais da equipe a participarem do estudo. O processo de ‘convite’ não se deu de forma universal, já que foi necessário adaptar diversas rotinas para torná-lo possível. Em todos os CAPS houve uma conversa prévia para esclarecimentos com as gerentes das unidades e depois os convites aos demais técnicos foram realizados em espaços de ‘passagem de plantão’ com equipe reduzida em dois CAPS e na reunião de equipe com maior parte dos profissionais presentes de apenas um CAPS. Ainda que em diferentes formatos de abordagem a pesquisadora seguiu um mesmo processo de apresentação do projeto e disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas.

Durante os momentos de apresentação e convites foi possível perceber que houve menor atenção dos profissionais que se encontravam nas passagens de plantão, embora em nenhum dos três CAPS os profissionais tenham expressado curiosidade ou dúvidas sobre o projeto na presença da pesquisadora. A pesquisadora expressou também a disponibilidade integral via telefone, email ou por novos encontros para possíveis esclarecimentos.

## 6.5 MÉTODO DE ANÁLISE

Retomando o conceito de ciência por vias de se fazer discutido por Figueiredo (2006), é importante ressaltar que ainda que este fale do campo dos possíveis não está relacionado à ideia de indeterminação. Ainda que por vias de se fazer, há uma zona estruturada, com conteúdo histórico e contradições que fazem parte da realidade social que se busca estudar. A estrutura citada pela autora faz menção às espirais, pois em seu desenvolvimento volta a passar pelos mesmos pontos, mas em níveis diferentes de integração e complexidade dos seus instrumentos condicionadores da objetivação. Para Figueiredo (2006, p. 39), a ciência por vias de se fazer:

Fundamenta-se numa lógica informal – dialética do concreto, do cotidiano -, numa perspectiva histórica do mundo fenomênico, cuja estrutura e sistema são variáveis segundo as condições de tempo e lugar; tendo sua ordem e legitimação próprias, podendo ser reveladas e descritas através de um conhecimento operacionalizado com base na realidade e sua abstração, na separação do essencial e do secundário, sempre acompanhada da percepção do todo.

É diante desta reflexão e da escolha de trajeto e instrumentos metodológicos da pesquisa que a Análise do Discurso ganha fundamental sentido para tornar possível um mergulho em

profundidade em toda forma/conteúdo histórico, dialético e subjetivo que se busca conhecer e analisar neste estudo.

Assim, as entrevistas foram submetidas à Análise do Discurso (AD) da Escola Francesa que tem seus pilares fundamentados em três campos do conhecimento: a teoria psicanalítica, o materialismo histórico e dialético do marxismo e a linguística.

Tais pilares marcam a análise através da AD pela compreensão da relação do discurso do sujeito com o simbólico e seu inconsciente, dos fenômenos narrados em sua materialidade social e histórica e pela análise e compreensão da linguística na perspectiva da pluralidade de sentidos possíveis nas formações discursivas.

Orlandi (2000, p. 21) explica que o discurso em questão é efeito de sentidos entre locutores:

(...) não se trata de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade, etc.

Pêcheux (1997) explica o uso da AD por possíveis caminhos:

1. Da compreensão do tema como um enunciado – que fala de uma memória e de um acontecimento -;
2. Da questão filosófica relacionada à estrutura do discurso;
3. Da descrição e interpretação do discurso à luz de um “domínio profissional”, de problemas teóricos relacionados ao tema.

Por fim, é muito importante dizer que com este percurso metodológico e de análise dos dados assume-se que a interpretação dos discursos, com seus conteúdos verbais, gestos, olhares e silêncios, também tem na incompletude uma característica central de seu processo de significação, explicada por Orlandi (2001, p. 19) como:

A relação pensamento/linguagem/mundo permanece aberta, sendo a interpretação função dessa incompletude, incompletude que consideramos qualidade e não defeito: a falta, como temos dito em abundância, é também o lugar do possível na linguagem.

É a partir de todo aprendizado ofertado pela AD que nesta pesquisa se objetivou percorrer o caminho da ciência por vias de experienciar o processo de construção do conhecimento em espiral e de forma dialética com os sujeitos participantes diante de todos seus saberes, representações, conteúdos subjetivos e historicidade. Para isso, as entrevistas com todos os profissionais foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora, com as devidas

substituições de nomes dos participantes e unidades para preservar suas identidades, gerando material que possibilitou a sistematização dos discursos em quatro eixos estruturantes: **trabalho; violência; estratégias de prevenção, cuidado e manejo da violência; e notificação**. A partir de cada eixo foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas a fim de proporcionar uma imersão nos conteúdos/formas dos discursos que levassem a identificação dos núcleos significantes.

## 7. ANÁLISES

### 7.1 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO - A RAPS E OS CAPS ESTUDADOS

A RAPS de SBC é composta por 34 unidades básicas de saúde (UBS), nove CAPS (entre modalidade “transtorno” e álcool e outras drogas para adultos e também público infanto-juvenil), um pronto atendimento em psiquiatria, duas unidades de acolhimento transitória (UAT) ou “repúblicas terapêuticas” – como são chamadas no município -, oito serviços residenciais terapêuticos, o Núcleo de Trabalho e Arte (NUTRARTE) com programas de desenvolvimento de habilidades e geração de renda e programas terapêuticos territoriais<sup>7</sup>. Toda rede de saúde do município é gerida pela Fundação do ABC (Organização Social de Saúde) e majoritariamente seus profissionais são contratados por meio de processo seletivo público.

Além disso, no que diz respeito ao panorama das notificações por casos de violência, segundo dados do SINAN (Tabela 1) a cidade é que possui maior número de notificações nos últimos três anos disponíveis para acesso (2014-2016) com 7.609 casos, que diz respeito a mais da metade das notificações geradas por toda região do Grande ABC em todo o período (total região: 14.699).

<b>TABELA 2: Frequência de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo as notificações, (2014 a 2016). Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências</b> Frequência por ano no município, segundo as notificações (2014-2016)				
Município	2014	2015	2016	Total
Diadema	340	305	346	991
Mauá	796	752	966	2.514
Ribeirão Pires	331	223	163	717
Rio Grande da Serra	53	45	40	138
Santo André	570	893	1.037	2.500
<b>São Bernardo do Campo</b>	<b>2.473</b>	<b>2.504</b>	<b>2.632</b>	<b>7.609</b>
São Caetano do Sul	97	55	78	230
Total	4.660	4.777	5.262	<b>14.699</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET

Através dos relatos fornecidos nas entrevistas foi possível constatar algumas características da rede não encontradas em meios oficiais. As gerentes das unidades

<sup>7</sup> <http://www.saobernardo.sp.gov.br/saude-mental>

descreveram suas equipes como mínimas (de acordo com a portaria municipal nº.336/2002) e atribuem a isso as algumas dificuldades no trabalho com a população e a massiva demanda pelos serviços de saúde mental. No momento das entrevistas pelo menos um CAPS sofria com a defasagem de muitos profissionais por questões relacionadas a licenças, afastamentos, demissões e férias sem coberturas. A informação dada foi de que não houve reposição por vínculo temporário ou realocação de profissionais para tais vagas nos períodos de afastamento independente da duração. Este fator foi descrito como fundamental para a dificuldade encontrada hoje pelos profissionais em dar seguimento no cuidado de usuários do serviço que se ausentam ou não tem assiduidade ao acompanhamento.

Além dos CAPS, a RAPS em geral, tem vivenciado a falta de profissionais de saúde mental, já que em cada UBS há apenas um psicólogo para toda demanda leve e apoio matricial. Além de que, o município vem sofrendo com pedidos de demissões de psiquiatras da atenção básica, fazendo com que alguns territórios estejam sem estes profissionais há pelo menos seis meses. Outros com cobertura de apenas um em regime de 20h semanais para quatro UBS.

Nas entrevistas as gerentes verbalizam que tal panorama da atenção básica, somado ao fato dos médicos generalistas não conseguirem dar o suporte adequado aos casos de saúde mental, fez com que muitos usuários retornassem aos CAPS ainda que estáveis ou com demandas de rotina, como preenchimento de formulário para solicitação de medicação de alto custo ou até mesmo em novas situações de crises de saúde pela falta de acompanhamento adequado e necessário na rede básica de saúde. Um dos CAPS estava com a agenda para psiquiatra disponível apenas para três meses depois da data de procura. Os profissionais da gestão e de formação de nível superior avaliaram a insuficiência de unidades e profissionais para oferta de cuidado adequado na rede, diante da grande demanda que atendiam diariamente. Tal constatação se deu de forma sistêmica, já que a crítica era direcionada desde a dificuldade das UBS em atenderem casos leves, até o agravamento destes que levam à superlotação dos CAPS, em decorrência de quadros que poderiam ter sido prevenidos. Apesar de tais comentários, todos os profissionais entrevistados trouxeram como potencialidades de cada CAPS, o trabalho desenvolvido pelos profissionais das equipes e da assistência prestada.

Outro apontamento de alguns entrevistados como **Juliana, Mariana e Lucia** estava relacionado ao fluxo entre o CAPS e a rede de urgência/emergência (RUE) do município. Além de contar com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), existe na cidade um serviço de Pronto Atendimento Psiquiátrico (P.A) que recebe pessoas em situações de maior

desorganização psíquica e risco, mesmo que todos os CAPS Adulto da RAPS sejam tipo III, ou seja, tenham leitos para acolhimento integral dos momentos de crise e desorganização psíquica. Tal fluxo é justificado por **Ana** ao contextualizar a mudança de direcionamento feito pela última gestão do município que compreende a impossibilidade de cuidar de situações de crises nos CAPS por estes serem ‘portas abertas’ de acordo com a política que os fomenta, necessitando assim de um espaço de maior de restrição espacial para tal cuidado.

De acordo com **Ana** há previsão deste P.A. ser incorporado ao Hospital de Geral do município para melhorar questões relacionadas ao suporte clínico, apesar de ainda não haver equipes ou profissionais especializados em saúde mental no Hospital das Clínicas da cidade, até a data das entrevistas.

No que diz respeito às UPA, **Lucia** descreve ainda a dificuldade no cuidado compartilhado de usuários de saúde mental com questões clínicas. Isso se dá pela ausência de compreensão da RUE sobre o papel dos CAPS e o manejo de seus usuários, independente da queixa. Apesar das dificuldades nesse aspecto foi descrito que em quadros relacionados à violência, principalmente autoprovocada, o fluxo inicia-se nas UPAs onde os usuários serão avaliados e estabilizados, para depois darem seguimento nos CAPS.

Dificuldades relacionadas aos próprios CAPS foram também descritas por **Lucia** como a falta de materiais básicos, como os destinados às oficinas terapêuticas, até avançados, como carrinho e devidos aparatos para PCR (parada cardiorrespiratória). O trabalho com a vigilância em saúde também foi lembrado pelas avaliações das profissionais que exercem a gestão das unidades acerca da importância do acesso às informações epidemiológicas e o diálogo com a rede de saúde, principalmente pelo aumento de casos de suicídio no município (11 nos três primeiros meses do ano 2019). Entretanto algumas delas como **Lucia** e **Juliana** trouxeram a ausência de capacitações e devolutivas acerca dos dados.

Também foram relatadas por **Lucia** e **Joaquim** as mudanças e rupturas geradas pelas transições de gestão partidárias da cidade que interferem diretamente nos modelos de assistência, ainda que regidos por políticas federalizadas. Um dos exemplos mais citados foi o direcionamento de avaliação inicial ou triagem exclusivamente para o profissional de nível superior enfermeiro, por se compreender que apenas este profissional teria condições de realizar tal avaliação psíquica e clínica. Todos os profissionais que exercem função assistencial também relataram mudanças nas demais tarefas da assistência que se tornaram mais restritivas dadas às categorias profissionais e a dissolução das ações antes interprofissionais, hoje pouco realizadas para além dos núcleos de saberes das profissões.

Apesar das similaridades de modelo de atendimento dos serviços escolhidos para o estudo a diversificação de territórios e contextos de atuação fez com que fossem descritos panoramas diferentes em relação aos seus funcionamentos e demandas, que aqui serão descritos de forma aleatória da estruturação da análise a fim de preservar a possível identificação das unidades e dos participantes entrevistados.

### *O CAPS AZUL*

O CAPS Azul foi o último CAPS inaugurado pela cidade, compondo então o serviço desta modalidade mais recente do município, bem como a equipe. Localizado numa região nobre da cidade sem habitações de camadas populares próximas, ou ‘comunidades’, conta com facilidade de acesso e amplo espaço tanto da casa onde funciona a unidade, como de trânsito pelo território do bairro. O CAPS disponibiliza oito leitos para hospitalidade noturna com uma média de ocupação contínua de pelo menos três leitos e cerca de 12 usuários do serviço que passam o dia em horário comercial para ‘hospitalidade diurna’, segundo a descrição dos profissionais da unidade. O fluxo de procura pelo serviço é descrito por uma média mensal de aproximadamente 140 triagens por mês, com 36 usuários inseridos em média a cada um, aproximadamente 1400 atendimentos realizados (por toda equipe) por mês levando a um total de aproximadamente 900 prontuários cadastrados na unidade.

A descrição da equipe da unidade é feita de forma abrangente, contando com um oficial administrativo, duas recepcionistas, duas copeiras em regime 12h por 36h, duas profissionais de limpeza no mesmo regime, uma diarista que compõe a equipe em 2 dias da semana, 4 seguranças em regime 12h por 36h (dois diurnos e dois noturnos), uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um educador físico, uma monitora de oficinas com nível superior de formação, dois psiquiatras (um em regime 40h e outro em 30h), uma enfermeira responsável técnica e uma técnica de enfermagem em regime de 40h, três equipes em regime 12h por 36h de enfermagem (uma enfermeira e três técnicos) em cada período (três diurnos e três noturnos) e a gerente. Havia também uma residente multiprofissional atuando na unidade.

Foram relatadas como principais demandas deste CAPS os casos de auto mutilações em jovens adultos e pessoas com pensamentos, planejamento, ideação e tentativa de suicídio totalizando uma média de 80% das queixas nas triagens.

Também foram descritos grande número de casos de pessoas com transtorno de personalidade, esquizofrenia (principalmente idosos e pessoas em condição ‘crônica’) e de



jovens em quadro de primeira crise psicótica. A população do território de abrangência foi descrita como de pessoas com alto poder aquisitivo e grau de instrução, mas também com muitos casos de estresse, baixa tolerância às frustrações ou adaptações às adversidades da vida como a perda de emprego, questões que acabam gerando sofrimentos como a depressão ou ansiedade.

### *O CAPS AMARELO*

O CAPS Amarelo fica localizado em um bairro periférico da cidade onde a vulnerabilidade da população é descrita como muito alta, atribuindo a este fato a alta demanda pelo CAPS. O bairro onde está localizado o CAPS é afastado do centro da cidade, assim como todos os demais que compõe seu território de abrangência. A casa apesar de ampla estava vazia no dia das visitas que aconteceram em horários diversos, assim como o trecho da rua em que se localiza – aparentemente afastado inclusive do comércio daquele próprio bairro.

Atualmente, há cerca de 600 prontuários ativos, ou seja, 600 pessoas em acompanhamento. A equipe deste CAPS é composta por um psicólogo (a), um assistente social, um terapeuta ocupacional, um educador físico (a), um monitor (a) de oficina com formação de nível superior e (a) monitor (a) de oficina de nível médio que estava de licença no momento da pesquisa. A equipe de enfermagem é descrita de forma separada dos demais profissionais supracitados e como ‘maioria’ no serviço, contando com dois enfermeiros (as) plantonistas, seis técnicos (as) de enfermagem plantonistas e um enfermeiro (a) e um técnico (a) de enfermagem em regimes de 40h semanais. Além destes profissionais há um residente multiprofissional e dois residentes de psiquiatria na unidade. Os (as) psiquiatras são contabilizados apenas no final, somando quatro profissionais.

O CAPS Amarelo é responsável por todo território de abrangência de nove UBS's e descrito como muito vulnerável, apesar das desigualdades entre partes dos bairros com maior concentração de renda. As principais demandas de cuidado que chegam ao CAPS descritas estão relacionadas ao transtorno de personalidade, ‘ansiedade’ e ideação, tentativa de suicídio ou ‘*cutting*’ de pessoas de diversas idades, chegando a contabilizar cerca de seis casos novos por mês. Além disso, foram relatadas demandas relacionadas às solicitações de laudos do INSS e ao ‘estresse do trabalho’, direcionado às pressões sofridas por trabalhadores principalmente de telemarketing de uma empresa da região que têm gerado adoecimentos.

### *O CAPS VERDE*

O CAPS Verde foi o primeiro fundado na cidade e está localizado na região central, com grande movimentação de pessoas, comércios, meios de transporte e fácil acesso à unidade. Apesar disso, é responsável em sua área de abrangência por alguns dos bairros mais afastados da zona urbana da cidade, sendo, portanto de difícil acesso para estas populações que também foram descritas como mais vulneráveis socialmente. O panorama de todos os bairros do território de abrangência foi descrito como ‘misto’, já que há regiões com alta concentração de renda e pouca procura pelo SUS e outras no exato oposto de condição.

Hoje há cerca de 700 prontuários ativos no CAPS Verde, muitos com cuidados descritos como ambulatoriais. A equipe desta unidade não foi descrita em nenhuma das entrevistas com seus profissionais. Foi relatada a vinculação a esta unidade de pelo menos uma Residência Terapêutica.

A demanda descrita é similar ao dos demais CAPS, com alta procura por pessoas com casos de automutilação, ideação, pensamentos, planejamento ou tentativa de suicídio – principalmente jovens -, sendo relatada nas entrevistas pelo menos uma morte por suicídio de usuário (a) acompanhado (a) pelo serviço no período dos últimos 2 anos; pessoas com transtorno de personalidade; ‘depressão’; baixa tolerância a frustrações e ‘cobranças da vida’; procura por laudos e afastamentos de trabalho e psicóticos graves com quadros agudizados por abandono de medicação e acompanhamento. Este foi o único CAPS em que foi descrita como uma das demandas principais do serviço as situações de alta vulnerabilidade social.

## 7.2. TABELA 3: OS/AS TRABALHADORES(AS) PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os trabalhadores (as) dos CAPS com formações de nível médio, superior e aqueles que ocupavam o cargo de gestão das unidades no momento da realização das entrevistas, levando a um total de nove profissionais representantes das equipes de três CAPS que são descritos abaixo:

	Participantes	Perfil	Função	Formação	Área de desejo A.D. ou atuação 'inicial' A.I.	Tempo na Saúde Mental
G E S T Ã O	Ana	Mulher/Branca/1 filho/39a	Gerente	Propaganda e Marketing/Psicologia	Recursos Humanos A.I.	7a.
	Lucia	Mulher/ Branca/1 filho/39a	Gerente	Terapia Ocupacional	Reabilitação Física A.D.	13a.
	Juliana	Mulher/Branca/1 filho/46a	Gerente	Pedagogia/Psicologia	Hospitalar/ UTI A.D	7a.
N. S U P E R I O R	Karen	Mulher/Branca/2 filhos/45a	Enfermeira	Aux. de Enf./Téc. de Enf./Enfermagem	Hospitalar A.I.	2a.
	Mariana	Mulher/Negra/1 filho/42a	Enfermeira	Aux. de Enf./Téc. de Enf./Enfermagem	Hospitalar/ Obstetrícia A.I.	3a.
	Rosana	Mulher/Branca/0 filho/37a	Enfermeira	Enfermagem	Obstetrícia A.I. A.D	10 meses
N. M É D I O	Andreia	Mulher/Negra/1 filho/50a	Recepcionista	Gestão de Recursos Humanos	Líder de produção A.I.	4a.
	Joaquim	Homem/Negro/*nrf/49a	Téc. Enfermagem	Aux. de Enf./Téc. de Enfermagem	Socorrista A.D Hospital Psiquiátrico A.I.	11a.
	Leandro	Homem/Negro/*nrf/43a	Téc. Enfermagem	Técnico de Enfermagem/ AS	Emergência A.I	12a.
*NRF: Não relata sobre filhos.						

## GERENTES DOS CAPS

### Lucia

Lucia é uma mulher branca, casada, mãe de um filho pequeno, tem 37 anos e reside em São Paulo. Formada no fim de 2006 em Terapia Ocupacional, por uma universidade privada da cidade de São Paulo, conta que já em abril do ano seguinte iniciava o trabalho como técnica no CAPS AD de São Bernardo, onde permaneceu por dez anos. Apesar disto, relembra o período de formação: *A saúde mental na verdade era a última área que eu gostaria de trabalhar, nunca fui muito chegada à saúde mental porque eu achava umas coisas muito abstratas, surreais, enfim, eu sempre gostei muito da parte física, sempre gostei de reabilitação física, deficiência mental.*

Pela falta de proximidade com o campo conta: *Tive que passar pelo estágio de saúde mental na faculdade que era da grade curricular e aí de todas as áreas que eram da parte curricular eu considero que a saúde mental foi a que eu melhor me saí, porque como eu não sabia nada, eu boiava nas aulas de saúde mental, foi o que mais me dediquei, foi o que eu mais tive supervisão mesmo da professora, foi o que eu mais li, estudei, fui atrás e observava tudo, então eu considero que foi o melhor estágio que eu fiz.*

Sua primeira experiência como estagiária na saúde mental aconteceu em uma comunidade terapêutica para *dependentes químicos*, como **Lucia** chama o público. Sobre essa vivência conta: *No início eu não entendia quase nada de dependência química, não sabia nem direito o que era as drogas, porque esse nunca foi meu mundo, tive que estudar mesmo.*

Seu início de trabalho como formada no CAPS AD se deu por intermédio de indicação de uma professora da faculdade e o que estava *em jogo*, naquele momento, era o início de sua carreira profissional para além de qualquer área de atuação: *Então assim, eu me formei e já comecei a trabalhar. Foi meu primeiro emprego, eu não ia negar, porque eu falei: preciso trabalhar? O primeiro que apareceu foi na saúde mental, então eu falei: seja o que Deus quiser! E fui.*

**Lucia** também conta de outras experiências profissionais na área da saúde mental: *Eu também trabalhei em outros dois lugares, que um deles foi o Hospital X em São Bernardo. Eu trabalhava na parte também de saúde mental, só que eram os casos mais graves. Eu fiquei lá por volta de uns três anos mais ou menos quando eu fui chamada para trabalhar no CAPS AD Y, que é em São Paulo e aí eu fui para lá. De 36 horas passei a 60 horas semanais, mas assim, fui porque foi a oportunidade que apareceu e eu precisava de dinheiro. Falei: vamos trabalhar e fui.*

Após sete anos com o duplo vínculo e a alta carga horária de trabalho, **Lucia** vive mudanças pessoais e profissionais: *Em 2016 eu engravidou. É quando eu decido que eu vou então sair de um serviço. A princípio eu ia sair de São Bernardo, porque São Paulo é mais perto da minha residência, enfim eu gostava mais de lá, da organização e tudo mais do lugar. Só que quando está para terminar a minha licença daqui de São Bernardo meu marido é mandado embora. Ele fica desempregado e aí eu tenho que decidir sair de um e de três salários que a gente recebia a gente ia ficar com um só. Não dava! Com uma criança nova não dava. É quando eu desisto, então eu não ia pedir mais as contas, estava pensando como que eu ia fazer, para poder conseguir conviver com o meu filho.* Descreve sua rotina então como a de uma mulher com um bebê menor de um ano, trabalhando das 7h da manhã até as 20h da noite de segunda a sexta e desabafa: *não tinha condição!* Em meio a este cotidiano recebe o convite para trabalhar como gerente de um CAPS: *É quando eu sou chamada aqui pela Prefeitura, pelo pessoal da Secretaria de Saúde para assumir a gerência do Rudge e aí pelas contas e a carga horária valeria a pena.* Refere que tal momento de vida foi crucial na sua escolha de aceitar o cargo: *Eu já fui chamada em outras duas gestões para ser gerente de CAPS só que na época que eu não aceito. Eu acho que eu era ainda muito imatura e não tinha assim tanta bagagem para assumir a gerência de uma unidade.*

O início de sua experiência no novo cargo veio com o início também de um novo CAPS: *Era um CAPS novo. Então quando eu chego é que essa equipe começa a se formar. A gente veio para nossa casa em janeiro. Teve bastante tempo para a gente se organizar até a gente conseguir vir para cá.* Sobre sua atuação profissional e cotidiano atual no cargo de gestão, **Lucia** conta da participação em reuniões diversas; processos de verificações e checagens, como a relação da alimentação recebida/ dispensada, folhas de ponto; respostas à e-mails e comunicações inter serviços da rede; discussões de caso com a equipe; levantamento e verificações dos prontuários; realização de “censos” sobre aspectos diversos do serviço; entre outros. Ponto importante de sua descrição está na atenção que dispensa a checagem de processos que já são realizados ou seriam por outros trabalhadores do serviço: *Folhas de ponto sou eu que faço. O administrativo olha toda ela, põe tudo na papelada que tem que pôr para mandar para administração, mas sou eu confiro uma por uma, mesmo ele conferindo eu confiro novamente.* **Lucia** justifica: *É porque eu quero também estar acompanhando tudo que está acontecendo. (...) Aqui eu também deixo muitas coisas para eu controlar.*

### **Ana**

Ana relata ser de cor branca e mãe de um filho pequeno. Tem 39 anos, é natural e residente em São Paulo. Graduiu-se em Propaganda e Marketing antes de conhecer a psicologia, área em que conta: *Passei por muita coisa. Eu passei por Recursos Humanos durante muito tempo, em seleção, aí depois eu trabalhei com escola de educação infantil.*

Continua a narrativa sobre os muitos anos de investimento na área de RH, iniciados ainda nos tempos de estágio na graduação quando em certo momento opta em mudar de área. Mesmo com o bom retorno financeiro do RH dizia: *Se eu não sair agora eu não saio nunca mais. O RH não era meu objetivo e aí foi a hora que eu saí do RH e falei: Não, agora eu vou para parte clínica. E comecei a atender em consultório.*

Inicia ali então, seu contato com a saúde mental na cidade de Rio das Ostras – RJ, num serviço da prefeitura em que: *trabalhava com atendimentos gerais, meio que ambulatorial.* **Ana** descreve sua demanda de pacientes como *os meios termos* e conta: *Eu ficava nesse limbo aí do que não era leve o suficiente para estar na UBS, nem grave o suficiente para estar no CAPS. Então acabava tendo contato com os dois.* Em 2013, mediante processo seletivo, foi para São Bernardo do Campo – SP, onde começou o trabalho em um CAPS Álcool e Drogas e após cerca de quatro anos de experiência foi convidada a se tornar gerente de um CAPS Adulto. Identificava certa dificuldade em lidar com pacientes com transtornos mentais graves: *Eu tenho muita dificuldade de atender as pessoas que tem transtornos mentais mais graves. Eu preciso da pessoa que funciona no raciocínio lógico. Eu começo a me desorganizar no atendimento e a coisa não anda tão bem. Então ser a coordenação me tirou desse medo.* Hoje descreve o cotidiano de seu trabalho como: *muito mais uma questão administrativa e organizacional do serviço.*

### **Juliana**

Juliana é mulher, branca, mãe de uma filha adolescente, nascida e criada na cidade de São Bernardo do Campo. Começa seu relato contando do primeiro contato com a profissão que exerce hoje, quando tinha 18 anos: *Eu fui internada um tempo por causa de um problema de saúde sério e aí eu tive contato com uma psicóloga hospitalar. E aí, nesses atendimentos eu vi o quanto era importante a presença de alguém com quem o paciente hospitalizado pudesse conversar, falar de si, falar das angústias de estar num hospital e aí eu soube que era isso que eu queria fazer da minha vida: atendimento a graves. Isso é muito diferente, faz muita diferença na pessoa que precisa de atendimento. É o que hoje se chama de atendimento*

*humanizado, então já tive isso lá quase 30 anos atrás e eu achei bem legal, então eu quis fazer isso.*

Foi então que aos seus 21 anos **Juliana** ingressou na graduação de psicologia que a fez abandonar seu emprego para se dedicar à formação: *Trabalhava em loja de roupas. Era balconista e aí eu saí até por causa da faculdade mesmo, porque não dava para conciliar estudos e 12, 15 horas de balcão. Aí eu consegui arrumar outro emprego na Secretaria de Educação, então, conclusão que eu cursei a psicologia inteira estando na área da educação.*

O cargo de auxiliar administrativa em escola permitiu que **Juliana** mantivesse seus estudos na psicologia, apesar de gerar ‘crises’: *O que aparecia de estágio em psicologia ou qualquer coisa assim pagava muito pouco, não bancava a minha faculdade então não conseguia largar meu emprego. Tudo isso para contar que a minha trajetória inteirinha durante a faculdade foi dentro da educação e aí eu ficava me questionando se eu não devia migrar para pedagogia ou alguma área afeta diretamente e especificamente na educação, mas eu estava cada vez mais apaixonada pelo curso e cada vez mais engajada para entrar nisso, só que eu não conseguia entrar nisso.*

Apesar dos questionamentos terminou a graduação e se pós-graduou em Psicologia Hospitalar enquanto concorreu e foi aprovada em um concurso: *Chegou uma época na Secretaria de Educação que eu fiz um concurso para professora e passei! Só que eu não era professora e aí eu corri para fazer pedagogia até chamarem. Então eu fiz pedagogia. Conclusão: continuei na educação aí sim como professora. A partir da nova formação em 2000 sua experiência se consolidou cada vez mais no campo da educação: *Eu não acho emprego em psicologia, o dinheiro não compensa, eu estou aqui eu vou me formar aqui. Aí a psicologia ficou só como uma paixão, sabe? Como uma coisa que eu gosto e virava mexia eu lia e estudava tal, mas a minha profissão é na educação.**

Em 2011, incentivada por outra colega da educação, prestou um processo seletivo para uma vaga na área na rede de saúde de São Bernardo: *A diretora da escola onde eu trabalhava também era psicóloga, falou: “Vamos?”. Falei: “Não, deixa eu quieta aqui”. “Ah não, me ajuda a estudar!”. Conclusão: fui, passei no processo seletivo, fui chamada e aí aqui estou.*

Sobre o início do seu trabalho como psicóloga conta: *Vim bastante assustada, porque eu passei a vida inteira na educação, eu tinha me formado há muitos anos e eu pensava o que é que eu vou fazer dentro de um CAPS com paciente grave sem um pingão de experiência na área? Mas como eu acho que deve estar no sangue no primeiro mês me apaixonei. (...) A gente tinha aula no manicômio e eu achava o maior barato, não a situação do manicômio,*

*mas conversar com as pessoas que estavam franco delírio. Ninguém quer ouvir esse povo, ninguém quer ouvir e eu queria ouvir eles a vida inteira.*

Após dois anos de formada, com essa nova vivência **Juliana** também alcança o objetivo antigo de trabalhar com *pacientes graves* e marginalizados de alguma forma. Isso, na opinião dela, gerou medo, insegurança e demandou novos estudos, mas ao mesmo tempo foi possível aplicar muito do que já executava na área da educação: *Comecei a estudar, formar grupo, trouxe muita, muita experiência da pedagogia pra cá, muita mesmo! Organização de rotina, prática dinâmica de grupo, prática de trabalhar em grupo. Sala de aula é um grupo, não tem como não ser.*

Após seis anos de experiência como psicóloga é convidada a se tornar gerente de um CAPS da cidade, cargo que já ocupa há um ano e dois meses. Sobre a nova experiência, conta: *Demorei muito para tirar a capa de psicóloga e vestir a roupa de gestora. Então no começo era muito difícil que eu não ficasse 100% do tempo lá perto dos consultórios e na recepção vendo quem chegava e atendendo no meio de corredor ou chamando para dentro de consultório. A principal palavra usada em seu relato sobre o cargo de gestão foi desafio: Me senti bem desafiada e isso para mim é interessante. Eu acho que eu sou movida a desafios, não é uma coisa que me assusta, mas é uma coisa que eu demoro um tempo para me adaptar. Eu gosto de desafios, mas aí então eu vou assim experimentando. Eu não tenho medo de experimentar.*

Afirma que nunca teve objetivo de se tornar gestora, mas que sentiu que a proposta também tinha outros significados: *Pra mim foi uma honra e foi um super elogio, né? Foi um reconhecimento a um trabalho que eu fazia, então por causa deste trabalho eu estava formalmente capacitada a coordenar tantas outras pessoas que faziam já um bom trabalho, mas que poderia ser melhorado, melhor estruturado, melhor organizado. (...) É uma coisa que eu me orgulho muito! A minha indicação, o meu convite foi por conta de uma capacidade técnica (...).*

Apesar da dificuldade compreende sua nova função voltada à gestão principalmente dos trabalhadores: *Eu tenho por obrigatoriedade da atribuição do cargo tirar o melhor da equipe, fazer o processo formativo, fazê-los compreender as diretrizes, seguir as diretrizes, ter uma visão, uma consciência do que essa prefeitura tem como missão, valores como uma empresa mesmo. Suas dificuldades no cargo foram direcionadas as atividades descritas por si como burocráticas: Todo mundo vinha reclamar de sala e era umas reclamações que não tinham nada a ver com a objetividade a intencionalidade do serviço, era coisinha como eu digo, e*



*essas coisinhas me irritavam muito e eu me perguntava todo dia o que eu estava fazendo aqui, porque estava fazendo tudo menos saúde mental. Esta parte eu realmente acho muito chata, mas hoje eu aprendi a organizar isso. Ossos do ofício! Eu tenho que ter um tempo para essas coisas burocráticas, coisas de prédio, de estrutura física...*

Hoje **Juliana** ainda faz questão de manter-se próxima dos espaços comuns do CAPS, assim como da equipe e usuários. Descreve sua rotina como: *Eu chego dou uma volta no serviço, vou ver quem está de hospitalidade integral, dou uma passada na enfermagem vejo se não teve nenhuma intercorrência durante a noite, venho para cá, vou tomar café e fico ali na copa um bom tempo, tomando café porque eu acho que na copa tudo acontece, as pessoas chegam desarmadas, chegam à vontade, sentam e aí na hora do cafezinho a gente vai batendo um papo.*

#### *PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR*

##### **Mariana**

Mariana é mulher, negra, tem 42 anos, casada e mãe de um filho *especial* – como ela mesma denomina - de 11 anos. Trabalha em enfermagem há muitos anos, primeiro como auxiliar, depois como técnica até se tornar enfermeira obstétrica. Descreve sua maior experiência profissional advinda da área hospitalar, principalmente de centros obstétricos.

Mariana conecta em seu relato sua vida profissional e pessoal a partir do nascimento de seu filho: *A gente descobriu que ele tinha algumas dificuldades com quatro meses, porque ele tinha muitas crises convulsivas e aí acabou gerando atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Precisou de terapeuta ocupacional, psicóloga, fisioterapeuta e eu acabei entrando nesse mundo. Eu sabia cuidar de uma criança normal, mas de uma criança especial eu não sabia e por não saber eu fui e me especializei e fiz a pós graduação em psiquiatria e saúde mental.* A formação especializada aconteceu em 2005 quando seu filho tinha cinco anos e foi aí também que aconteceu a identificação com a área da saúde mental, fato que levou **Mariana** a participar do processo seletivo direcionado à vaga de enfermeira de CAPS na cidade de São Bernardo.

Sua experiência prévia em um CAPS foi no papel mãe ao levar seu filho para acompanhamento, questão que já trouxe outros significados: *Eu já tinha ido algumas vezes no CAPS infantil aqui de São Bernardo mesmo e conheci um pouquinho mais do trabalho, apesar de eu sempre ter o convênio particular, eu fui conhecer um pouquinho daqui também*

*e gostei dessa parte. Quando teve o concurso, falei: “Ah, vou tentar! Quem sabe dá certo?”. E aí eu fiz o concurso para trabalhar no CAPS como enfermeira.*

No início da experiência preferiu se manter entre dois empregos: *Trabalhei um tempo nos dois, para ver se eu me adaptava. (...) Porque era uma mudança bem radical de área e eu queria ver como que era o dia a dia trabalhando e não só visitando.* **Mariana** conta de uma identificação com a área desde o início em 2017 que a fez permanecer sempre no mesmo CAPS como enfermeira plantonista (12h x 36h) e ampliar as experiências profissionais na saúde mental por outros caminhos: *Comecei no CAPS e gostei muito! Muito acolhedor, extremamente acolhedor as pessoas, o ambiente... Aí eu me senti em casa. Aí eu sai do hospital e hoje eu estou no ambulatório. Gosto muito de trabalhar no CAPS e também sou professora de faculdade, então eu dou aula, ensino psiquiatria na universidade no período noturno, acompanho os alunos nos estágios em outro CAPS.*

Atualmente descreve seu cotidiano profissional bastante vinculado ao processo de triagem, avaliação e encaminhamentos de pessoas que procuram o CAPS: *O que diferencia muito é que a enfermeira aqui nós fazemos a triagem, porque às vezes eles têm outras comorbidades e a gente vai fazer uma pesquisa que os profissionais não vão conseguir fazer o exame físico nesses pacientes, porque alguns têm alterações mais de comorbidades do que de psiquiatria.*

### **Rosana**

Rosana é mulher, branca e solteira, 37 anos, natural e residente em São Paulo. Explica que nunca fez curso de formação para técnico ou auxiliar da área, se tornando enfermeira *de formação* e atuando na área desde 2004. Sobre sua trajetória conta: *Fui para a área da obstetrícia e trabalhei 14 anos na área de materno-infantil, fui um pouco para docência também...* E após esse longo período, **Rosana** viveu mudanças e rupturas: *Eu fiquei desempregada no ano passado e surgiu a vaga da saúde mental, quando afirma ter vindo para a área pela oportunidade de voltar ao mercado de trabalho. Sobre a área que hoje atua conta que: O que eu conhecia na saúde mental foi na época da faculdade. Quando eu me formei passamos por CAPS, Hospital Dia e Hospital Psiquiátrico e foi ali que eu tive um pouco de contato.*

Tal contato é referido ao ano de 2004, quando se formou em uma universidade particular da Zona Sul de São Paulo. 15 anos depois se encontra novamente no cotidiano da Saúde Mental: *Voltei agora e iniciei minha vida na mental. Está completando 10 meses.*

**Karen**

Karen é mulher, branca de 45 anos. Mãe de dois filhos, casada e natural e residente em Santo André. Passou pela formação de auxiliar, técnica e bacharel em Enfermagem desde seus 20 anos, se estabelecendo na profissão de nível superior nos últimos 10 anos. Conta que o interesse pela enfermagem surge de uma vivência familiar: *Eu cuidei da minha mãe. Ela teve leucemia e ficou renal crônica e aí nesse de eu cuidar, eu cuidar, eu resolvi fazer o curso já na época de auxiliar. Era o que eu tinha, poderia pagar e me interessei em fazer por gostar de estar cuidando da minha mãe e ver tudo aquilo.*

Sua experiência profissional iniciou com o vínculo de auxiliar de enfermagem, sempre conciliando entre dois empregos, transitando entre várias cidades: *Aí tive a vida louca de trabalhar em dois hospitais direto. Em Santo André e São Bernardo e depois São Bernardo e São Bernardo que eu trabalhei no Hospital X que faliu e no Hospital Y. Depois São Bernardo e Ipiranga, no Hospital Z e depois fiquei em dois em São Paulo. Morando sempre em Santo André.* Sua formação de nível superior foi através do último emprego como técnica: *A minha oportunidade de fazer uma faculdade foi que eu trabalhava... Eu era concursada pública no Ipiranga e teve uma prova lá para dar bolsa de estudo e eu passei. Era até em 5º lugar e eu passei em 5º lugar! Nessa prova geral pra não sei quantas pessoas e foi uma surpresa, né? Que eu tinha parado há muito tempo. Aí comecei a fazer faculdade já bem em idade avançada.*

Foi a partir dessa nova experiência que sua visão da saúde mental mudou depois de 10 anos do primeiro contato: *Eu já tinha tido contato com a saúde mental em auxiliar e técnico, mas era totalmente fechado para o cuidado integral do paciente com doença mesmo. Aí na faculdade que eu fui fazer um estágio em CAPS. Pra mim foi outro mundo! Eu tinha outra visão, porque na época que eu fiz auxiliar e técnico meu contato foi com hospital psiquiátrico, aí me apavorou! Conheci um mundo que eu não conhecia. E aí eu fui vendo outro cuidado, outra forma de colocar eles pra vida, aí eu me encantei e eu queria muito trabalhar na saúde mental.*

**Karen** concilia sua apresentação profissional e pessoal na linha de seu papel de cuidadora. Primeiro de sua mãe – que faleceu em decorrência da leucemia -, depois como trabalhadora da enfermagem e também como mãe, que já a fez se afastar por duas vezes do papel no mercado de trabalho: *Passei por um processo meio complicado. Eu tive um assalto na minha casa que meu filho tinha sete anos e aí meu filho ficou com os ladrões enfim... Aí eu tive que largar tudo. Aí eu larguei tudo pra cuidar dele, aí eu cuidei dele, ele saiu de tratamento*

*psicológico, psiquiátrico também que ele ficou bem mal. Após esse período retornou ao mercado de trabalho pela área da Higienização Hospitalar, já na cidade de São Bernardo, mas voltou a se afastar dessa vez pela demanda do papel de mãe com uma nova gravidez: *Aí engravidei aos 40, tive meu filho e aí me desliguei da empresa porque eu não esperava, não foi uma gravidez planejada. Era um mioma até então. (...) Aí eu tive que parar pra dar conta da minha família.**

Mesmo no novo momento de vida mantinha seu desejo de retornar ao trabalho, descrevendo o período sem trabalhar como: *Terrível. Eu trabalhei a minha vida inteira, então assim, por mais que você ame seu filho que é tudo na sua vida, a vida do lar é um “ó do borogodó”! Eu não gosto! Eu fui mãe três anos. Aprendi muito, mas nunca pensei em deixar pra lá a minha vontade.*

Após esse período é chamada para uma vaga no CAPS de São Bernardo: *Foi uma contratação de emergência e a hora que me chamaram me ligaram e falaram: “ó a gente recebeu seu currículo tal, a vaga é na saúde mental. Vem fazer a entrevista.”. Eu fui fazer a entrevista e entrei. Aí eu falei assim: “não acredito!”.*

Seu início de experiência demandou aprendizados: *Foi muito diferente de tudo, né? Porque o jeito de lidar com o paciente, a dinâmica é outra, porque a dinâmica do hospital você já sabe o que você vai fazer (...). Eu falei: “eu preciso me achar!”. Você vai ler, você vai estudar. Tive ajuda de todo mundo aqui. (...) Aí você vai tendo aquela outra visão, aquele outro olhar. Hoje **Karen** se mantém com apenas o vínculo no CAPS de São Bernardo e afirma a identificação com a saúde mental: *Eu sou muito feliz de trabalhar aqui. Adoro!**

## PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO

### **Leandro**

Leandro é homem, negro, morador de um bairro periférico de São Bernardo, 41 anos. Formado técnico em enfermagem desde 2003, já trabalhou em serviços de emergência e UTI na sua carreira até ser convidado por um colega a trabalhar na saúde mental: *Tinha muita objeção, assim, resistência pela saúde mental e até dos pacientes que chegavam lá no pronto-socorro. Aí por uma necessidade eu acabei conhecendo a saúde mental, trabalhando em um hospital psiquiátrico.*

Apesar do estranhamento, **Leandro** trabalhou por quatro anos neste hospital depois ingressando em outro também psiquiátrico, quando conciliou dois vínculos empregatícios, um deles pela O.S. que fazia a gestão dos serviços de saúde de São Bernardo: *Trabalhava lá pelo*

*Hospital X e tinha um vínculo com a Fundação. Aí foi amor à primeira vista! Eu inclusive até pedi transferência do pronto-socorro pra saúde mental pra trabalhar nos dois empregos na saúde mental. Foi aonde que eu conheci o P.A., pronto atendimento daqui de São Bernardo.*

Há cerca de um ano e meio foi convidado a compor a equipe do CAPS Rudge Ramos antes de sua inauguração: *Eu vim assim como uma forma de desafio. Porque no P.A. o paciente chega em surto, ele chega agressivo, ele chega... E aqui o paciente já está estabilizado. É onde que ele já passou pelo P.A. e é onde ele é transferido para dar continuidade ao tratamento. Então é um serviço totalmente diferente, lá ele está agressivo por n motivos: ou é o primeiro surto ou às vezes até porque parou de tomar a medicação, por n fatores.* Hoje **Leandro** permanece imerso na saúde mental, também com dois vínculos de trabalho em cidades diferentes do Grande ABC, em São Bernardo no CAPS Adulto e em outra cidade em uma enfermaria psiquiátrica.

Resgata a memória sobre seus receios em relação à saúde mental: *A visão que eu tinha é que todos os pacientes psiquiátricos eram agressivos. Eu acho mais que por preconceito, não conhecer o diferente também. Às vezes nós temos essa mania de já rotular o outro por ele estar agressivo, não entender porque ele está agressivo.* Com o passar do tempo de experiência, o campo da saúde mental trouxe mudanças para sua vida: *A necessidade virou uma paixão, porque hoje eu até me formei como assistente social. Inclusive estou fazendo até pós (em saúde mental) já, mas hoje eu fui para a faculdade por causa da saúde mental, porque eu até brinco com os meus colegas, eu falo: “a psiquiatria ou a saúde mental é ou você gosta ou você odeia, não existe meio termo!”.*

Hoje, em seu vínculo como técnico em enfermagem plantonista (12h x 36h) no CAPS descreve seu cotidiano: *Aqui nós desempenhamos a função de cuidados, cuidados integrais. Você o assiste (usuário) como um todo: a medicação assistida, esse usuário que às vezes ele não está dando conta de tomar banho sozinho, você assiste ele num total. Desde a medicação, um banho, alimentação e assim ele holisticamente.*

## **Joaquim**

Joaquim informa ter 49 anos, ser homem, negro, casado e residente da região metropolitana de São Paulo. Atua como técnico de enfermagem e há muitos anos na psiquiatria: *Eu já estou há 11 anos na psiquiatria. Em São Bernardo, aqui, eu estou há 6 anos. Trabalho em São Paulo num Hospital Psiquiátrico. Estou lá há 11 anos.* Explica sua trajetória na saúde: *Minha vida começou assim: eu trabalhei cinco anos como bombeiro civil.*

*E aí, fazendo os primeiros socorros vi que tinha essa necessidade e fiz os primeiros socorros (curso), fiz o curso de auxiliar depois fiz de técnico. Saí de bombeiro civil, fui fazer o estágio e logo quando eu saí fiz do estágio e eu já arrumei de ambulância e a ambulância prestava serviço pro Hospital Psiquiátrico. Aí teve um dia que teve uma oportunidade, fiz uma provinha e entrei lá no Hospital Psiquiátrico. Sobre o contato com a área da saúde mental, conta: *Eu acho que me identifiquei muito com a psiquiatria! Eu gostei muito. Foi de boa. Eu me adaptei bem e foi muito bom. Eu gostei da psiquiatria e estou até hoje e justifica: Porque eu já tive uma tia que tinha problemas psiquiátricos, então eu acho que identifica muito isso daí.* Após a experiência inicial conheceu outros serviços: *Eu já trabalhei em São Paulo no CAPS AD. Trabalhei três anos em Santana e aí fiz um concurso. Trabalhei na UPA Santo André, aí depois fiz outro concurso, passei aqui e estou no CAPS (de São Bernardo) aqui desde 2013.**

Está há seis anos neste mesmo CAPS da cidade e descreve sua percepção sobre a mudança de público atendido entre os CAPS que já trabalhou: *Eu já trabalhava no CAPS AD lá em São Paulo. Então já trabalhei em CAPS, então já tenho uma noção (...). É totalmente diferente AD para Adulto (CAPS para pessoas com sofrimento psíquico que não necessariamente fazem uso de álcool ou outras drogas), mas é uma diferença, então já tenho uma noção mais ou menos.* Hoje **Joaquim** descreve sua rotina de trabalho alternada entre o Hospital Psiquiátrico e o CAPS: *Lá eu trabalho a noite e de lá eu venho para cá. Puxo 24 horas. Já estou nessa vida já há um bom tempo. Já acostumei, o corpo tá acostumado.*

### **Andreia**

Andreia é mulher, negra de 50 anos. Natural de Minas Gerais, veio para São Paulo em 1988, aos 16 anos. Divorciada desde os sete anos de seu filho, sempre foi a responsável pela casa, diz isso principalmente sobre a questão financeira. Hoje reside com o filho de 29 anos, a nora e um neto pequeno em um dos bairros da periferia de São Bernardo e trabalha como recepcionista em um CAPS da cidade.

**Andreia** começa sua história contando: *Fiquei desempregada em 2014 depois de 15 anos numa mesma gráfica. Eu entrei como ajudante geral e saí como líder de produção e o meu setor se mudou para Barueri. A gente até foi convidada para acompanhar, mas era pôr a conta em risco e eu sou divorciada, tenho filho já adulto, tenho cachorro, aqui tinha casa própria e eu optei por ser desligada.* Durante seu período na empresa também se dedicou à formação, concluindo sua graduação em gestão de recursos humanos 2013: *Eu segui pra fazer*

*gestão de recursos humanos, porque eu já trabalhava com pessoas, eu participava de recrutamento nas agências junto com a psicóloga do serviço.*

Em 2014, quando perdeu seu emprego vivenciou dificuldades: *Foi muito difícil porque aí em 2016 minha nora ficou grávida. Eu estava desempregada, meu filho trabalhava em loja, a minha nora só tinha 20 anos e eu estava desempregada. Foi um dos anos mais difíceis da minha vida porque eu me senti tipo, responsável. Pensei: “como que eu vou dar conta de três além de dois?”.*

A nova possibilidade veio por sugestão de uma vizinha: *Uma vizinha minha que tinha concursado me falou do concurso, aí eu fui fazer, fui prestar. Ela já trabalhava no hospital de clínicas. Quando eu vi as vagas, eu fiquei assim meio receosa de tentar o R.H. logo de cara, porque eu não tinha experiência. Aí eu fiz lá recepcionista, me inscrevi porque eu achei que ia pra UBS. Depois de aprovada, levou quase um ano até ser chamada: Quando eu cheguei lá a moça me orientou: era a última chamada porque vai mudar a gestão e não sei se há a possibilidade de chamar de novo e eu já estava há mais de um ano e meio sem trabalhar. Fui lá pro CAPS Centro, eu não conhecia o CAPS.*

**Andreia** descreve seu início de experiência na saúde mental como de preconceito: *Quando falou CAPS, eu falei: não vou, não quero, não vou, não! Então realmente eu fiquei bem apreensiva mesmo, eu achei que eu não ia conseguir. Eu falei pra Deus: Estou pedindo um emprego, sou honesta, sou trabalhadora e o Senhor me dá uma vaga no CAPS? Foi bem, fiquei bem uns dias sem dormir. Fiquei com muito medo, medo, medo mesmo.*

Apesar de ser seu primeiro emprego na saúde mental, não era o início de sua experiência. **Andreia** conta sobre o histórico de sua família ainda nos anos 1980: *Tenho problema de saúde mental na família, mas é lá em Minas onde minha mãe mora, então tive contato mais quando era nova. Era pequena, ouvia minha vó falando: ó vai pra Barbacena, mas era longe. Hoje eu consigo associar bem certinho daquele tempo pra cá, quando a minha vó falava, por exemplo, do meu tio: seu tio vai pra Barbacena, então hoje eu consigo entender. Hoje eu entendo como era a doença pra ele, porque ele era tão sistemático, porque ele era tão às vezes fechadão no mundo dele.*

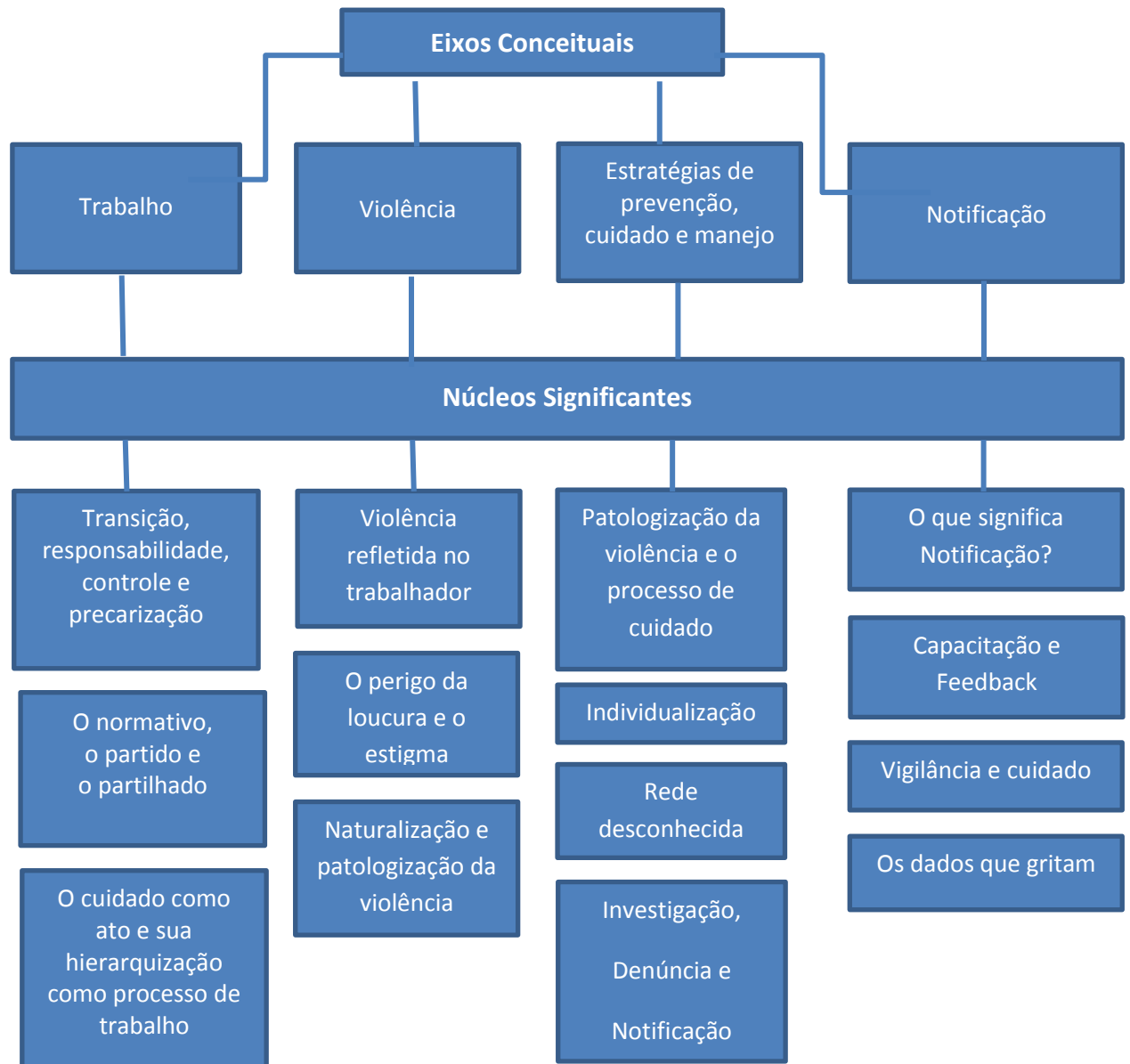
**Andreia** ainda traça um paralelo entre a vivência da família e a atual: *Hoje na minha memória é que, não sei, eu acho que hoje as pessoas são bem mais ajudadas, as pessoas são bem mais esclarecidas. Meu avô e a minha avó simplesmente levavam e no final quando meu vô e minha vó morreram ele ficou sozinho, porque os demais irmãos não tinham aquele manejo de nenhum cuidado e nem a paciência dos meus avós.*

Já no cotidiano do CAPS, conta que levou cerca de um mês para desmistificar o papel do louco e se sentir confortável: *Eu fiquei curiosa porque eu via os profissionais falando de igual ou até chamando a atenção ou até falando assim... Eu falei: como que você fala assim com uma pessoa da saúde mental e hoje eu consigo articular assim bem fácil. Se você falar se eu quero sair hoje, não mais!* Agora, há cerca de três anos no CAPS se sente mais confiante. Descreve suas principais atribuições como: *Abro ficha, atendimento agendado, dou orientação ao telefone, formulário que os técnicos precisam e total suporte aos técnicos. Assim, com o tempo você vai pegando uma confiança, você vai aprendendo. Sou responsável de acompanhar os serviços diários, que são as consultas agendadas, as triagens...*



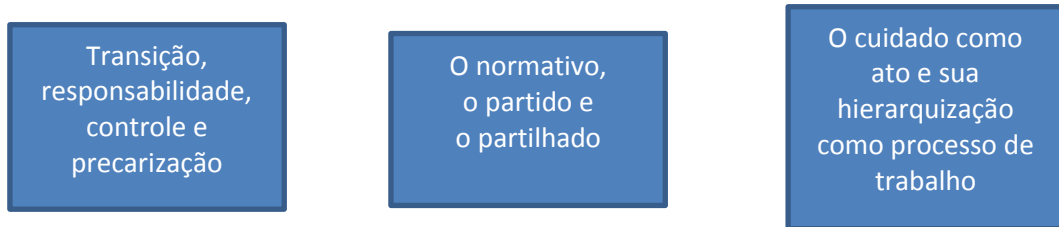
### 7.3. O MOVIMENTO DO DISCURSO

A fim de ilustrar a organização da discussão foi elaborado o fluxograma abaixo contendo os eixos conceituais e seus devidos núcleos significantes.



## EIXO CONCEITUAL TRABALHO

### NÚCLEOS SIGNIFICANTES



Este processo discursivo tem por objetivo contextualizar e retratar os **cotidianos de trabalho e o saber fazer** dos profissionais entrevistados, considerando suas atribuições, rotinas, desejos e frustrações. Diante da escolha por entrevistar profissionais em níveis de formação/atuação diversificados também se optou manter tais divisões para melhor análise dentro de cada categoria profissional apresentada.

### AS GERENTES

O papel da gestão em um espaço de saúde pública implica não só na função de administrar uma equipe e unidade, mas também de executar uma política social formulada a muitas mãos e com vozes representadas por um movimento de luta por direitos e sua garantia.

Assim, a primeira nuance perceptível nos discursos das gerentes entrevistadas está relacionada à *responsabilidade* em torno das demandas no CAPS e das maneiras de assegurar suas devidas execuções com qualidade no cotidiano dos serviços. Para isso uma variedade de verbos é utilizada pelas entrevistadas no que diz respeito às suas próprias funções: *verificar, conferir, monitorar, fiscalizar, informar, representar, resolver, gerir, apoiar, ensinar, avaliar, ajustar, mudar, analisar, articular, organizar, ordenar*. O peso das tarefas e das atividades que não se sustentam no singular pela complexidade é trazido de forma reflexiva inclusive no que diz respeito à *transição* vivida por estas profissionais de técnicas, na assistência à saúde a gestoras, ou seja, do trabalho vivo em equipe e com acesso direto ao usuário ao trabalho ‘solitário’ de quem lida com diversas tarefas e atividades burocráticas.

Esta transição é compreendida como um núcleo de sentido em seus discursos sobre o cotidiano por marcar significativamente a conexão entre suas histórias, trajetórias, receios, desejos, bem como apostas e posicionamentos no que relatam executar hoje. Apesar de todas serem mulheres, brancas, de meia idade, com formação de nível superior, mães e

trabalhadoras da saúde mental os caminhos que as levaram ao cargo de gerência não foram iguais, mas a *insegurança* de alguma forma direcionada a posição, sim.

**Lucia** já havia recusado em outras situações o cargo: *eu acho que eu era ainda muito imatura e não tinha tanta bagagem para assumir a gerência de uma unidade*, mas uma urgência em sua vida pessoal foi fator importante na escolha de aceitar o cargo no último convite realizado que implicaria em melhores condições de trabalho e remuneração; já **Ana** não traz a insegurança referente à função de gerente, mas sim à atenção ao público de seu CAPS – diferente do que sempre atuou: *Pra ser bem sincera eu acho que o papel de coordenação é o que me fez aceitar. Na questão do atendimento eu tenho muita dificuldade de atender as pessoas que tem transtornos mentais mais graves. Eu preciso da pessoa que funciona no raciocínio lógico. Então ser a coordenação me tirou desse medo. Que talvez, se tivessem me pedido para vir como técnica para cá eu ia ter falado que não por um medo de encarar o desafio.*

**Juliana** vai de encontro às demais entrevistadas tanto no que diz respeito aos sentimentos gerados pela incerteza da nova função quanto do novo desafio: *Não é um papel que eu tenha quisto. Eu nunca desejei ser chefe de nada, gestora de nada e de repente eu estou nesta posição! Me senti bem desafiada e isso para mim é interessante. Eu acho que eu sou movida a desafios, não é uma coisa que me assusta, mas é uma coisa que eu demoro um tempo para me adaptar.*

Os deslocamentos subjetivos de seus papéis como trabalhadoras aconteceram de formas diversas, mas presentes em seus discursos como fundamentais para suas organizações quanto “novas” gerentes. **Juliana** fala da dificuldade em viver essa transição diante do *distanciamento* da assistência: *Demorei muito para tirar a capa de técnica e vestir a roupa de gestora. Então no começo era muito difícil que eu não ficasse 100% do tempo lá perto dos consultórios e na recepção vendo quem chegava e atendendo no meio de corredor ou chamando para dentro de consultório.* **Ana** fala das diferenças de sentidos entre um cargo e outro ainda hoje: *Quando os pacientes não viram os seus problemas resolvidos e quiseram conversar eu até me senti mais técnica (risos), porque aí você tem que acolher, arranjar, ver como é que você vai fazer a pessoa entender, explicar. Aí eu tenho esse contato mais próximo, mas no dia a dia não tenho muito isso.*

A assunção da nova função trouxe, portanto *distanciamento* de vivências antes naturalizadas, habituais. A forma encontrada para reaproximar ou ainda se fazer presente em tais processos – dando conta da *responsabilidade* que permeia todo discurso – é bastante

marcada pelo desejo de *controle*: da equipe, das atividades, dos casos, dos fazeres assistenciais e administrativos e até mesmo da rede.

**Lucia** conta de um trabalho vigoroso e permanente de fiscalização: *Todo mês a gente tem que fazer a verificação e a testagem de quanto que foi consumido de alimentação. Então isso sou eu que faço, tanto da comida, da alimentação, como também da lavanderia. Eu que faço o controle do banco de horas de cada funcionário, mesmo com apoio de trabalhadores administrativos: Mesmo ele conferindo eu confiro novamente e justifica: É, porque eu quero também estar acompanhando tudo que está acontecendo. Tudo passa por mim para eu estar sabendo o que está acontecendo. Eu tenho esse controle. Aqui eu também deixo muitas coisas para eu controlar.*

O controle e a responsabilidade trazem consigo um peso relatado tanto por **Ana**: *Esse hábito de monitorar quem vem, quando vem, para que atividades eles estão vindo. E acompanhar coisas que tem que ser feitas, porque tem que ser feitas! As coisas burocráticas que na correria também às vezes se não tiver alguém cobrando as coisas vão se perdendo. E aí fazer esse papel de ser a pessoa chata que vai ficar cobrando, mas que precisa; como por **Juliana**: *Minhas atribuições são: coordenar equipe, fazer processo formativo, garantir que as diretrizes estabelecidas sejam cumpridas, que as normas estipuladas sejam obedecidas e que o atendimento humanizado, acima de qualquer coisa, seja garantido e excelência em atendimento.**

**Ana** reitera o que, em resumo, sua função condensa simbolicamente: *Fazer o serviço funcionar.*

A forte presença nos discursos de expectativas de excelência, obediência e controle de diversos processos concentrados em sujeitos únicos também gera angústia e frustração por aquilo que não é controlável de suas posições. **Lucia** descreve um momento emblemático de sua vivência relacionado à articulação da rede no cuidado e não só de seu serviço: *Logo no início nós tivemos uma paciente que veio a óbito aqui dentro. Ela estava com uma bairra de uma infecção de urina que era isso que desorganizava ela na verdade e aí ela foi e voltou, foi e voltou várias vezes (da UPA), e aí é isso. Eles têm a dificuldade de cuidar do paciente de saúde mental e aí manda pro CAPS. Só que aqui a gente não tem suporte e eles queriam, por exemplo, que a gente medicasse a paciente aqui na unidade com uma medicação super forte para infecção urinária e aqui a gente não tem nem suporte para soro, para colocar. A paciente teve uma parada cardíaca aqui dentro eu não tenho aparelho de desfibrilador, não*

*tenho. Não tinha um carrinho de parada, na unidade e é isso, não tinha medicação para fazer nada e paciente parou aqui dentro. Isso para a gente foi um baque.*

Assim como **Lucia, Ana** também relata as dificuldades na manutenção de seu trabalho pela realidade da rede de saúde: *A saída do CAPS é muito fácil. Então o CAPS tem que ser o lugar da crise não grave. Da crise onde a pessoa ainda não está bem 100%, onde ela ainda precisa ter uma observação constante, ela ainda precisa de uma avaliação frequente do médico, mas não pode ser na hora que ela está em agitação psicomotora se colocando em risco ou tentando se matar. A gente aqui faz avaliações no HC (Hospital de Clínicas) e é muito gritante o quanto um hospital que não tem a equipe especializada de psiquiatria não está preparado para lidar com casos psiquiátricos. Não conseguem saber o que fazer! Eles pedem avaliação de coisas muito simples porque a equipe deles não sabe o que fazer com aquilo e às vezes coisas muito simples mesmo! Que você fala: “Mas qualquer médico deveria saber fazer isso”!*

**Juliana** por outro lado, consegue trazer sua dificuldade dentro do próprio CAPS: *Eu quero saber quem está escondido, quem está em casa porque está bem, está estável... Beleza! Eu quero saber quem é que está escondido e não está aparecendo porque não está bem e aí eu quero pegar aos poucos e investir nisso, porque quem está aqui a gente está vendo todo dia está bem tratado e aí eu não tenho tempo na agenda para ir atrás desses caras, porque estamos atendendo, investindo muito pesado em quem está aqui dentro. Essa é uma frustração! (Referindo-se ao abandono do tratamento e por quais razões).*

Também aparece em seus discursos uma segunda transição, voltada para os aprendizados adquiridos ao longo do tempo de gestão e descobertas de novas formas de aproximação com as equipes e usuários, ainda que se mantivessem todos os traços descritos da *função gerente* que envolvem avaliação, planejamento, fiscalização e resolução de demandas.

Há, portanto um segundo movimento de abreviação do *distanciamento*, que é contado por **Lucia**: *Acontece muito também de às vezes, como a gente tem uma equipe reduzida, eu ir atender os pacientes. Acho que é uma forma que eu tenho de ajudar um pouco a equipe no momento. Aqui eu gosto muito dessa parceria, não gosto de resolver as coisas sozinha e falar: “ó gente é assim e pronto”. Não, eu não acho que é desse jeito que a gente funciona e não deve ser desse jeito que a gente deve trabalhar, então assim, eu levo a ideia para a equipe e a gente tenta construir junto e também por **Juliana** em algumas cenas: *Também costumo dizer que existem algumas formas de você ser chefe, gestor, líder, usa aí o nome que**

*você quiser. Talvez porque eu não me vejo nessa posição e me vejo parte da equipe, eu não acredito definitivamente em uma postura autoritária.*

Os discursos sobre os cotidianos destas profissionais transitam entre a rigidez do controle e permeabilidade da composição entre demais profissionais e rede. Apesar disto, há uma premissa descrita de um fazer que opera principalmente pela burocracia, responsabilidade e controle de forma solitária que só após a quebra de algumas barreiras dá pistas das coletividades da profissão que se tornam significativas.

Concordando com Sennett (1943), as forças de dominação e iniquidades estabelecidas na sociedade, a organização política e social para lidar com experiências vividas coletivamente se torna cada vez mais difícil, levando a naturalização dos processos de individualização, como os citados ao longo do texto, que no contexto estudado podem consolidar a perpetuação da violência centrada nos indivíduos e no que diz respeito ao campo da saúde mental as ofertas de cuidado podem ser pautadas em estratégias que reafirmem a subjetivação e internalização do sofrimento das vítimas nos atendimentos e dos profissionais de saúde que exercem essa ação de cuidar.

### *PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR*

No que diz respeito à categoria de profissionais de nível superior participantes da pesquisa, compreende-se já como um primeiro dado a totalidade de trabalhadores/as de uma única categoria profissional, representados assim pelo núcleo da enfermagem.

Faço destaque a tal fator como algo importante principalmente por três pontos: a legitimidade ou representatividade de tal categoria profissional dentro de qualquer serviço de saúde tanto por um 'senso comum' da sociedade quanto pelos próprios trabalhadores da área diante de seu saber extremamente abrangente e um fazer ordenado e estruturado, como descreve Balzano (2018) sobre as características do enfermeiro; que leva ao segundo ponto relacionado à organização de fluxo ímpar nos CAPS da cidade em comparação aos outros, que consideram tal profissional o mais habilitado para avaliar e triar quadros de pessoas que procurem as unidades pela primeira vez – momentos designados ao preenchimento da ficha de notificação de violências - pela capacidade de realizarem uma avaliação tanto clínica quanto psíquica; e por fim na relação com um último ponto que mostra uma realidade segmentada da atuação profissional nos serviços de saúde mental desta rede, uma vez que apesar de serem descritas ações e discussões coletivas para a produção do cuidado, as atuações são legitimadas e restritas ao campo de saber de cada categoria profissional, a princípio. Ainda assim, de

maneira simbólica, estas entrevistadas carregam uma representatividade importante na área da saúde que diz respeito ao gênero, compondo então este grupo por três mulheres trabalhadoras do ‘campo do cuidado’.

As profissionais entrevistadas apresentaram nos relatos sobre seus cotidianos, tarefas normativas e importantes da rotina institucional dos CAPS, como retrata **Karen**: *O meu cotidiano é assim: eu chego, fico na triagem. Meu plantão é de 12 horas. Eu que recebo o pessoal, eu que oriento para onde vai, se encaminha, se o paciente tem crise ou não está, se eu levo para o P.A. ou pronto atendimento, se eu insiro o paciente ou não e vejo todos os pacientes que já estão em hospitalidade noturna. Então eu passo visita, converso. Eu tenho que conversar com a família, tentar orientar. Questão de medicação a gente tem que estar muito atento: paciente toma ou não toma medicação? Então são detalhes e são de vários todos os dias, então você tem que observar isso todos os dias.*

Dentre todos estes *detalhes* descritos como atribuições do trabalho das enfermeiras entrevistadas há um primordial: a triagem, como afirma **Rosana**: *A gente está entrando na frente da triagem. É a principal função dos enfermeiros aqui em São Bernardo, contextualizada por Mariana: A política aqui de São Bernardo é um pouco diferente dos outros CAPS. O que diferencia muito é que como enfermeira aqui nós fazemos a triagem. Porque às vezes eles têm outras comorbidades e a gente vai fazer uma pesquisa que os profissionais não vão conseguir fazer pelo exame físico nesses pacientes, porque alguns têm alterações mais de comorbidades do que de psiquiatria. A gente já faz uma **avaliação de enfermeira** nesses usuários.*

A *avaliação de enfermeira*, como diz a fala de **Mariana** traz a marca de um trabalho que aparenta ser feito distante dos demais profissionais e que exige um domínio técnico importante, já que ali são avaliadas as demandas, riscos e condutas mais imediatas em respeito a cada caso. Além disso, fica a cargo destas profissionais um trabalho importante de articulação de rede e gestão do cuidado que sustenta não só os desdobramentos de suas avaliações, mas também a integralidade do cuidado no SUS, como aponta **Mariana**: *A gente faz encaminhando ou para a UBS ou dependendo da gravidade para a UPA, em casos extremos a gente chama uma ambulância; (...) separa os casos leves, de pouca gravidade tipo ansiedade (...); Para os casos que aderem ao CAPS nós marcamos uma entrevista com equipe multi, geralmente a psicóloga, a terapeuta ocupacional e a seguir com psiquiatra (...). Se é um caso de maior gravidade, que seja atendimento imediato (...) é discutido com o médico e é atendido no mesmo horário, no mesmo dia. Se é um caso que precisa de um*

*atendimento, mas agenda para marcar está muito mais para frente, tipo daqui uns 10, 15 dias a gente conversa com o médico, a gente tem umas reservas técnicas e a gente marca para a gente não deixar esse usuário assim perdido, porque ele está estável no momento, mas eu não sei como ele vai estar daqui uma semana.*

Chama à atenção a grande e complexa carga de trabalho destas profissionais em contraponto à sua jornada de trabalho “12 por 36h”, que constitui também a demanda por apoio para continuidade de um trabalho, que é feito de forma longitudinal nos CAPS diariamente. Quanto ao apoio para tais tarefas há diferenças nos relatos entre os CAPS. **Rosana** informa que apenas o técnico de enfermagem além do enfermeiro pode fazer a triagem, mas ainda de forma hierárquica: *Eles podem ajudar, mas sempre na tomada de decisão ele tem que vir discutir o caso com a gente.*

Já **Karen** mostra outro molde que permite inclusive outras dinâmicas de trabalho, ainda que dentro do molde restrito das triagens: *Aqui no CAPS tem a responsável técnica (RT), que é 40 horas. Eu tenho o respaldo dela. Aí se for o caso de um dia de uma demanda muito grande a RT entra para ajudar. Eu tenho a residência terapêutica também! Eu faço essa visita uma vez por mês. Eu vou lá faço aí a RT que fica na triagem. Eu faço matriciamento que aqui é na Rede. Eu e a farmacêutica vamos começar um grupo pra cuidados. Então a gente tem toda essa demanda, mas se a demanda for muito grande ela entra. Ela me ajuda.*

**Karen** apresenta de forma isolada, das demais entrevistadas, os trabalhos descritos acima, como grupos e visitas/ acompanhamento aos moradores de Residências Terapêuticas. Um dos fatores fundamentais para sua experiência é descrito pelo apoio de outra profissional da mesma categoria que a sua. O outro, surge acompanhado de sua trajetória ainda como estudante de enfermagem: *Eu achei muito interessante o estágio da faculdade (em CAPS). Eu falava: nossa! Aí você vê que no grupo são pequenas coisas, eles evoluem muito. Aí você fala: meu deus! A pessoa que é esquizofrênica, que tem uma dificuldade imensa fez algo! É maravilhoso. Então aí eu fui aprendendo, fui me adequando, estou aprendendo ainda. Eu sou muito feliz de trabalhar aqui.*

**Karen** traz em seu discurso a importância do compartilhamento de tarefas, demandas e condutas em seu cotidiano de trabalho de forma concreta, mas pouco reflexiva.

Apesar do forte tom normativo dos discursos referentes às suas funções e cotidianos de trabalho, sempre descritos como operacionais e segmentados do restante da equipe, pouco a pouco durante as entrevistas foram surgindo relatos de parcerias com a equipe



multiprofissional. Em relação às partilhas e parcerias as profissionais expressam a valorização do trabalho ‘multi’ como uma potência nos CAPS, como conta **Mariana**: *Uma andorinha não faz verão e aqui não existe o individualismo. Nós conseguimos compartilhar conhecimentos, aprendemos com isso e muitas vezes fazemos até atendimento em conjunto, que às vezes a gente pega um caso tão complexo que eu preciso de auxílio de alguém e a equipe está sempre disponível.*

Da mesma forma, as entrevistadas citam como principal dificuldade a falta de profissionais e serviços para a grande demanda para os CAPS, exemplificado também por **Mariana**: *Atualmente a saúde mental têm um número muito elevado de usuários e está cada vez mais aumentando. O número de funcionários é insuficiente para a demanda. A demanda é muito grande.*

Assim como na categoria das gerentes, foi possível encontrar nos discursos das enfermeiras uma forte demanda por organização e gerenciamento de processos complexos, que desta vez operam diretamente na assistência ao usuário dos CAPS, e que são descritas da mesma forma por Balzano (2018) que traz como características muito presentes no trabalho do profissional da enfermagem a ordem e estrutura. A individualização de diversas tarefas e atividades, incluindo as triagens, surge em desencontro com a perspectiva de outros CAPS que caminham para trabalhos cada vez mais interdisciplinares e integrados, como é trazido por **Rosana** quando afirma que *este é um novo modelo do município.*

Ainda que haja tal direcionamento pela gestão municipal atual a coletividade é valorada e sustentada nos moldes possíveis por estas trabalhadoras, que parecem buscar em seus fazeres micropolíticos formas de ampliar e potencializar seus trabalhos atrelados às parcerias na busca de garantias de acesso e integralidade do cuidado para os usuários de serviços de saúde mental.

### *PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO*

Diferente das demais categorias profissionais, esta comporta o maior número de trabalhadores homens, com desejo de atuação e experiência na área da saúde mental prévia ao vínculo que exercem no CAPS do município estudado. São em sua totalidade negros. Esta também foi única categoria em que uma profissional sem formação da área da saúde e que não atua diretamente na assistência – cargo administrativo – foi escolhida para representar esta categoria da equipe.

Em uma sequência da perspectiva central de atribuições de trabalho do núcleo de atuação da enfermagem citados acima, os técnicos também descrevem seus cotidianos por atividades muito bem estipuladas como relata **Joaquim**: *Minhas funções são: chegar; separar medicação, fazer coleta, fazer Haldol Decanoato (medicamento antipsicótico intramuscular)*

**Leandro** sintetiza: *Aqui nós desempenhamos a função de cuidados, cuidados integrais. Você assiste ele como um todo, dá a medicação assistida, esse usuário que às vezes ele não está dando conta de tomar banho sozinho... Você assiste ele num total, desde a medicação, é um banho, alimentação...*

Ainda que esses trabalhadores expressem as percepções sobre suas rotinas de um trabalho sistemático e estruturado como ações, muitas vezes, consideradas de “menor” complexidade (o que na verdade não é) no cotidiano de uma unidade de saúde, é necessário apontar que seus olhares carregam enormes conhecimentos e delicadezas da produção de um cuidado que se constrói em ato nestas mesmas ações ‘simples’ e cotidianas. Balzano (2018) aborda em seu estudo sobre a identidade do profissional da enfermagem a invisibilização do trabalho da categoria por se tratar de “um mero conhecimento prático e, portanto não científico” (p. 138 *apud* Jackson 1997).

**Andreia** descreve sua atribuição como *acompanhar os serviços diários*, se referindo ao controle das agendas, planilhas com dados, orientações e atendimentos básicos aos usuários da unidade entre outras ações, mostra a potência do contato próximo e direto através da sutileza de pequenos gestos: *Para eu sair do balcão e vir até a farmácia confirmar se tem notificação, ver se está faltando, ajudar uma senhorinha vir pegar a receita... Pra mim é natural, então eu acho que eu sou bem curiosa. Eu gosto de ser bem útil assim, eu acho que o que eu faço já é natural; e olhares: Uma triagem que chega assim... Se elas (as enfermeiras) estão em uma reunião a gente consegue perceber se é mais urgente, se consegue esperar um pouco.*

A mesma entrevistada, quando é questionada sobre tal sensibilidade atribui *habilidade* como fruto de sua experiência que é legitimada no discurso: *Eu acredito que pelo fato de eu já ter 50 anos, 27 trabalhados em uma empresa, já lidava com pessoas. Eu sou bem observadora, eu gosto muito de pessoas.*

Por outro lado, **Joaquim** conta da vivência em outro momento da RAPS de São Bernardo: *Antigamente quando era (sobre a gestão municipal anterior). A gente passava atividade, fazia futsal, fazia matriciamento, fazia o acolhimento... E agora mudou a nossa rotina. Só quem faz acolhimento é nível superior. O mesmo profissional valoriza o momento atual de*

distanciamento de ações que não fazem parte de uma *rotina de enfermagem*: *Eu acho bom, porque às vezes você fazer esse acolhimento é uma responsabilidade que. Você tem que fazer uma avaliação. Fazer essa análise se é ou não é* (caso para CAPS). *Então eu acho que isso aí foi bom, porque às vezes até o nível superior têm dúvida, imagina nós que não temos esse estudo?*

Segundo Dejours (2009, p. 20), em todo trabalho é preciso utilizar a inteligência que se apoia na profunda mobilização de toda subjetividade. O autor explica a subjetividade como algo que passa pelo corpo, sensibilidade, destrezas motoras elementares, capacidade de memorização relacionada ao seu objeto de trabalho, capacidade de intuição de caminhos inéditos para fazer frente aos imprevistos e segue assim pela atividade de pensamento, elaboração e experiência no corpo que trabalha.

Existe uma diferença nos discursos que diz respeito à identificação profissional de cada entrevistado com o ato do cuidar e as compreensões que são trazidas para cada momento e contexto. **Cacilda**, por exemplo, identifica como produção de cuidado o seu olhar atento ao cotidiano e usuários do serviço que é advindo de experiências de sua própria vida, demonstrando assim uma valorização do saber que vem de sua trajetória e construção como sujeito. Por outro lado os profissionais técnicos de enfermagem talvez ocupem uma posição hoje nesta rede que fortaleça através desta lógica hierárquica a representação de um ‘pequeno saber’ para esta categoria.

A ideia de unidade de equipe não está presente no discurso de todos os profissionais. Assim como **Joaquim** mostra a distância entre as possibilidades de ações e saberes entre sua categoria e a dos profissionais de nível superior, **Leandro** fala de algumas estratégias do cuidado típicas dos CAPS, como os Projetos Terapêuticos Singulares, como construções *da equipe* distantes de seu agir cotidiano e que cabe a ele apenas seguir: *Ele vem aqui só a parte do dia para tomar medicação e leva essa medicação para casa. Aí é como a equipe monta o PTS.*

**Andreia**, por outro lado, descreve como parte de seu processo de trabalho a participação em reuniões de equipe, discussões de pautas e casos e apoio dos técnicos em condutas. Apesar de não fazer parte da equipe de saúde, tem formação ou longa experiência na área como os demais participantes desta categoria. **Andreia** mostra que fazer parte da equipe é um fator importante para a valorização de seus saberes e consequentemente de suas ações de produção de cuidado, independente do grau de complexidade ou tecnicidade que se constituam.

Há, portanto rupturas importantes criadas pela retomada da hierarquização do cuidado. Isto pode ser notado no discurso de **Joaquim** que ainda que questionado sobre atividades do cotidiano atual não deixa de descrever as funções que um dia já desempenhou (matriciamentos, grupos, atividades...), justificando a ruptura pelo novo direcionamento de gestão e pelo sentimento gerado de medo de errar em avaliações nos dias atuais, e continua valorizando as mesmas atividades do passado hoje exercidas por outros colegas: *Acho que potências são as atividades que tem uma (...). Potência é a atividade física que o educador físico do CAPS faz, a psicoterapia em grupo às vezes também é muito importante, cuidado com a família.*

A questão da flexibilização do trabalho e as relações de precarização introduzidas através da política neoliberal moldaram com maior instabilidade os vínculos, riscos e requisitos de produtividade. Dejours (1992) relaciona o rendimento, ritmo e cotas das produções exigidas no trabalho ao surgimento de ansiedade nos trabalhadores que estão o tempo todo sendo colocados em xeque pelo aumento das imposições, pelas hierarquias, pelas súbitas mudanças nos postos de trabalho e pela falta de recursos humanos.

Assim como outros profissionais, independente do grau de hierarquia e formação, há o reconhecimento do sucateamento dos investimentos no campo da saúde mental no contexto do SUS, como conta **Leandro**: *Como eu estou na saúde mental desde 2007, eu vejo que a saúde mental como um todo, ela não é que nem as outras patologias, então quer dizer: na saúde mental eu costumo falar para os meus colegas que vai 'a passos de tartaruga'. As coisas são muito morosas, entendeu? E fora que falando até de repasses de verba eu acho que, para a saúde mental nem sempre chegam ao destino final. Para saúde mental de modo geral eu vejo que é o que sobra.*

Como foi possível perceber através dos discursos das gestoras, profissionais de nível médio e profissionais de nível superior em suas singularidades, os profissionais de saúde contam com instrumentos definidos como materiais e não materiais conforme descrito no marco teórico, podendo se tornar assim seu próprio instrumento de trabalho (Peduzzi, 1998 *apud* 2008). Nessa linha, o trabalho na saúde mental convoca o trabalhador a estar em contato consigo internamente e subjetivamente tanto pelas premissas que levaram a construção dos CAPS e organização de seus trabalhos, quanto pela necessidade de construir significados e uma relação dialética com a produção do cuidado e os usuários ('objetos'). Dejours (1992) fala que a significação em relação ao objeto coloca em evidência o passado e presente do trabalhador, assim como sua vida íntima e história pessoal, tornando a dialética trabalhador-

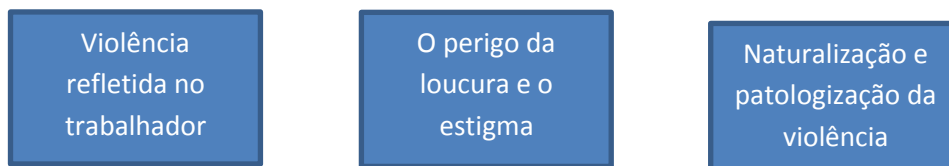
objeto única para cada sujeito ainda que operando sobre organizações de trabalho pré-estabelecidas.

Assim, é possível trazer a reflexão sobre a complexidade do trabalho realizado pelos profissionais da saúde mental, uma vez que estes são submetidos a situações de risco que vão desde biológicos (contaminação) até os relativos aos processos em que utilizam, muitas vezes de si mesmos, como instrumentos não materiais, em relação direta com as condições de trabalho que geram cada vez mais interferências pelas divisões de tarefas com exigência de multifuncionalidade, de produtividade, com falta de reconhecimento profissional, baixos salários e demais insuficiências encontradas tanto nos espaços físicos quanto em relação aos próprios recursos materiais necessários para desempenho de suas funções.

Diante de tal contextualização, é importante classificar o campo da saúde mental como de um trabalho que convoca o uso da subjetividade, criatividade o todo tempo - premissa e organização que se deu pela grande significação da produção de cuidado pautado na humanização do tratamento à pessoa em sofrimento mental a partir do processo de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica no Brasil.

## EIXO CONCEITUAL VIOLÊNCIA

### NÚCLEOS SIGNIFICANTES



O eixo violência é apresentado aqui na sequência do eixo trabalho intencionalmente, com objetivo de contrastar algumas questões que a pesquisadora buscou investigar desde a proposta de diálogo sobre os cotidianos dos profissionais entrevistados.

Tendo em vista o percurso traçado até o acesso aos profissionais, com destaque à apresentação da proposta e projeto elaborado, o primeiro ponto a ser tocado neste eixo é o da ausência de discursos sobre a violência antes de ser interrogada diretamente, ainda que estivesse muito presente nas falas da pesquisadora nos momentos prévios às entrevistas. Apesar do objetivo da pesquisa ser relacionado ao cuidado e notificação de situações de violências nos CAPS um passo atrás foi dado não só pelo intuito de conhecer os profissionais e seus contextos de atuação, mas também de compreender se, sem uma abordagem explícita, o tema da violência emergiria, fato que não aconteceu. Portanto, é de grande importância pontuar que apesar da violência estar inscrita no cotidiano de qualquer CAPS, seja pelo trabalho com pessoas que muitas vezes ficam a margem da sociedade e historicamente são vítimas da violência ou pela precarização de processos de trabalho que embarreiram as possibilidades de cuidado e garantia de direitos, ela não é apresentada pelos discursos dos trabalhadores de forma consciente e ativa, o que pode levar a condutas e reflexões restritas sobre o tema.

Para compreender como era o panorama da violência nos CAPS, primeiro foram investigadas as compreensões sobre ‘o que é violência?’ para os trabalhadores. Tal questionamento permitiu mapear que as concepções de modo geral estavam muito ligadas ao termo ‘agressão’ como colocam **Karen**: *Ah, para mim violência é tudo que agride a pessoa* e **Mariana**: *Qualquer coisa que agrida você física ou psicologicamente. Então violência pode ser tanto sexual, como uma autoagressão, como podem ser as psicológicas, de insultos, de deixar a pessoa frustrada ou se sentindo insegura*. Outros apontamentos muito presentes nos discursos dos profissionais estavam relacionados à ‘violência verbal’ e a negligência das famílias com os usuários dos serviços como destaca **Rosana**: *Familiares falam assim: Aí ó, é*

*retardado. Não está vendo que ele não entende? A gente vê muito. Tem alguns pacientes que a gente vê muita impaciência do familiar com ele. Então acho que essa é a principal violência que eles recebem. Um pouco de hostilidade familiar e um pouco... Que eles são um pouco deixados de lado.* Também foi possível observar que o termo ‘violência’ quando questionado de forma abrangente remeteu pelos entrevistados a ações relacionadas a violências interpessoais em um primeiro momento, fossem elas físicas ou morais. Este movimento pode ser associado à ideia de civilidade trazida por Elias (1939) sobre a necessidade de controle dos instintos e emoções como regra primordial para vida na sociedade moderna. Ainda que o cenário da pesquisa se configure como um serviço de saúde mental, a violência psicológica foi pouco citada de forma direta, dado que vai de encontro com o que dizem Barreto e Figueiredo (2019, p. 123):

A violência de natureza psicológica, que gera importantes impactos na saúde, tem sido menos documentada nas pesquisas. Pouco se fala das violências e abusos psicológicos, que trazem consequências diversas para a saúde e atingem de formas diferenciadas os grupos destacados como mais vulneráveis, entre eles os indivíduos com transtornos mentais, os idosos, as crianças e mulheres.

As ‘autoagressões’, como alguns chamaram, só ganharam espaço nos discursos num segundo momento onde o questionamento já era direcionado a violência no cotidiano das unidades. Violências institucionais ou de qualquer outra ordem ‘coletiva’ só foram citadas por **Ana** que tentava contextualizar sua compreensão de forma mais detalhada e que também está inserido no CAPS do território de maior vulnerabilidade social: *Nossa, eu chamo tanta coisa de violência! O mais básico de todos é a violência física que todo mundo entende como violência; todos os tipos de violência sexual, violência psicológica, qualquer tipo de assédio psicológico, abuso psicológico; as violências sociais se a gente quiser falar delas essas são mais difíceis até de intervir, mas também tem as violências sociais. De a pessoa não ter acesso a recursos básicos que qualquer pessoa deveria ter que está na constituição que as pessoas têm direito e não têm e aí você vai perpetuando um ciclo de miséria que vai só se repetindo de geração a geração, então isso também é uma violência.*

Ainda sobre este primeiro questionamento é válido frisar que muitos entrevistados relacionaram diretamente os questionamentos sobre violências no cotidiano das unidades com situações vividas por si mesmos, como associa **Rosana** ao falar da ‘violência verbal’: *Eu entendo como violência da parte verbal também: Porque você não vai inserir? Porque você não vai fazer isso? Faz isso agora! Eu quero agora! Vamos, anda, faz. Eu estou mandando, você não tá vendo? Sua boba, sua idiota! Assim tem bastante disso. Às vezes aqui tem muita*

*parte da verbal também.* A mudança do paradigma da agressividade como um instinto natural e permitido socialmente para algo a ser reprimido (se necessário pelo Estado) mostra o que Elias (1939) nomeia de conceitos sobre o “normal” e o “anormal”, sendo a agressividade contra o profissional de saúde um comportamento desviante neste caso.

Outros profissionais trouxeram os mesmos tipos de relatos ainda que as perguntas não determinassem se eram acerca dos técnicos ou usuários, como exemplificam **Lucia**: *Já chegaram a agredir funcionários do tipo assim jogar cadeira no funcionário, quebrar mesa, vidro. Já tive muitos casos de pacientes que estavam em uma crise e tivemos que conter e de agredir funcionário. Já tivemos que abrir CAT aqui por conta de pacientes que agrediram funcionários. Já aconteceu assim de xingar, agredir verbalmente porque não quis dar o Rivotril que ele queria,* e **Andreia**: *Veio um paciente aqui passou com a gente e foi direcionado pro pronto atendimento. Pelo que ele conta no pronto atendimento ele pediu uma medicação específica que o médico não fez. Quando ele subiu na farmácia pra retirar a medicação ele voltou pra recepção e estava bem alterado, falando que precisava de x medicação que o médico não tinha fornecido. Eu até saí do balcão pra orientá-lo: ó senhor, a medicação que o senhor quer é conduta do médico e isso aí você tem que discutir com o médico. Aí foi na hora que ele falou assim: Ai, eu vou me matar e vou matar alguma pessoa. Ele correu aqui pra dentro e o no meio do caminho pra cá eu percebi que ele estava com uma faca. Aí foi a hora que eu comecei a ligar pra todo mundo. Todo mundo conseguiu fechar as portas, os rapazes conseguiram tipo proteger as meninas entre aspas e a GCM veio bem rápido.* **Rosana** esclarece sobre tais situações no dia a dia dos CAPS: *É que como aqui nessa demanda da porta (sobre a demanda espontânea), pode vir alguém que venha tanto com uma hostilidade, uma agressividade verbal um pouco maior. Isso é um pouco ruim porque a gente está na linha de frente. A gente está exposta e se não tomar cuidado você pode receber um bofetão.*

As cenas narradas mostram não só a ‘exposição’ dos profissionais que atuam em serviços de saúde mental como também uma das maiores marcas inscritas no imaginário social sobre este trabalho: a do perigo da loucura. Tal perigo está relacionado ao que explica Birman (1980) sobre o processo de mortificação do sujeito considerado louco que é construída sobre a ideia da perda de controle da razão e ação que configura um status de pouco valor social.

Foi possível perceber nos discursos dos entrevistados reflexões críticas acerca da estigmatização da loucura como citam **Mariana**: *O trabalho não só do CAPS, como da*



*psiquiatria, da saúde mental foi esquecido durante muitos anos, deixado para lá. Existe um preconceito muito grande, então devia ser um pouco mais trabalhado isso e divulgado também que você pode fazer um tratamento desse louco que a sociedade discrimina, esse louco que machuca, esse louco que bate, que é o que as pessoas pensam, e **Leandro**: Eu vejo que o profissional além daquilo que ele está fazendo, eu acho que ele tem procurar bem mais é estudar ou seja para até para desmistificar o que é a saúde mental. Eu vejo como falta de conhecimento.*

Estas observações acerca do estigma surgem de forma longitudinal nas entrevistas desde os relatos sobre as trajetórias dos trabalhadores e ‘seus medos’ de adentrarem a área da saúde mental até as discussões sobre demandas e nós críticos do cuidado em rede e no território para o sofrimento psíquico, como contam **Juliana**: *A demanda que chega ao CAPS é uma demanda que outros serviços não conseguem dar conta ou porque não conhecem, ou porque se assustam, ou porque não gostam mesmo... É um assunto de muito tabu mesmo. Então a demanda encaminhada é essa demanda: Toma, porque chorou é CAPS. São pessoas que ninguém escuta, só isso que eles são e **Ana** sobre as barreiras de acesso para este público: Tem casos que não chegam a passar na UBS. A maioria dos pacientes não vai entrar na UBS, porque já olham torto para eles na porta da UBS. Então a gente fala de uma população que é estigmatizada.*

Esta é uma questão problemática, visto que os processos de sofrimento psíquico na sociedade atual estão cada vez mais disseminados e complexos, bem como as demandas por atendimentos de saúde mental. Apesar disso, esse tipo de cuidado ainda é visto como algo da ordem do estigma do louco, que faz com que muitas pessoas tenham resistência em procurar atendimento, reconheçam a necessidade de cuidado de sua própria saúde mental e também que haja maiores discussões nas comunidades sob uma perspectiva social e coletiva sobre os fatores que têm impactado a saúde mental da população, como a violência.

Reitero as palavras de Goffman (1963) sobre a construção do termo estigma baseado em atributos depreciativos, mas o que se faz necessário é a existência de uma linguagem de relações. A importância dessa linguagem de inter-relações tão debatida pelo autor pode apontar não só a causa dos distanciamentos, mas também a solução para aproximações, conexões e quebra de barreiras.

**Mariana** e **Juliana** discorrem sobre e o preconceito existente na comunidade que atravessa o trabalho no CAPS e as ofertas de cuidado, revelada na própria fala dos usuários aqui reproduzidas por **Mariana**: *Se me ver entrando em um CAPS procurando ajuda de*

psicóloga as pessoas vão achar que estou louca. Existe preconceito, não só disso mas de familiares. Isso a gente sente aqui, a gente sente isso nos grupos de família que a gente conversa e que quando eles começam a fazer o tratamento aqui a casa para de ser frequentada e **Juliana**: A gente faz muita visita em território pra explicar: Não, ele faz tratamento no CAPS sim, ele vai morar aqui sim!, porque a vizinhança relata que a pessoa é estranha, agressiva e isso e aquilo, então tem a violência do próprio paciente também, do próprio território. Portanto, ainda que os CAPS não sejam mais instituições totais, sua lógica totalizante ainda é presente e continua produzindo estigmas sobre sujeitos que demandam cuidados em saúde mental independente de seu tipo de demanda.

É necessário contextualizar que em sua maioria estes relatos não eram trazidos sob a ótica específica da violência, levando a pesquisadora a buscar em diversos pontos das entrevistas cenas que demonstravam a presença dos preconceitos, exclusões e medos para construção de um debate sobre o estigma. A relação direta entre o estigma tão presente na vida de usuários de serviços de saúde mental e disseminada no imaginário social e a violência foi feita apenas por **Andreia** - da categoria de profissionais com formação de nível médio e que não desempenha função assistencial - enquanto tecia uma reflexão sobre si mesmo: *Eu entendo que o paciente de CAPS já vive uma vida de violência. Eu acho que o preconceito supera qualquer situação e tem pessoas que só de entrarem no CAPS... Lá no passado quando eu entrei tive muito preconceito, então eu acho que já é uma violência assim.*

Ainda que exista uma reflexão dos profissionais sobre as vivências de violência das pessoas em sofrimento psíquico, também foi possível encontrar nos discursos diversas interpretações destas situações, como no caso de indagações sobre a veracidade das narrativas dos usuários feitas por **Lucia**: *São casos que a gente não tem como ter certeza se realmente sofreu um abuso sexual, por conta que está psicótico. Aí não dá para saber se aconteceu ou se é da psicose dele* e **Ana** Até porque a gente não pode ignorar que a gente tem uma parte dos nossos pacientes que o que eles estão falando nem sempre é como eles estão falando. Então a gente precisa ter uma clareza melhor do que acontece e a escuta baseada no cuidado e com foco na proteção do usuário, como descreve **Joaquim**: *Tinha muito de paciente vir cheio de hematomas e falar que caiu da bicicleta (sobre a conduta em casos de suspeita). O que aconteceu? Você caiu da escada como? Tem certeza que foi da escada? Às vezes alguns falavam: a minha madrasta me bateu, minha madrasta não gosta de mim.*

A oscilação entre ambas as concepções é destacada aqui já que um dos objetivos da pesquisa está relacionado a investigação das ações direcionadas as suspeitas ou confirmações

de vivências de violências pelos usuários de serviços de saúde mental, compreendendo que um dos desdobramentos possíveis seria a notificação destinada à vigilância epidemiológica e que para isso não há necessidade de investigação do fato. O que acaba sendo descrito pelos profissionais como uma conduta cotidiana gira em torno justamente desta investigação para a validação do discurso e a denúncia ou busca pelo respaldo legal como principal oferta de cuidado como descreve **Lucia** numa cena do cotidiano em seu CAPS: *Uma das moradoras de rua... são dois casais na verdade que normalmente vem aqui. Em um dos casais o rapaz agride demais essa moça de ela chegar vir ensanguentada para cá e a gente querer encaminhar ela para a UPA, querer encaminhar ela para a delegacia da mulher e ela se recusar, mas já aconteceu várias vezes, e ela nem querer ir para a UPA ela quer, de sair, chegar a ensanguentar o banheiro inteiro, porque ele agrediu ela. Normalmente são pessoas que não querem fazer nada assim, nem a gente orientar, nem fazer nada.*

A fala de **Lucia** abre caminhos para a discussão acerca da naturalização da violência presente na sociedade e também nos olhares dos profissionais de saúde, que conforme a descrição de **Juliana**: *É uma situação que está bem banalizada. Muitos não falam por medo, muitos não falam porque não querem saber, muitos não falam porque não é da minha conta, muitos não falam porque eu tenho mais o que fazer. Ai, essa aí o marido dela é bêbado mesmo, Ai, essa aí vive tentando se matar. As pessoas estão pouco se importando pras pessoas que sofrem.* **Karen** também aborda a naturalização da violência, mas com destaques para um modelo de construção cultural em um dos territórios em que desenvolve seu trabalho: *Onde eu frequento lá naquela região é medo absurdo. Das mulheres não saírem e aí é por quê? Por ser violentada. Estuprada, porque é uma região que tem muita mata e acontece lá? Acontece! É comunicado? Não, porque ainda tem a educação de que eu não posso falar, porque a comunidade vai me repreender. Isso acontece muito lá no território e isso assim acontece o estupro é onde? É gente estranha? Não! Família. A família acha que isso não é normal. A família ignora. Uma coisa cultural! Essa é a palavra.*

As percepções sobre a dinâmica territorial são trazidas pelos entrevistados como meios fundamentais de compreensão de uma estrutura social e cultural que marca os contextos de violência lidados em cada CAPS, como relatou **Karen** no trecho acima. **Ana** conta que no território de seu CAPS a violência e a vulnerabilidade social/ estrutural estão intrinsecamente conectadas: *Algumas violências estão muito frequentes quando você tem vulnerabilidade, então há violência social. A maior parte dos nossos pacientes têm questões relacionadas a acesso da família a algumas coisas. Da família não ter condições de dar a atenção que*

*aquele paciente deveria receber porque se que falto no trabalho meu patrão não gosta e eu vou perder o emprego e eu vou me sustentar como?E isso é uma violência muito grande com a família do paciente. Eu não posso cuidar do meu filho, porque eu preciso garantir a comida. As questões de violência física que eu peguei aqui estão muito ligadas ao empobrecimento cultural, então eu não consigo entender o que é aquela doença e aí você começa com esse ciclo de violência tanto da fala: você é um inútil, porque você não faz nada! Quanto da própria violência física que às vezes chega em alguns momentos onde a família não consegue entender que aquele comportamento daquele paciente não é intencional. Nesta mesma discussão, **Ana** narra uma vivência importante para seu processo constituição de um olhar sensível à construção social e cultural: *Um menino autista, por exemplo, que passou a vida toda trancado em um quarto. Ele cresceu a família não sabia lidar com a agressividade dele, não fez tratamento quando era criança e aí o jeito que a família achou de lidar com aquilo foi trancar. E aí todo um trabalho foi sendo feito ao longo de muito tempo com esse caso. Foram anos! Eu cheguei e esse processo já estava em andamento de fazer essa família entender o que ele tinha, qual era o tratamento, fazer ele sair do quarto e descobrir que existe um mundo, aceitar vir para cá e desconstruir a fala de internação, porque a família pedia internação dele constantemente. Desconstruir a agressividade, porque aí também ele começou a sair e chegou uma hora que a UBS trouxe para gente que o controle da agressividade dele estava sendo com aquela maquininha de choque, porque a família não sabia. Ele tinha mais de 2 metros de altura e aí ele ficava agressivo e a família dava choque nele. Foi desconstruindo isso com a família.**

**Ana**, que discute como a organização cultural neste território está relacionada a casos de negligência de pessoas que demandam cuidados intensivos, também coloca esta população como pessoas com maior facilidade em pedir apoio: *A violência sexual ela é menos falada, mas ela acontece um pouco em todas as camadas sociais. As pessoas só ficam mais quietas. Aqui as pessoas falam, elas entram na sala do acolhimento e falam abertamente sobre isso. Aparece no grupo sem tanto tabu. Acho que eles já tem tão pouco que não tem essa questão da preocupação com a imagem. O que os outros vão falar de mim e da minha família? Mas uma hipótese é essa. Já tem tão pouco que nas camadas com mais dinheiro tem isso: O que vão achar se eu falar isso, o que vão pensar. Aqui eu acho que é mais: Eu preciso que alguém me escute, pelo amor de Deus, que eu não tenho outro espaço.*

Já em outro CAPS com um contexto socioeconômico oposto ao de **Ana** a discussão trazida pelas entrevistadas é pautada na ‘ausência de violência’, conforme relato de Mariana:

*Aqui não tem muita violência, por exemplo, violência para mulher, tipo abuso sexual, aqui a gente não pega esses casos, não sei se é por causa da região, então não temos muitos não. Acho que é por causa da população do bairro. Aqui é um bairro mais elitizado, então os parâmetros são diferentes. A gente não tem comunidade próxima, os bairros são bons. O que é chamado de ‘não ter muita violência’ por **Mariana** no comentário acima diz também da concepção da violência como um fator de ordem interpessoal, como discutido anteriormente sobre a relação com o conceito de ‘agressão’.*

O que acaba sendo descrito pelas profissionais desta unidade na verdade fala de um contexto territorial marcado pelo alto índice de violências auto infligidas, onde a maior parte das pessoas que procuram o CAPS tem queixas referentes à auto lesões, ideações, pensamentos, planejamentos e tentativas de suicídio que são descritas por **Lucia** como demandas de mais de 80% das triagens/ primeiros atendimentos realizados.

**Mariana** compreende que a organização social e cultural desta população explica o perfil: *Geralmente pega universitários, pessoas mais bem formadas, porque perderam o emprego e ficam desesperadas. São mais a base de frustrações e que não as suportam ou casos depressivos ou ansioso desses jovens que chegam por causa de estresse de faculdade, trabalho, relacionamento amoroso seja ele abusivo ou não e que acabam se lesionando para poder levar um pouquinho a angústia.*

Alguns fatores relacionados à violência no contexto dos CAPS foram relatados pelos entrevistados de forma inerente ao contexto social, cultural, econômico ou territorial, que podem indicar o perfil de demandas e pessoas que hoje buscam cuidados no CAPS e sofrem situações de violência. O primeiro fator amplamente abordado foi o da negligência de cuidadores ou famílias com pessoas com sofrimento psíquico grave, como o caso de psicóticos, que é descrito por **Ana**: *Aqui neste CAPS teve alguns casos que são acompanhados e que a gente tem fala de família abusiva, de que tem violência física mesmo. A maioria tem mais um desinvestimento da família nos casos: Ah, não vou ir pro grupo de família, porque não sou eu que preciso de tratamento. Então tem mais um movimento da família desinvestir. De uma negligência, porque vai dando uma sensação de “desimportância” ao paciente.*

Outro fator importante foi o crescente número de pessoas com queixas relacionadas à violência auto infligida em suas diversas formas. Apesar disso é necessário apontar que para muitos dos trabalhadores entrevistados a ideia de auto lesão ou pensamento, planejamento e tentativa de suicídio não foram relacionados ao termo violência enquanto este era trazido sem

direcionamentos (violência interpessoal, violência auto infligida...), como mostra o discurso de **Joaquim** quando questionado sobre situações de violência vividas por usuários acompanhados: *Acho que não está tendo muito não, viu? Não, não percebo muito essa agressão acho que não, que muda quando reforço estar tratando sobre qualquer tipo de violência: Sim! Acho que tem, acho que tem a demanda sim! Do suicídio. É uma autoagressão.*

Sobre reflexões gerais acerca da violência, **Juliana** sublinha seu ponto de vista: *As pessoas são violentas. Isso é intrínseco do ser humano. Vem como característica humana. Alguns sentimentos que não são tão maravilhosos como a raiva de tudo, de você para você mesmo e de você para o outro.* Ainda que haja tal recorte sobre o tema alguns trabalhadores discutem a distinção por uma linha tênue entre o sofrimento causado por situações de violência – que podem se tornar ‘transtornos’ – que demandam cuidados de saúde, como conta **Mariana**: *Isso é muito mais comum em relacionamentos abusivos, que não deixa de ser também uma das causas que levam a ter sensibilidade para ter algum tipo de patologia. Sofrimento todo mundo passa e as pessoas suportam, mas o sofrimento quando é muito longo acho que as pessoas não suportam, acabam tendo alguma sequela e acabam desenvolvendo transtornos; e a construção social de que todo tipo de sofrimento deve ter um diagnóstico e é uma ‘doença’ de acordo com **Juliana**: *Esta demanda é bem forte dentro do serviço dessa urgência por curar as pessoas. A patologização da vida cotidiana também é bastante frequente, então tudo querem achar um diagnóstico, qualquer tipo de sofrimento ou de coisa esquisitinha já tem que ter um diagnóstico e, portanto um tratamento e um remédio e algo que vai sarar. Em primeiro lugar a gente tem que diferenciar se é uma patologização da vida ou se é realmente a pessoa adoeceu por causa daquilo. Sofre a violência ininterruptamente por anos, porque machuca a sua integridade moral você vai adoecer, ponto!**

Segundo Amarante, et al (2018) vivemos em tempos de retrocessos de políticas públicas:

São nesses tempos de privação de direitos que mais crescem o ódio e a intolerância para com os comportamentos divergentes ao estabelecido. O etnocentrismo dos que detêm o poder de discriminar se acentua e a rotulação patologizante e fatalizadora busca soluções milagrosas, “remédios” para o que se julga não funcionar bem. E a via neoliberal do capitalismo já traz pronta uma solução eficaz para o sistema, alienando e patologizando o desviante.

(AMARANTE, 2018, p. 7)

No campo da saúde mental, especificamente, já existe uma relação que é datada de como o processo civilizatório também foi violento para os indivíduos que não se encaixaram em

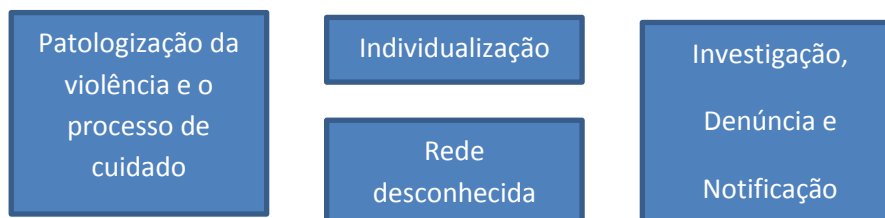
suas condutas, os corpos que não foram docilizados, levando à sua patologização e exclusão da sociedade. Essa perspectiva fica clara na obra de Goffman (1961) e suas discussões acerca das instituições totais e da mortificação do eu.

Com o avanço da sociedade até os dias atuais, a individualização de processos como a violência se perpetua, levando a técnicas de modelagem das emoções e instintos cada vez mais refinadas, como a medicalização e patologização do sofrimento, reforçando assim a introjeção do sofrimento e naturalização disso até mesmo pelos profissionais do cuidado em saúde em seus processos de trabalho.

O debate em torno da ‘patologização da vida cotidiana’ mostra também uma organização destes serviços de saúde mental e seus trabalhadores direcionada a avaliações e diagnósticos como meios de legitimação de questões como o sofrimento em decorrência de situações de violência, que muitas vezes são abrangentes ou invisíveis a depender do contexto como foi discutido anteriormente. É válido marcar, portanto que os olhares para as violências são direcionados a ordem individual para então se fazer visível e passível de cuidado, indicando que ações coletivas, comunitárias, sociais ou preventivas não estão presentes nos cotidianos destes profissionais. Neste aspecto, permanecem as mesmas concepções citadas por Amarante (1995) sobre a localização da loucura ou do sofrimento psíquico apenas no indivíduo como se acreditava ainda nos primórdios da organização social.

## EIXO CONCEITUAL ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO, CUIDADO E MANEJO DE VIOLÊNCIA

### NÚCLEOS SIGNIFICANTES



O eixo sobre estratégias de prevenção, cuidado e manejo de situações de violência tem como objetivo discutir as ações desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS, as organizações relacionadas a tais demandas e o conhecimento dos mesmos sobre as abordagens possíveis e cabíveis neste contexto. Desde a confecção do roteiro norteador se esperava compreender quais eram os olhares dos trabalhadores para a violência não só dos usuários dos serviços, mas desta como problema social numa perspectiva coletiva e não só individual. Também era esperado ter pistas sobre o conhecimento, uso e significado das fichas de notificação compulsória da violência sem citá-las diretamente, permitindo a partir do que fosse relatado refletir sobre o papel deste instrumento como uma das estratégias de prevenção possíveis no cotidiano dos CAPS.

A primeira questão investigada foi sobre a abordagem específica da violência no cotidiano das unidades na tentativa de mapear de forma livre as ações desenvolvidas pelos profissionais, incluindo as não relacionadas ao cuidado direto aos usuários do serviço. Foi relatado pelos profissionais um fluxo pré-estabelecido dentro do setor saúde que se inicia nos serviços de urgência e emergência para casos de violência, conforme explica **Lucia**: *Existe um fluxo. Normalmente, o paciente quando tenta suicídio vai para a UPA primeiramente. Da UPA é encaminhado para o Pronto Atendimento de psiquiatria e do pronto atendimento que vem pro CAPS. Esse normalmente é o fluxo. Dificilmente o paciente vem direto para o CAPS, mas pode acontecer de vir direto para o CAPS.* **Karen** explica os motivos dessa organização: *Porque às vezes ele fez ingesta medicamentosa, então ele tem que fazer uma lavagem gástrica, alguma coisa assim. Só pra você entender o fluxo. Então a UPA faz todo esse trabalho de desintoxicação e aí sim encaminha pra avaliar após 12 horas de observação.* É necessário apontar que assim como na discussão sobre o significado do conceito violência ainda predominam discursos relacionados exclusivamente aos casos de violência auto infligida quando as perguntas não convocam à reflexão sobre os demais tipos, fato que trouxe



dúvidas a pesquisadora sobre o fluxo descrito: seria o mesmo para outros tipos de violência? Sobre a interrogação, **Juliana** informa que sim:

(Pesquisadora – P.) *Sempre vai ser direcionado para o pronto atendimento?*

(J.) *A gente não atende direto.*

(P.) *Mesmo sendo violência interpessoal?*

(J.) *Sim, senhora!*

(P.) *I: Uma violência psicológica, uma violência moral?*

(J.) *Sim, senhora! É o fluxo que está estabelecido.*

Apesar destes relatos sobre um fluxo pré-estabelecido e do esclarecimento de **Juliana** sobre ser uma abordagem para qualquer situação de violência, os profissionais mostram contradições contando também de condutas realizadas nos próprios CAPS diante destas demandas. Os discursos dos entrevistados sobre tais condutas feitas nos CAPS são direcionados basicamente a cuidados individuais, a ação que é denominada pelos profissionais de ‘notificação’ e ao universo da legalidade (denúncias e investigações). **Mariana** descreve como primeira ação no CAPS para situações de violência: *A gente faz um trabalho com esse indivíduo, da equipe multi acolher para poder tratar a causa, o motivo. Então a gente vai passar com uma psicóloga, vai passar com uma T.O., vai passar com uma psiquiatra para dar esse cuidado e conhecer o nosso usuário.* Diante do direcionamento dos entrevistados a abordagens individuais para a temática da violência, a pesquisadora buscou provocar reflexões sobre estratégias coletivas ou mais abrangentes:

(P.) *Se a gente for pensar na situação de violência como um problema social, como um problema mais abrangente, o CAPS também é um espaço que toma medidas coletivas?*

(L.) *A equipe na verdade vai tentando dar o suporte para esse paciente do que ele precisa, nem que for inicialmente com atendimentos individuais. Dependendo do caso a gente percebe que a pessoa precisa de um suporte maior ou assim de uma ajuda mais específica, a gente encaminha para os serviços de competência.*

Ainda sobre a questão das estratégias coletivas, **Mariana** as relaciona com a abordagem pelo que é descrito como ‘psicoeducação’: *Entramos muito com a psicoeducação para tentar através das terapias, através das oficinas, mostrar a melhor parte da vida, porque muitos usuários não tem lazer, não tem o que fazer casa ou então tem aquela rotina frustrante e cansativa e acabam ficando cada vez mais isolados. Então a gente entra também com a parte*

*de conversas de grupo onde essas questões são levantadas e várias questões são para você poder existir na sociedade, entender a gravidade, entender os perigos, porque geralmente os nossos usuários eles não tem uma noção muito de perigo.*

Foi possível perceber a dificuldade de compreensão dos profissionais sobre a proposta de discussão do que seriam estratégias ‘coletivas’ de enfrentamento ou cuidado de situações de violência. Ainda que **Mariana** traga em seu discurso relatos de abordagens grupais o foco continua sendo no indivíduo que fica responsável por aprender a se prevenir de perigos da sociedade e o CAPS e oferecer recursos de educação para tal processo. Os entrevistados não trouxeram nestas discussões – ainda que direcionadas ao coletivo – relatos de trabalhos de conscientização ou educação com a comunidade em geral.

Na tentativa de investigar dentro de tais estratégias o uso da ficha de notificação do SINAN foi perguntado aos entrevistados sobre o uso de protocolos para suspeitas de situações de violência. **Lucia** e **Mariana** definem o uso da ficha de notificação como um protocolo: (L.) *A gente faz a notificação normalmente e encaminha para a vigilância epidemiológica;* (M.) *De imediato a gente tem que fazer a notificação para a vigilância para registrar essa lesão e a gente acaba preenchendo para poder estar se... (sobre respaldo legal). É um documento.* Ainda que estas profissionais saibam sobre o objetivo da ficha de notificação – fornecer dados à vigilância epidemiológica – não apresentam os significados de seu uso, o que a torna apenas um instrumento legal e obrigatório do processo de trabalho. Sobre este tema **Mariana** cita o uso de outro protocolo no município: *Chama protocolo de Columbia. O município implantou em todos os CAPS para ser utilizado como instrumento nos casos de ideação, planejamento ou tentativa de suicídio. Ele serve como instrumento para poder nos ajudar a avaliar, então é norteador.*

Outros profissionais como **Leandro**, **Ana**, **Joaquim** e **Rosana** citam a necessidade de realizar ‘notificação’ das situações de violência, entretanto o uso do termo pode ter sido influenciado pela apresentação da pesquisa que o traz em seu título, já que nos discursos destes profissionais ele não é utilizado em relação ao instrumento direcionado à vigilância epidemiológica, como demonstra **Ana** quando conta sobre a abordagem de uma família em um caso de violência: *Que se continuasse a gente teria que fazer uma notificação para o Ministério (sobre a denúncia para o Ministério Público) de que está tendo uma violência;* e **Leandro**: *Dependendo você tem que levar até para outros tipos de instâncias. Se for agressão que passa além da necessidade aqui do CAPS eu acho que tem que notificar a questão para o Ministério Público.* **Rosana** e **Joaquim** que também citam as notificações

como protocolos para situações de violência demonstram uma confusão sobre seus usos e significados:

*(R.) A gente notifica a Secretaria de Saúde daqui. A gente escreve o que a pessoa fez, como é que ela fez, o nome, o local, o horário. Alguma coisa a gente é obrigado a descrever porque agora a Secretaria está mapeando um pouco mais esses casos de intenção do suicídio principalmente.*

*(P.) Esse protocolo ele é municipal ou ele vem de algum outro lugar?*

*(R.) Eu sei que ele está municipal por enquanto, não sei se São Paulo está tendo outras coisas, mas aqui foi implantado esse protocolo.*

*(J.) Tem as notificações.*

*(P.) Tem mais algum outro do tipo de protocolo?*

*(J.) Não, acho que a notificação mesmo. Então, tem um protocolo que conforme for a numeração a equipe e a médica faz uma avaliação de se for o caso que ele fique internado (no CAPS) e se for um risco muito alto manda pro P.A.*

*(P.) Então tem um outro protocolo também de atendimento?*

*(J.) Tem, tem. Tem uma ficha que tem umas casinhas, que tem umas perguntas.*

Nos relatos anteriores **Rosana** mostra o desconhecimento da ficha de notificação quanto política de saúde a nível federal e existente desde 2011, contextualizando a pesquisadora sobre a ‘implantação’ da mesma ainda no ano de 2019 apenas pelo município estudado e **Joaquim** fala de instrumentos que são distantes e desconhecidos de sua prática, levando a confusão sobre o que chama de notificação e outro protocolo de avaliação de risco utilizado, fato que também mostra o desconhecimento da finalidade deste instrumento. É necessário apontar que **Rosana** é a profissional em seu CAPS que de acordo com a organização municipal atual é responsável por produzir as fichas de notificações de violência e que **Joaquim**, apesar de hoje não desenvolver tal tarefa, é um dos entrevistados com maior tempo de experiência na área da saúde mental e de atuação em CAPS do município estudado, indicando que a produção de informações e mapeamentos a partir do uso da ficha é muito recente - ainda que a política norteadora tenha quase uma década - e que falta propriedade dos profissionais acerca de seu papel e significado, levando a compreensões distintas de seu objetivo real, como a de que seu uso está relacionado a avaliações de risco imediato e denúncias.

Todos os profissionais entrevistados, com exceção da única profissional que não trabalha diretamente na assistência à saúde, trouxeram em seus discursos a prática de investigação e denúncia como uma das primeiras estratégias utilizadas para o manejo, cuidado e enfrentamento de situações de violência dos usuários. Quando questionada sobre qual abordagem realiza com as demandas de violência, não só sobre o sofrimento causado por esta, **Rosana** responde: *Vamos supor: se desconfia que ele está sendo maltratado pela família, a família não está dando de comer, não está tomando banho direito, está emagrecido... Qualquer que seja o tipo de violência acabamos inserindo nem que for para a pessoa ficar aqui 6 meses, um ano, mas para a gente tirar essa história a limpo*. Há um objetivo implícito na conduta de Rosana para além da investigação da suspeita que diz da tentativa de proteção de uma possível vítima de violência, ainda que seja necessário colocá-la no papel de alguém que demande cuidados em um serviço de saúde mental para que tal ação seja possível. O mesmo movimento investigativo é descrito por **Karen**: *Eu peço pra falar com o familiar sozinha e depois nós conversamos juntos e aí aos poucos a gente insere e com a equipe vamos tirando algo dessa pessoa*; e **Ana**: *Já tiveram tanto casos quando é algo que está visível e que não tem dúvida, como casos que a abordagem acaba sendo: Vamos lá fazer a visita fora da data, vamos não marcar e aparecer, Vamos tentar entender se é isso mesmo*. Assim como descrito por **Ana** na sentença anterior, **Rosana** também descreve o mesmo tipo de ação como uma estratégia de enfrentamento da violência, não só de cuidado: *Vamos fazer uma visita domiciliar, vamos conhecer o ambiente que essa pessoa vive, vamos conhecer os familiares. A gente sempre dá uma ‘incerta’. A gente não marca horário: Vamos lá! Vamos ver. Se a gente verifica que realmente não está dando certo a gente acaba acionando o Ministério Público e aí a gente entra com uma parte judicial*. **Lucia** também reforça o discurso sobre as ações legais possíveis diante de uma constatação ou suspeita de violência a um usuário do serviço: *Orientamos sobre as medidas cabíveis, legais que ele poderia tomar*; e **Juliana** sobre a conduta com o (a) possível perpetrador (a) da violência, como a família: *Pode informar a família que isso é uma reunião informativa da responsabilidade dela e ela se recusando a escutar isso de uma outra maneira pode informar que nós vamos denunciar sim e a gente vai notificar o Ministério Público e a gente notifica todo mundo. “Ah, não dá em nada”. Não quero saber! A minha parte estou fazendo!*.

Dentre todas as ações descritas pelos profissionais trazidas nos trechos acima nota-se que, assim como na discussão sobre os cotidianos das gerentes das unidades e de profissionais de nível superior, há um forte tom de normatividade e controle dos profissionais que recorrem

aos meios legais como primeiras estratégias de ação diante da suspeita ou confirmação de casos de violência. Ainda que as medidas legais sejam regidas por normas coletivas e institucionais os discursos dos trabalhadores fazem referência a condutas individuais. Quero dizer com isto que não há uma discussão sobre o aspecto ou função coletiva de uma abordagem regida por uma norma legal que engloba toda sociedade, mas sim de como ela é usada em cada caso e com cada sujeito. Portanto, chamo atenção para os discursos dos profissionais sobre suas práticas cotidianas no que tange a violência pautados na individualização desta, que apesar de ser discutida com exemplos muito próximos por diversos entrevistados em CAPS diferentes – como os casos de negligências familiares - não é debatida em nenhum momento com um problema coletivo ou de ordem social, quiçá sobre ações e abordagens baseadas nesta perspectiva.

A partir do roteiro norteador também se buscou investigar o conhecimento dos profissionais acerca da rede de cuidados e proteção a pessoas vítimas de violência não só sobre a perspectiva do setor da saúde ou da gestão municipal, mas incluindo também projetos de instituições sem fins lucrativos, movimentos sociais ou outros que pudessem ser conhecidos pelo trabalho com a violência. Já pode ser apontado como um dado sobre o cotidiano destes profissionais a forte presença do Ministério Público em seus discursos ainda quando os questionamentos não eram direcionados à rede, programas ou ações sobre a violência.

Nesta perspectiva abordada, as gerentes demonstraram maior conhecimento sobre outros serviços da rede municipal que poderiam ser acionados em casos de violência principalmente dos setores da Assistência Social, como o CRAMI (Centro de Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – ONG que atua na área da Assistência Social na região do grande ABC em parceria com as prefeituras), o Conselho Tutelar, o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); do Desenvolvimento Social e Cidadania, como o CRAM (Centro de Referência e Apoio à Mulher) e o CRI (Centro de Referência do Idoso); além dos serviços dentro do próprio setor da saúde como a UPA, o CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), ABSex (Ambulatório de Transtornos da Sexualidade) e as ações do CVV (Centro de Valorização da Vida) como uma associação civil sem fins lucrativos. Apesar da gama de serviços citados nas entrevistas, a concepção de cuidado e enfrentamento continuou se mostrando baseada em ações individuais no discurso de **Lucia**: *Dependendo do caso a gente percebe que a pessoa precisa de um suporte maior ou assim de uma ajuda mais específica, a gente encaminha para*

*os serviços de competência, já que não há relatos de parcerias com tais unidades, só do fluxo de encaminhamento em que cada um fica responsável por uma parte do sujeito. Também não foram descritas ações, programas ou coletivos que trabalhem com a questão da violência na comunidade por estar profissionais. A única experiência conhecida que parte de uma abordagem coletiva é resgatada por **Ana**: *É um serviço que tem para agressor de mulher. É um trabalho que eles fazem de reeducação para os homens, para os casos de Maria da Penha que são vistos como não tão graves que a mulher não quer se separar. O trabalho é feito com esses homens de reeducação sobre masculinidade, sobre o que é masculinidade. Ele é de uma ONG que hoje trabalha junto com o judiciário e as pessoas são encaminhadas com medida, tem que assinar, tem que ir nos encontros.**

No que diz respeito aos profissionais de nível superior os conhecimentos se restringiram à rede de atenção à saúde com alusão as UBS e UPA, mesmo quando questionados sobre as possibilidades de ações dentro da rede intersetorial de serviços públicos. Tal dado leva a reflexão sobre os papéis legitimados destes profissionais pelo saber clínico na perspectiva da saúde como ausência de doença, se distanciando de uma proposta de produção de cuidado em que o saber interdisciplinar se faz necessário e presente diante das demandas complexas dos sujeitos. Consequentemente este funcionamento e legitimação moldam os profissionais e seus olhares, levando a situações como a de **Karen** que veste uma camiseta relacionada a uma ação do Setembro Amarelo (mês de campanha de prevenção ao suicídio no Brasil) durante a entrevista e responde de tal maneira ao questionamento:

(P.) *Já teve alguma ação ou programa do município relacionado ao tema da violência?*

(K.) *Ação já deve ter tido. Eu não participei e não vou mentir, então eu não sei te falar sobre isso.*

Os demais participantes da categoria de formação de nível médio trouxeram outras perspectivas sobre a investigação proposta, como **Joaquim** que cita um espaço de formação sobre a violência organizado pela prefeitura há anos atrás na antiga gestão como um exemplo de programa voltado ao tema e **Leandro** que descreve uma experiência totalmente direcionada ao enfrentamento de situações de violência numa perspectiva coletiva e social dentro do município, mas que foi vivida fora de sua atuação dentro do CAPS: *Eu cheguei a fazer estágio em uma ONG em que a estratégia era basicamente trazer o agressor e o agredido, além de receber crianças e adolescentes de vulnerabilidade de risco com objetivo*

*de tirar eles até do tráfico e do tempo ocioso da rua, adultos, mulheres para qualificações profissionais para elas terem uma renda, porque muitas vezes só o marido que trabalha ou alguma coisa assim nesse sentido. Lá tinha muita oficina de artesanato nesse sentido, aí dentro dessas oficinas apareciam os casos de violência. Quando acontecia algo do tipo a gente trabalhava o tema de violência doméstica, a gente trabalhava no próprio bairro que é onde que essa ONG existe fazendo panfletagem com orientação nos locais de maior acesso a pessoas. A gente trabalhava também nas UBS com orientações. Mesmo que com uma ótica diferente dos demais entrevistados, ainda foi possível notar que estes foram os profissionais que menos citaram conhecer outros serviços que desenvolvam estratégias relacionadas à violência mesmo dentro da área da saúde.*

O panorama geral apresentado pelos profissionais no que diz respeito às estratégias de prevenção, cuidado e manejo das situações de violência apontam para experiências direcionadas a ações individuais e de cuidados dentro de serviços de saúde ou orientações às medidas legais cabíveis. As experiências coletivas só apareceram nos discursos de **Leandro**, que descreve a experiência relatada anteriormente como: *Seria a prevenção. Essa estratégia é a prevenção. É você saber os fatores de risco de necessidade do usuário, aquilo que vai levar a algum tipo de violência. É você anteceder, antecipar esse tipo de violência de modo geral e com bastante diálogo;* e de **Ana** que retrata os eventos, festas e confraternizações de ‘valorização da vida’ como estratégias de prevenção ao suicídio durante o ‘Setembro Amarelo’.

Reforço à discussão sobre a perspectiva do coletivo *versus* individual diante de outro ponto apresentado nas entrevistas: o da patologização da violência e o papel do CAPS neste contexto. **Juliana** chama atenção para o debate sobre a patologização do sofrimento que é convertido em diagnósticos: *Ah, eu não consigo mais dormir porque eu briguei com o meu namorado, Eu vim aqui porque eu quero tomar um remédio. As cobranças são muitas o tempo todo de uma vida maravilhosa e feliz e aí querem porque querem um diagnóstico. Eu escuto muito: Ai, fulano estava sem dormir três dias o que ele tem? Ele tem falta de sono! Só! Para! Que conversa é essa? Nem tudo é doença muito menos doença para tratar em CAPS. É isso que eu quero dizer da patologização da vida. As pessoas buscam diagnóstico. Do mesmo modo **Mariana** apresenta a relação entre violência e patologia: *O problema é quando ela vira o gatilho de uma patologia, de um transtorno que incapacita o indivíduo por causa daquele ato de violência.* Nesta perspectiva a mesma profissional fala da ‘única’ forma de trabalho com a violência: *Vamos ter que trabalhar esse paciente de uma forma de tratamento**

*psicológico e nós precisamos as vezes parar isso de uma forma medicamentosa para poder estar aliviando esse sofrimento, assim como afirma Ana que discorre sobre estratégias de cuidado e manejo para pessoas vítimas violência dentro de grupos organizados por diagnósticos: Grupos específicos direcionados para a questão do transtorno de personalidade. Isso nem sempre evita a violência, mas abre esse espaço para a fala. Para que a pessoa tenha um espaço de falar sobre isso e às vezes buscar outras estratégias que não seja do corte, por exemplo, para lidar com o sofrimento.*

Sennett (1943) explica que a experiência individual que marca nossa sociedade não é inflexível justamente por fazer parte de uma ansiedade gerada pelas profundas mudanças do capitalismo (internacionais) que fazem com que os sentimentos individuais – e as individualidades – precisem ser atestados como formas de existência num mundo com tantas transformações. Portanto, em meio a sociedade moderna pautada pelo capitalismo uma das formas possíveis de legitimar os sentimentos e sofrimentos que atingem os indivíduos de forma tão íntima seria a validação através de um diagnóstico reconhecido internacionalmente e que sustente essa vivência também num âmbito coletivo ou público.

A reflexão proposta aqui está em torno dos CAPS quanto espaços não só de tratamento de doenças e diagnósticos, mas também de produção de cuidado e vida em meio a seu papel de prevenção aos agravos em saúde mental de forma coletiva na sociedade. Apesar disso, **Juliana** reitera de forma explícita que não são previstas ações ou abordagens de caráter social ou coletivo em seu processo de trabalho: *Não é nosso papel outro tipo de ação que não seja o tratamento. Então eu acho que a estratégia enfrentamento é tudo que a gente pode oferecer que são os cuidados e assistência mesmo. Assistência à saúde, promoção à saúde.* Existe, portanto uma organização que vincula o cuidado e as ações possíveis pelos profissionais dos CAPS no que diz respeito à violência diretamente ao sofrimento, diagnóstico e patologia. Ou seja, o desenvolvimento de ações de prevenção, manejo e cuidado precisam que as situações de violência sejam convertidas em quadros psiquiátricos a serem tratados para que os profissionais possam operar sobre, demonstrando uma grande limitação da gama de possibilidades de trabalho a partir da clínica ampliada e reduzindo-as apenas ao exercício da normatividade baseada na ‘queixa x conduta’. Tais limitações são problematizadas inclusive por Juliana: *Uma conduta geral no cuidado direto (sobre abordagens diretas à questão da violência, não do sofrimento em decorrência de) é um nicho a ser explorado. Eu acho que ele precisa ser mais estudado, ou seja, precisamos de mais informação.*

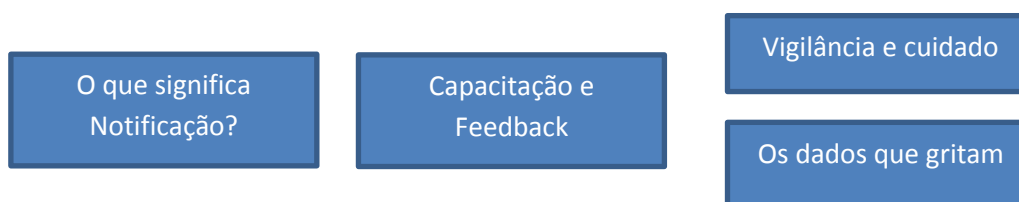


Traçando um paralelo entre este eixo de discussão e o objeto e pressuposto deste estudo é possível afirmar que o processo de privatização da psique descrito por SENNET (1943), que fragiliza a percepção e expressão dos sentimentos e a construção de relações com o mundo social, também podem influenciar na coletivização de processos que atingem o mais profundo de nossas subjetividades, como as vivências de situações de violência. Nesta perspectiva, tais vivências e reverberações - como o sofrimento - são vividas isoladamente, individualmente como um fardo a ser carregado no campo particular e íntimo, que como afirma este mesmo autor acaba sendo uma armadilha que restringe as emoções ao privado e não permite sua coletivização na sociedade – como uma libertação. Tal coletivização seria compreendida dentro desta proposta desta pesquisa como estratégias coletivas de cuidado e enfrentamento das violências efetivadas pelos profissionais de saúde.

Portanto, se pensarmos na violência também como tema que precisa ser tratado como algo público - não exclusivamente da ordem da intimidade dos indivíduos - a ausência de reflexões sobre seu enfrentamento feitas de forma coletiva faz com que a questão não seja convertida em códigos e estratégias não ligadas à personalidade ou individualidade dos sujeitos. Tais códigos são compreendidos aqui com protocolos e instrumentos como as fichas de notificação, que podem ser usados de forma coletiva para a população, abrangendo o cuidado e a prevenção para além do que já se oferta de forma individualizada e privada.

## EIXO CONCEITUAL NOTIFICAÇÃO

### NÚCLEOS SIGNIFICANTES



O eixo notificação foi construído sob as devolutivas dos entrevistados acerca de seus conhecimentos sobre a ficha de notificação de violências, uso e repercussões nos cotidianos das unidades. Antes de abordar o tema, uma contextualização geral foi proposta a fim de investigar a presença da ficha de notificação em seus discursos quando as perguntas não eram direcionadas necessariamente a ela, que diz respeito ao material encontrado e exposto nos eixos discutidos anteriormente. Foi notável que o tema pouco aparece antes de ser interrogado, ainda que a ficha de notificação esteja presente no discurso da pesquisadora, nos materiais oferecidos sobre o objetivo e desenvolvimento da pesquisa, que seja descrita em outros momentos como ‘protocolo’ no município e que tenha caráter de uso obrigatório para os profissionais de saúde desde 2011. Tal ausência pode ser explicada por dados observados em estudos encontrados na literatura brasileira, tendo como um dos principais motivos a falta de informação para os profissionais de saúde desde suas formações iniciais (MINAYO et al, 2018; MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2017; VALADARES e SOUZA, 2015; LIMA e DESLANDES, 2015; GALVÃO e DIMENSTEIN, 2009; MINAYO, 2006).

Assim como exposto no marco teórico da pesquisa, Minayo (2017) problematiza que ainda que a literatura mostre progresso na internalização da PNRMAV pelos profissionais de saúde há fragilidades relacionadas ao financiamento, formação e capacitação que dificultam a incorporação de tal política de maneira mais coesa no SUS, como foi identificado no estudo de Valadares e Souza (2015) em que a PNRMAV era menos conhecida que a Política de Saúde Mental a partir das condições dos entrevistados de discutirem sobre temas referentes a ambas.

A primeira pergunta já direcionada ao tema da notificação no roteiro de entrevista questionava o uso de protocolos para situações de violência trazidas pelos usuários dos serviços e a ficha de notificação de violências foi descrita em primeiro plano pelas profissionais **Lucia, Mariana e Ana. Lucia** contextualiza o uso da ficha no CAPS: *Temos o protocolo da triagem. O profissional faz a triagem e se identifica algum caso (de violência)*

*precisa abrir uma notificação, então automaticamente ele preenche e entrega para o administrativo que revê essa notificação e coloca no envelope para encaminhar para a vigilância epidemiológica através de malote. Fica uma cópia no prontuário e esse caso normalmente é discutido na reunião de equipe.*

Já **Leandro** e **Juliana** apesar de trazerem em seus discursos o termo ‘notificação’ como uma ação protocolar esta não dizia respeito à ficha de notificação do SINAN, como explica **Leandro** quando questionado sobre ao que se refere sobre o ato de notificar:

(P.) *Notificado que você fala é...?*

(L.) *De expor. Além de notificar para o próprio serviço de saúde, dependendo da situação você tem que levar até para outros tipos de instâncias que passam além da necessidade aqui do CAPS. Eu acho que às vezes até para notificar o Ministério Público. Dependendo você tem que fazer um boletim de ocorrência ou até orientar o usuário.*

E **Juliana**:

(P.) *Mas essa notificação que você está falando é a denúncia?*

(J.) *Sim. Denúncia para o Ministério (Público), para o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).*

As falas indicam confusão entre o termo que carrega diversos significados, mas que em específico na área da saúde se configura como uma comunicação de doença ou agravo de saúde feita por profissionais da área às autoridades sanitárias com objetivo de gerar intervenções e fornecer informações à vigilância epidemiológica conforme explicam Lima e Deslandes (2015).

Galvão e Dimenstein (2009, p. 153) diferem a notificação da denúncia com base em Brasil (2005):

A notificação é uma comunicação formal e institucional acerca de alguma situação específica. Ela, em si, não instaura uma denúncia, contudo nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. Já denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. No sentido mais rigoroso do termo, o que cabe ao setor saúde, portanto, é a comunicação formal, a notificação, sendo reservado às outras instâncias a instauração ou não da denúncia.

A falta de conhecimento pode estar relacionada ao fato da ficha de notificação ter sido ‘recém-implantada’ pela vigilância epidemiológica na cidade apesar da homologação de sua

portaria em maio de 2001, fato que também indica falta de clareza do papel político e institucional deste documento que representa a luta pela manutenção da pauta da violência na área da saúde desde os anos 1980 a nível mundial como foi possível observar no estudo de Lerer, et al (1997) - presente na revisão da literatura - e que ganhou força no Brasil após o término da ditadura militar e militância dos movimentos sociais na luta pela democratização e cidadania, conforme refere Minayo (2006). O discurso de **Rosana** também retrata desconhecimento do documento, já que apesar de afirmar conhecer a ficha de notificação do SINAN a descreve um ‘protocolo’ municipal sem saber que está falando do mesmo assunto:

(R.) *A gente notifica a Secretaria de Saúde daqui. A gente escreve o que a pessoa fez, como é que ela fez, o nome, o local, o horário, se precisou ir para a UPA, se precisou internar em hospital... Alguma coisa a gente é obrigado a descrever porque agora a Secretaria está mapeando um pouco mais esses casos de intenção do suicídio principalmente.*

(P.) *Esse protocolo ele é municipal ou ele vem de algum outro lugar?*

(R.) *Eu sei que ele está municipal por enquanto, não sei se São Paulo está tendo outras coisas, mas aqui foi implantado esse protocolo.*

Em um segundo momento, quando a mesma entrevistada é questionada diretamente sobre o uso da ficha de notificação da vigilância epidemiológica responde: *Eu acho que ficou uma notificação por uma sífilis. É essa que você está pedindo ou não?* Mesmo com a confusão, a pesquisadora tenta resgatar o ‘protocolo’ descrito anteriormente e indicar relação com a ficha de notificação compulsória, mas a mesma entrevistada nega: *Não, não. Eu acho que é outra ficha que vem junto. Depois se você quiser eu posso até te dar uma cópia delas.* Após a entrevista, **Rosana** de fato me entrega o material e constato que se trata das fichas de notificação de violência para a entrada no SINAN.

Já em 2002, no documento publicado pelo Ministério da Saúde sobre a PNRMAV e a portaria 737 de 2001, previa-se que “tanto em termos numéricos quanto de capacitação muito há de ser feito” (p. 17). Nesta publicação ficava indicada a participação ativa das universidades na formação de profissionais e capacitação para os trabalhadores acerca da violência, compreendendo que estes deveriam ser habilitados para reconhecer casos de violência. Entretanto, autores como Valadares e Souza, 2015; Lima e Deslandes, 2015 e Minayo, 2006 e 2014, já apontavam para a fragilidade do conhecimento, preparo e

capacitação dos profissionais de saúde que também gera insegurança para lidar com estes casos. Valadares e Souza (2015, p. 102) apontam que:

O processo de formação pode tornar o profissional mais ou menos sensível e atento às diferentes manifestações de violência. (...) 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 e questões específicas como a violência contra crianças, adolescentes, mulheres, portadores de transtornos mentais e vítimas de acidentes.

É importante apontar que, em especial os profissionais com formações de nível médio, como **Andreia** e **Leandro** não descreveram uso das fichas de notificação em seus cotidianos ainda que constatassem ou suspeitassem de casos de violência e quando questionados sobre justificaram não conhecer o instrumento ou não estarem aptos para utilizá-lo, como conta **Leandro**: *Eu acredito que essa parte fica mais para o pessoal que tem da graduação. Por mais que a gente trabalhe em equipe você chega até onde você pode chegar. Que nem eu como técnico de enfermagem trabalho mais dentro ali do postinho de enfermagem e o cuidado do usuário. Questão de protocolos essas coisas aí já vai para o nível superior do serviço, então eu acho que por isso que a gente nem tem conhecimento.*

As autoras Valadares e Souza (2015) encontraram em seu estudo os sentimentos de insegurança e incerteza no que se caracteriza como violência para os profissionais e associamos a ausência de informações básicas sobre o tema nos serviços bem como de capacitações continuadas, descritas como ações potencializadoras da qualidade da assistência aos usuários e planejamento de ações desenvolvidas pelas unidades também de prevenção.

**Joaquim**, apesar de estar nesta mesma categoria de **Leandro** e **Andreia**, descreve outra experiência quando questionado sobre conhecer a ficha de notificação:

(P.) *Você já conhecia a ficha?*

(J.) *Já.*

(P.) *Você já tinha usado ela?*

(J.) *Não, nunca usei não. Eu que fiz um curso um tempo atrás e aí eu conheci. Curso de suicídio, prevenção de suicídio daquele Avasus (Plataforma de formação em saúde aberta, com cursos disponíveis na modalidade EaD). Aí tem a ficha lá da notificação de suicídio, autoagressão, intoxicação exógena, alguma coisa assim.*

O entrevistado aponta que através de uma estratégia disponível de acesso à informação e capacitação para sua prática cotidiana de trabalho pôde conhecer o instrumento e compreendê-lo de maneira diferente de seus colegas de atuação. Entretanto, é necessário apontar que a procura, acesso e realização do curso citado não foi proveniente de ação da secretaria de saúde do município, sendo estratégia desenvolvida por iniciativa própria do profissional.

O tema da formação apontado por **Joaquim** também é abordado por **Karen**, que conta sobre a experiência com a ficha:

(K.) *A enfermeira Responsável Técnica fez uma reunião explicando pra gente e apresentou pra equipe toda a ficha.*

(P.) *Depois vocês voltaram a falar dela? Vocês tiveram outros momentos de capacitação ou só foi o uso mesmo?*

(K.) *Não, só foi o uso.*

**Lucia** também tece críticas à falta de informações sobre o instrumento: *Uma coisa que eu que trabalho aqui há 12 anos na rede pouco vi e acho que tem que sim acontecer mais são capacitações para os funcionários de como que preenche, da importância do preenchimento dessas notificações, porque isso não é uma coisa divulgada. Dá para contar nos dedos as vezes que a gente teve isso.*

Há uma fragilidade apresentada por todas as categorias profissionais sobre o acesso aos conhecimentos básicos e instrumentalização que permitam que o uso da ficha se torne possível, munido de sentido e eficaz. Apesar da fala de **Leandro** é possível notar, pelos discursos dos demais profissionais de outras categorias que o conhecimento vindo da ‘graduação’ não interfere na capacidade dos profissionais em desempenhar tal tarefa. Também é possível perceber que esta mesma fragilidade está relacionada ao direcionamento exclusivo da produção da notificação a apenas uma etapa do acompanhamento e por uma categoria profissional, que restringe a possibilidade de notificação de casos de violência percebidos no cotidiano em ações consideradas ‘simples’, como as desempenhadas na recepção ou no posto de enfermagem da unidade.

A estratégia atual no município de trabalho com as fichas de notificação foi associá-las a uma concepção protocolar e documental direcionada para apenas uma categoria profissional que tem seu saber validado nesta rede também pelo conhecimento biomédico, conforme descrito no eixo de estratégias de prevenção, cuidado e manejo da violência deste estudo.

Apesar disso, a PNRMAV e o instrumento de notificação do SINAN foram criados a partir do conceito ampliado de saúde, que:

(...) segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

(BRASIL, 2002, p. 8 e 9)

Minayo (2006), ao apresentar a trajetória do tema da violência na área da saúde até tal data mostrou que muitas dificuldades foram encontradas para a legitimação da violência no setor pelos entraves da racionalidade biomédica que o pauta e atravessa os olhares para questões que advém da vida social e não são doenças. Portanto, assim como afirmam também Lima e Deslandes (2015), o fenômeno da violência demanda uma compreensão ampliada para além inclusive do que se concebe sobre o papel tradicional da vigilância epidemiológica que nesta discussão é representada pela ficha do SINAN. As mesmas autoras afirmam que a complexidade do tema requer também novos paradigmas de trabalho, com olhares a conteúdos subjetivos e coletivos, indicando a necessidade deste ser realizado por equipes. Além da assistência interdisciplinar e intersetorial ser uma das diretrizes da PNRMAV, outros motivos foram descritos na literatura para a disseminação das ações de execução da política entre vários profissionais diante da escassez de serviços e recursos humanos e técnicos, como salientam Valadares e Souza (2015, p. 109 e 110):

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. (...) Assim é importante que estes profissionais tenham vínculos empregatícios estáveis, uma vez que a alta rotatividade de profissionais compromete o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, o que é reconhecidamente contraproducente na atenção as vítimas da violência, dificulta a integração das equipes e da rede, além limitar avanços na produção do conhecimento.

A associação do instrumento de notificação ao momento da triagem de forma protocolar pode ter acarretado empobrecimento das potencialidades do uso da ficha Também pode estar relacionada à precarização do trabalho e indisponibilidade de profissionais para realizar esta tarefa em mais de um momento, já que esta não é compreendida como assistencial. As dificuldades encontradas na manutenção de sistemas de produção de informação em serviços de saúde mental também foram associadas à ausência de recursos instrumentais e humanos adequados por Gigantesco, et al (2012) na Itália.

Diante do apontamento sobre o uso das fichas de notificações somente nos momentos de triagem, **Ana** expõe a fragilidade da notificação dos casos de violência no cotidiano de acompanhamento após esta fase inicial: *Dos casos já inseridos que em algum momento não abriram isso ou que até abriram, mas que aí é um novo caso, uma nova violência, uma nova notificação que tem que ser feita dos casos que já estão aqui dentro em tratamento algumas vezes não é preenchido não.*

**Ana** explica a o histórico sobre a ‘implantação’ das fichas nas unidades: *Até um tempo atrás era muito raro a gente preencher aqui, porque existia uma fala que o ideal é que o primeiro serviço que recebe a violência fizesse a notificação, então não era preenchido porque a gente imaginava: “A pessoa tentou o suicídio e a UPA recebeu essa pessoa: ela vai notificar.”. Esse ano o pessoal da violência da Vigilância pediu para a gente notificar também, porque os casos não estavam chegando e ela falou: “Prefiro eu receber várias, cruzar e identificar que é a mesma e lançar uma só do que não receber a informação”.*

A discussão proposta por **Ana** levanta um paradoxo entre os discursos dos entrevistados, que apesar de relatarem a importância da produção de informações em saúde também dizem da ausência de uma cultura desta ação, que pode indicar a desvalorização do processo no cotidiano, como contextualiza a própria **Ana** sobre a ficha:

- (A.) *Ela é subutilizada porque não é todo mundo que preenche.*
- (P.) *Vocês conseguem notificar todos os casos?*
- (A.) *Eu tenho pegado no pé da equipe, mas não arrisco dizer que sim.*

Enquanto isso, **Rosana**, que trabalha no mesmo CAPS de **Ana** afirma que a equipe costuma notificar todas as situações de violências. **Juliana** traz a questão de forma impositiva:

- (P.) *Vocês conseguem utilizar a ficha de notificação?*
- (J.) *Sim! É obrigatória! Tem que ser notificado! Se não está notificado é porque não falaram e se falaram e não notificou a gente pode conversar um pouco mais ali de porta fechada... É inegociável, porque a gente tem que ter isso. Tem que ter!*

Mesmo que sejam descritas pelos profissionais concepções voltadas à importância da ficha de notificação de violências e ações de garantia de seu uso, mesmo que mandatárias, não foi possível identificar nos discursos evidências que comprovassem a efetividade destes



investimentos para assegurar a produção das fichas como a portaria orienta: para a totalidade de suspeitas ou casos confirmados e de forma compulsória.

Lima e Deslandes (2015, p. 669) em referência à Njaine e Souza (2006) apresentam também a perspectiva cultural da desvalorização dos registros formais e da produção de informações pelos profissionais de saúde, que resistem a atividades como as de preenchimento de formulários e documentos em vista dos demais processos assistenciais.

Outros fatores foram descritos pelos profissionais sobre justificativa para a falta de produção de notificações. Um deles está relacionado ao modelo de ficha utilizado em respeito à quantidade de dados e dificuldade de preenchê-la. **Lucia** concorda: *Eu acho ela muito complicada, muito detalhezinho, se você não fica atento você deixa informação aberta, sem preencher e tudo você tem que colocar um numerozinho, tudo tem que estar preenchido.*; assim como **Karen**: *Tive dificuldade. Falei: “nossa, não podia ser mais simplificado isso aqui?”. Achei bem extensa! Eu acho de extrema importância ter isso, só que eu acho que tinha que ser uma coisa simplificada. Eu acho que teria que ser o básico: território que mora, como foi a agressão, que tipo de agressão. O básico. Eu, na minha concepção, porque eu acho que isso já foca de onde está vindo, porque daquela região e que tipo de agressão foi. De verdade todo mundo acha bem complexo, chato, porque você faz um atendimento desse e depois eu tenho que fazer tudo, preencher aquilo detalhadinho. Então quando acontece todo mundo fica: “ai meu Deus, eu tenho que preencher” e aí assim, é uma coisa que acho que causa até uma angústia de preencher. Essa é a verdade.*

**Lucia, Ana e Rosana** trazem para discussão a organização do processo de trabalho no CAPS também como fator determinante para a dificuldade de produção das notificações. **Lucia** explica o protocolo de produção da ficha: *Aqui a gente faz ela em três vias. Normalmente vai uma para vigilância, uma fica no prontuário e uma se a gente precisar encaminhar para outro serviço. Fazer isso tudo a mão é muito complicado. Por exemplo, um paciente que tenta suicídio por uso de medicação. Eu tenho que abrir duas notificações, tenho que preencher duas vezes dois papéis e aí o tempo que eu demoro fazendo isso em uma triagem eu poderia estar atendendo outro paciente, entendeu? **Ana** complementa: *Você para e deixa alguém esperando para poder preencher isso e eu acho que às vezes as coisas se perdem por isso, porque os profissionais estão pensando: “Ah, mas tem gente pra atender depois eu faço isso.” E aí passa.**

Em contradição a estas profissionais, **Juliana** é a única que afirma não perceber e nem ter nenhuma dificuldade para o uso da ficha: *Não percebo não, porque eu acho que os*

*profissionais compreenderam a necessidade disso.* Apesar da afirmação nota-se que o contexto geral do discurso desta profissional é estruturado sobre a égide da obrigatoriedade do uso do instrumento, o que diz de seu desejo em se manter responsiva a uma regra, mas desencontra do panorama indicado pelos demais entrevistados.

Os relatos descritos acima demonstram uma cultura presente na área da saúde mental da legitimidade do cuidado direto aos sujeitos e priorização de tal ação que neste campo se baseia no vínculo profissional – usuário do serviço, entretanto as notificações compulsórias foram criadas com fins de garantias dos direitos e cidadania dos usuários do SUS assim como a lei 10.2016/2001 que implementa a política de saúde mental sob os mesmos princípios e isso não aparece como relevante nos discursos sobre o tema. Nesse caminho, é possível afirmar que existe um distanciamento dos profissionais ao que diz respeito de instrumentos de produção de informações ou outras estratégias de produção de saúde que não estejam estritamente relacionadas às práticas assistenciais. Por isso, as notificações se apresentam nos discursos com pouco ou nenhum significado norteador para todo processo de trabalho proposto nos CAPS. Este dado também está estritamente relacionado a dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde descritas por Valadares e Souza (2015) em relação à falta de preparo para este aspecto do trabalho e para lidar com casos de violência, assim como pela ausência ou insuficiência de outros serviços na rede que também apoiem ações de atenção e prevenção a tais casos, ou ainda por insegurança e medo de lidar com a violência.

Os profissionais também foram interrogados no que diz respeito ao impacto do uso do instrumento. **Mariana** afirma não ver nenhum e **Rosana** justifica que o uso dele é muito recente, o que impede que isso possa ser percebido. **Lucia** por outro lado, aponta o único impacto visto por hora: *Hoje para a gente é só demora de ter que ficar preenchendo e mandando, não tem feedback nenhum. Nós precisamos desse feedback, não adianta a gente ficar mandando e a gente não ter um feedback de nada.* **Karen**, que trouxe a valorização da ficha como forma de produção e dados e estratégia de cuidado em seu discurso também fala da falta de clareza sobre o tratamento do material produzido a partir do preenchimento das fichas: *Eu tenho medo até que isso se perca, porque eu acho que fica uma coisa que você preenche ali no automático e eu me pergunto depois o que são feito com elas? Quem está se preocupando? Porque é pouco profissional pra muita coisa e aí você fala: “quem está vendo essa notificação?”, “quem está fazendo que levantamento?”. Eu gostaria de ter assim: “Por causa de vocês preencherem a notificação nós vamos fazer tal ação pra isso em tal local, porque está acontecendo mais no território”. Eu acho que na verdade se escapa pelos dedos*

*por falta de profissional, não por falta de vontade, porque as pessoas são preocupadas com a população, mas a verdade é essa: todo mundo quer uma resposta! “Eu notifiquei o que aconteceu?”.*

O que se identifica, portanto é que apesar desta produção de informações constituir uma atividade obrigatória por lei há uma enorme ausência de significado em sua realização, seja pela falta de compreensão de seu sentido e objetivo, pela falta de formação ou capacitação sobre seu uso e pela falta de retorno dos dados de maneira que demonstre todo o ciclo de trabalho que se estrutura com base em dados e avaliações dos mesmos para elaboração de políticas de saúde e diretrizes assistenciais. Uma saída para esta problemática é citada por Lima e Deslandes (2015, p. 670):

Os obstáculos à implantação da ficha, como a resistência ao preenchimento de mais um instrumento com grande número de variáveis e o medo de notificar, podem ser diminuídos à medida que os profissionais tenham retorno das informações e dos dados coletados, permitindo o conhecimento da situação na sua esfera local.

Diante deste cenário, **Juliana** afirma que ainda que não veja o impacto do uso das fichas nem seu retorno sustenta sua produção de forma protocolar e obrigatória, mesmo que esta não seja uma tarefa munida de sentido para os profissionais de sua equipe: *Eu bato a mão na mesa e falo “vocês vão entender a importância disso a partir de hoje”, ou você vai fazendo um trabalho de convencimento, de levar conhecimento, informação continuada, questionamento, até que eles percebam: “olha, é mesmo!”. Faz parte da minha atribuição tirar o melhor da equipe e eu posso fazer isso de duas maneiras: ou é porque eu estou mandando e você vai fazer o seu melhor ou é porque você pode entender isso de uma outra maneira e vamos conversar a respeito”. Não incorporar isso aos poucos como uma determinação que seja incorporado.*

Nesse aspecto, Galvão e Dimenstein (2009) problematizam que a garantia do registro não garante que o uso deste será feito em todo potencial possível:

Os dados em si não produzem nada se não servirem para embasar ações e políticas concretas em nível local, portanto perdem seu sentido. Além disso, só a notificação não garante que o atendimento esteja incorporado à rotina da unidade. É possível que um profissional preencha a ficha, como se preenche um documento qualquer, e depois se desresponsabilize ou não se envolva mais com aquela situação, crendo que fez o que lhe cabia.  
(GALVÃO E DIMENSTEIN, 2009, p. 154)

Há, portanto uma variação importante entre os discursos dos profissionais que têm adotado o uso da ficha mesmo que inicialmente seus significados estejam distantes daqueles

propostos pela política, que como afirmam Njaine e Reis (2005, p. 330) tem fins de oferecer recursos que contribuam para transformação da sociedade e crescimento da cidadania.

Ainda que a proposta implementada pelo município de uso da notificação seja protocolar, **Ana** conta de uma organização pessoal na rotina de trabalho sobre estes dados: *Eu faço uma planilha também. Eu tenho feito o mapeamento pra mim mesma de todos os casos pra saber de onde está vindo, de onde vem mais, como está vindo, como é que chega, o que chega, quando chega isso. Eu vou mapeando para saber da onde está chegando, se está tendo encaminhamento se não está, se essa pessoa está aparecendo na UBS com esses sintomas ou se está vindo direto.*

Esta rotina se dá pelo objetivo de pensar em estratégias específicas de acordo com cada panorama encontrado como explica: *Porque aí eu consigo ver o que está vindo da UBS X. É a mesma coisa que tá vindo da Y que tem uma população com uma condição um pouco melhor? Que tipo de paciente que está chegando aqui desses lugares? Eu consigo pensar em uma intervenção específica pro X e uma intervenção específica para o Y.*

Ao apresentar tal organização como algo exclusivo de seu processo de trabalho, **Ana** fala de uma sistematização que está prevista pela portaria nº 104/2011 ao nível de rede de atenção à saúde e vigilância epidemiológica, em que tais dados deveriam ser coletados pelos profissionais de saúde, sistematizados pela vigilância e devolvidos aos serviços para estruturação da assistência. Isso aponta a valorização do processo de organização do trabalho em saúde baseado em dados epidemiológicos e diagnósticos situacionais por **Ana**, apesar de não aparecer em seu discurso como algo existente na rede de forma abrangente e dos relatos anteriores sobre ausência de feedback por parte da vigilância epidemiológica. Em relação à fala de **Ana**, Galvão e Dimenstein (2009, p. 155) afirmam que o uso da ficha de notificação pode extrapolar o mero reconhecimento do problema, viabilizando também a criação e articulação de formas de cuidado.

Ainda assim, a maior importância relacionada ao uso da ficha de notificação de violências foi trazida por **Joaquim, Lucia, Rosana, Mariana, Ana e Juliana** como a possibilidade de produzir e acessar dados e informações, como esclarece **Joaquim**: *É bom você fazer essa notificação para ter noção e para o município ficar ciente* (sobre o nível central da gestão de saúde do município). *Às vezes você não tem noção de estar trabalhando em cima disso aí, onde de repente na região que está tendo mais.;* e **Rosana**: *Ela importante para a gente saber, para a gente cuidar e pelo menos ter um instrumento mais fácil para visualizar e não ficar só no verbal. É uma coisa para você visualizar um pouco melhor.* Dado contexto citado

acima sobre a organização de trabalho entre CAPS e vigilância epidemiológica no município também foi apontada por **Lucia** a importância de através das informações promover o rastreamento e acompanhamento dos casos de violências notificadas: *O quanto é importante a gente estar acompanhando aquele caso e aí ver: “nossa, olha. A UPA notificou uma vez que ele tentou suicídio”, “olha agora o CAPS está notificando de novo”. O que a gente está fazendo por esse caso?*

Vale lembrar que uma das justificativas desta pesquisa passava pela compreensão de que a produção de notificações pode ser uma das estratégias de prevenção e cuidado para casos de violência numa perspectiva coletiva e social, já que os próprios dados levantados poderiam ser convertidos em diretrizes e políticas norteadoras de novas práticas assistenciais, inclusive no que diz respeito a seus financiamentos. Por isso, uma das questões investigadas foi sobre a compreensão para os profissionais sobre a ficha de notificação como uma das estratégias possíveis de cuidado e também sobre seu impacto no cotidiano dos CAPS. **Lucia, Ana, Mariana e Juliana** afirmam que a notificação não ocupa este lugar, justificando a resposta de acordo com suas concepções de produção de cuidado direcionadas apenas às práticas assistenciais e majoritariamente individuais. Descrevem o instrumento como epidemiológico, informativo, documental e estatístico. Por outro lado, **Karen** afirma compreender o recurso como uma prática de cuidado, assim como **Joaquim**: *Sim, cuidado sim. E poderoso! Você ter noção dos casos... Antigamente ficava perdido, não tinha noção de quais eram os casos de violência. Eu acho que faz muita diferença porque você tem verdadeira noção de quantos casos de violência está tendo.* Portanto, o mesmo fator que exclui a possibilidade de tal conduta ser considerada como cuidado por alguns profissionais é o que legitima a prática para outros que citam de maneira positiva a possibilidade de construir seus processos de trabalho com base em dados e informações.

**Ana** conta que sobre as dificuldades relatadas pelos profissionais no uso da ficha de notificação, responsáveis pela vigilância epidemiológica da cidade têm levado as queixas ao Ministério da Saúde e enquanto isso **Lucia** informa que uma saída pontual tem sido o levantamento sobre a possibilidade de informatizar o processo de preenchimento das fichas de notificação, com objetivo de facilitar o acesso e produção dos dados. Tal processo de informatização da produção de tais informações foi apontado como positivo por Giganstesco, et al (2012) na experiência da Itália, ainda que houvessem dificuldades pela quantidade de recursos físicos e humanos.

Especialmente as gerentes das unidades trazem em seus discursos relatos sobre a relação com a Vigilância Epidemiológica do município. **Lucia** conta que hoje há um contato maior do setor com os CAPS: *Depois que veio a informação que nós já tivemos de janeiro a abril 11 casos de suicídio no município começaram a acontecer encontros mensais.* Autoras como Lima e Deslandes (2015) discutem a interferência das ‘agendas dos surtos epidêmicos’ na organização e investimentos da Vigilância Epidemiológica que neste caso desencadeou olhares atenuados aos serviços de saúde mental tendo em vista a ‘epidemia’ em voga. **Ana** explica que a proposta da Vigilância, em relação às notificações, se deu da seguinte maneira: *A gente fez dois acordos com a vigilância: um de mandar a notificação e a gente tem um acordo para um acompanhamento para pensar em ação mesmo.* **Juliana** descreve o funcionamento da nova proposta:

(J.) *O que a gente vai fazer para além disso? Vamos sair dos números? Tem uma quantidade x? Está aqui o x, tá? E daí? Está tendo algo estruturado em que a gente caminha pra conseguir ir atrás. Busca ativa mesmo, busca ativa.*

(P.) *Através da vigilância epidemiológica?*

(J.) *Sim e eles da gente. “Olha fiquei sabendo de um caso que...”. Então condensação de dados é importante pra você saber quem são as pessoas que estão sendo atingidas.*

(P.) *Então você está falando que essa parceria com a vigilância está acontecendo em relação às notificações com devolutivas que eles dão também dos casos, é isso?*

(J.) *Sim, sim.*

(P.) *A vigilância tem dado os casos pros serviços para fazer busca ativa?*

(J.) *A gente agora está tentando condensar os dados para que cheguem os casos no CAPS.*

(P.) *Os casos, não só os números?*

(J.) *É, os casos. Os casos.*

O debate e tentativa de investigar melhor a proposta diferenciada de trabalho entre a vigilância epidemiológica e os CAPS através dos dados provenientes de notificações foi intensificada pela pesquisadora diante das descrições de quebra de sigilo acerca dos casos notificados, o que não é previsto pela portaria norteadora de tal política e que é trazido por autoras como Valadares e Souza (2015) e Lima e Deslandes (2015) como obstáculos para aceitação da produção das notificações pelos profissionais, fato que não se apresenta desta maneira para os entrevistados.

Ainda assim, essa dinâmica proposta pela rede de saúde do município mostra as tentativas de aprimorar e fortalecer as possibilidades de assistência e proteção a pessoas em situação de violência, ainda que explicita a falta de conhecimento sobre a portaria norteadora da política e sua finalidade de produzir dados e perfis epidemiológicos que podem ser usados com fins de diagnósticos situacionais das populações atendidas e criações de diretrizes assistenciais adequadas.

No caso desta cidade, houve, portanto um remodelamento do uso da ficha de notificação e da atuação da vigilância epidemiológica diante dos casos de violências (principalmente auto infligidas) que hoje atua como receptora e disseminadora de informações específicas das vítimas, transitando do papel de produtora de indicadores epidemiológicos e organizadora de ações direcionadas a tais dados para gerenciadora de casos a nível central para garantia de ações assistências de forma individual (caso a caso). Galvão e Dimenstein (2009) afirmam como aspecto positivo a escolha feita pelos trabalhadores das unidades de saúde dos modos de operar o instrumento de notificação como uma possibilidade de exercer assim sua autogestão do processo de trabalho. Junto deste processo, as autoras também discutem o exercício de ações de autoanálise, necessárias e complementares.

Minayo, et al (2017), convoca os olhares para a falta de avaliações sobre a implementação da PNRMAV e sua fragilidade no cotidiano das unidades de saúde do SUS, que na verdade já eram descritas como necessárias pela mesma autora em 2006. Sobre este ponto outras autoras como Lima e Deslandes (2015) também apontam para tal ausência e problematizam que estas estão atreladas ao descuido da ausência de retorno aos profissionais notificantes sobre os dados produzidos como resultados de ações de análises, que assim acabam distanciando as ações da vigilância das da assistência à saúde.

O que foi encontrado no contexto desta cidade foi uma tentativa de ressignificar o uso das fichas de notificação compulsória para casos de violência, de forma que estas de alguma forma alimentassem ações efetivas de cuidado.

É possível perceber, portanto que já existe nas práticas destes profissionais a compreensão do valor da produção de informações para a estruturação de seus trabalhos como descreve **Rosana**: *A gente provar por A mais B que realmente precisa de um cuidado, não está só naquele: “Ah, eu acho que é isso”. Não gente, espera aí. Está aqui óh! Tem a notificação. Olha aqui como que está por A mais B. Você consegue demonstrar de modo de forma física.;* e conclui **Ana** sobre sua importância de forma ampliada: *Eu acho que se a gente ‘saúde mental’ como um todo percebe a potência que tem fazer os dados gritarem a gente faria mais,*

*porque é com dados que a gente consegue verba. Quando eu mostro com dados que isso aqui é um problema de saúde, isso aqui tá gerando custo, isso aqui tá gerando prejuízo social... É priorizado o que está gritando mais. Se a gente consegue levantar de verdade os dados a gente consegue fazer isso gritar que é um problema sério.*

Pode se dizer então que, ainda que em pequena escala, a produção de informações em saúde é vinculada à algumas concepções do que se encaixa como prática assistencial, mesmo que como um movimento anterior ao do atendimento direto ao usuário e manejo da sua demanda. As principais dificuldades apresentadas e que poderiam ser fatores estratégicos para aumento da valorização e uso das fichas de notificação vêm da falta de informação para os próprios profissionais de saúde que não conhecem o objetivo do instrumento de antes e depois de seu uso, já que não há instrumentalização/ capacitação nem retorno sobre os dados. A distância entre o conhecimento e informações e o uso da ficha em uma constante acarretam numa dificuldade dos profissionais em atribuir significado ao instrumento, principalmente quando se diz de uma clínica sujeito-centrada que opera com recursos como o vínculo no acompanhamento de casos graves e muitas vezes urgentes num contexto de precarização dos serviços de saúde com equipes reduzidas em CAPS de referências para grandes territórios com complexas demandas.

A questão do acesso à informação que possibilite gerar conhecimento e apropriação sobre o instrumento também foi perceptível por um desdobramento imediato no momento das entrevistas que não era esperado: do movimento dos profissionais que aproveitaram o espaço de diálogo acessível e ‘lugar de saber’ da pesquisadora para esclarecimentos e ampliação de conhecimentos sobre o tema da ficha de notificação. Importante frisar tal aspecto, pois ainda que o cenário seja descrito como de ausência de capacitações, orientações e retornos sobre o tema existe uma valorização e busca por informações dos próprios profissionais, que visam aprimorar tal atividade em seu cotidiano a partir da produção de sentidos.

Ainda que a produção de notificações se apresente de maneira frágil como recurso do cuidado ele é um forte instrumento de luta para que tais dados, realidades e vivências ganhem espaço nas discussões e sistematizações a fim de garantirem avanços no campo das políticas públicas e garantias de direitos. Existe, porém, uma notável lacuna na disseminação e debate dessas experiências concretas da clínica que se faz no território e dos seus desafios. Conforme afirma Delgado (2012, p. 195) que este silêncio e isolamento aumentam a sensação de desamparo e precisam ser urgentemente rompidos.



Por fim, foi perceptível que há movimentação sobre o tema e as ações direcionadas à produção de informação sobre violência nesta RAPS, fato que futuramente pode auxiliar no dimensionamento do perfil das violências e seus cuidados no município de forma robusta, além de possivelmente indicar novas estratégias e caminhos para o instrumento após este processo de ressignificação e gestão interna de seu uso.

Assim como Lima e Deslandes (2015, p. 670):

Entendemos que o investimento na cultura da informação e na qualificação da notificação são ações sinérgicas para o fortalecimento da rede de serviços. A ficha, portanto, mais que um instrumento burocrático, representa uma prática social de repúdio à invisibilidade e banalização da violência. Foi construída com a participação ativa de vários segmentos de defesa dos direitos de crianças, adolescentes e do movimento de mulheres e como tal agrega em torno de si a expectativa de instituir maior sinergia entre a possibilidade de melhor conhecer o fenômeno da violência e as respostas institucionais cabíveis.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira implicação necessária, a estas considerações finais, está atrelada ao papel da pesquisadora e proponente do estudo: de trabalhadora da saúde mental e militante do Movimento de Luta Antimanicomial. Esta posição significou toda a estruturação e ato da pesquisa, assim como significa suas análises e caminhos que os resultados levaram. A investigação por um tema direcionado à produção de informações, neste contexto, se deu justamente pela ausência destas práticas em meu cotidiano assistencial, mas que propriamente tem sido a razão de mudanças e desinvestimentos na política de saúde mental que fora construída com muitas experiências e vozes.

O cenário pesquisado mostra alguns destes reflexos por mudanças na RAPS do município, que foram descritas pelos profissionais de todas as categorias. Isso ocorreu não somente nos momentos de entrevistas e estão relacionados aos processos de precarização do trabalho, visto que há falta de profissionais diante da demanda pelos CAPS, que está em uma crescente. Em relação aos trabalhadores, seus cotidianos e práticas estiveram presentes de forma intensa nos discursos: a hierarquização do trabalho e a segmentação das atividades assistenciais, que vai na contramão de práticas interdisciplinares e multiprofissionais. Ligados a estes distanciamentos e separações estão os sentimentos de insegurança e responsabilidade presentes em todas as categorias, que se desdobram em ações com altos níveis de controle e rigidez. Pouco se disse sobre as práticas inventivas e/ou criativas nestes processos de trabalho, assim como de integração das equipes e diálogos sobre a produção de saberes. Para as gerentes fica a grande incumbência de “fazer o serviço funcionar”. Para as enfermeiras o dever do saber maior (não só mental, mas clínico como relatado) e a tarefa da avaliação. Para os profissionais de nível médio o sentimento de um “não saber” pelas diferenciações de formações e que impõe as hierarquias em saúde.

O que perpassa todos os profissionais, de alguma forma, é a solidão, seja da responsabilidade gerencial ou de avaliação que não é dividida, seja da diferenciação causada pela valorização de apenas um tipo de saber (o formal, acadêmico) ou pela individualização das práticas de cuidado nos cotidianos destes CAPS. O processo de individualização está naturalizado, no que diz respeito aos trabalhadores e suas práticas, fato que interfere em suas concepções sobre o sofrimento psíquico, violência e em seus cuidados. Pode-se dizer que assim como afirma Sennett (1943), a transposição entre o coletivo e individual, ou o público e o privado é uma tarefa pouco presente na cultura moderna, causando o isolamento dos indivíduos como nestes serviços e práticas.

A esfera da intimidade é privada, assim como muitos instintos e comportamentos relacionados à violência que significativamente não é citada pelos profissionais enquanto narram seus cotidianos de trabalho e as demandas mais frequentes. Nesse caminho, o tipo de violência mais vinculado ao conceito pelos profissionais foi a interpessoal que, muitas vezes, é exposta e transborda os limites da intimidade. Apesar disso, a violência auto infligida também é citada como demanda frequente nos CAPS, mas de outra perspectiva: a do sofrimento ou patologia. Estas vivências não foram reconhecidas pelos profissionais como uma forma de violência de forma espontânea.

A vinculação dos discursos sobre violência às interpessoais, também se relaciona com o imaginário carregado pelos estigmas do louco e a sua periculosidade, que possivelmente colocam os profissionais em risco, assim como toda sociedade nestes estereótipos. Ainda que esta ideia esteja muito presente nos discursos dos profissionais, inclusive na descrição de barreiras de acesso aos serviços (pessoas que não os procuram por não quererem ser vistas como loucas), não foi vinculada a um formato de violência experienciado pelos usuários por si só, o que chama à atenção, diante do histórico de lutas para a conquista e a valorização da cidadania destes sujeitos, que levou à política de saúde mental que hoje rege tais unidades.

Esteve presente nos discursos dos entrevistados a naturalização das violências vividas pelos usuários dos serviços, incluindo a perspectiva destas como fator cultural, mas principalmente a patologização destas vivências como meio de torná-las visíveis. Ou seja, no contexto estudado de serviços de saúde mental o diagnóstico ou doença era o principal meio de legitimação da violência. Violência esta que apesar de envolver algum grau de sofrimento nem sempre está relacionada às patologias. Também se pode compreender essa dinâmica como um meio de individualizar o processo da violência, que se configura como problema social e coletivo, com atravessamentos diretos aos sujeitos.

Sobre as práticas profissionais que dizem respeito às estratégias utilizadas para prevenção, manejo e cuidado das situações de violência os discursos apontam para as experiências norteadas por condutas individuais realizadas dentro das unidades de saúde. Ainda que os CAPS sejam espaços de produção de cuidado, uma das principais ações relatadas pelos profissionais em casos de acompanhamentos de situações de violência estava relacionada às medidas legais, denúncias e investigações, não obstante um dos serviços mais citados como acionados na rede intersetorial e nestes casos, foi o Ministério Público. Em contrapartida, com exceção das gerentes, os profissionais demonstraram pouco conhecimento

de possibilidades dentro de uma rede institucional de cuidado ou proteção às vítimas no município.

Foi perceptível a dificuldade dos entrevistados em compreenderem o que se tratava de estratégias “coletivas” de cuidado ou enfrentamento da violência. Nesse caminho houve a reafirmação das denúncias como estratégias primeiras, que para estes profissionais representam uma forma de proteção das vítimas e a manutenção de sua responsabilidade como agentes de uma instituição do Estado. Em especial as estratégias que seriam descritas como preventivas de situações de violência apareceram com pouca expressão, com relatos direcionados apenas às violências auto-infligidas e eventos de prevenção ao suicídio.

O peso dos recursos legais para os profissionais impactou inclusive nas discussões acerca do eixo notificação, em que aconteceram confusões sobre o significado do termo ‘notificação’ compreendido por estes também como denúncias. Não foi perceptível forte apropriação do tema como reflexo de um processo consciente no cotidiano de suas práticas, ainda assim ficou evidente que a secretaria de saúde do município tem tentando criar novas estratégias de interlocução dos serviços assistenciais com a vigilância epidemiológica, com objetivo de garantir a produção de informações nos casos de violência – principalmente auto-infligidas – e devidos manejos dos casos.

A relação mais próxima entre CAPS e Vigilância foi visto pelos trabalhadores como uma forma de investimento, mesmo assim houve relatos da ausência de fornecimento de capacitações adequadas sobre o uso das notificações, bem como de retorno dos dados e informações geradas por estas para uso no cotidiano das unidades.

Os motivos apresentados pelos profissionais, em relação às dificuldades do uso da ficha de notificação, passavam por questões encontradas na literatura como a dificuldade em preencher o instrumento que é configurado como “trabalhoso” por **Karen**, mas que também pode indicar a precarização do trabalho em que os profissionais não encontram tempo adequado para tais práticas. Dessa maneira, há a manutenção da cultura da desvalorização de práticas que não sejam diretamente assistenciais. A ficha de notificação não é compreendida pelos profissionais, como uma das estratégias de cuidado possíveis em casos de violência, evidenciando uma dicotomia entre o que está relacionado ao cuidado individual (prática assistencial) e a produção de informações (que pode reverberar em práticas de cuidado coletivas, como políticas públicas de saúde). Ainda assim, existe um movimento na rede de saúde do município de tentar readequar o uso deste instrumento para direcioná-lo às práticas investigativas, que responderiam à demanda dos profissionais de que seu uso trouxesse

impactos diretos para a assistência a saúde, o que também se configura como um problema pela quebra de sigilo dos dados, fora do que é preconizado pela política.

A realização deste estudo possibilitou levantar um panorama não só sobre as ações de cuidado direcionadas aos casos de violência nos CAPS, como compreender alguns dos significados da produção de informação em saúde para os trabalhadores deste campo. As principais dificuldades encontradas foram o tempo para realização da pesquisa, que acabou por limitar os cenários e entrevistados participantes, além do investimento para elaboração da dissertação com análises mais aprofundadas e discussões sobre outros núcleos de sentido presentes nos discursos. Também foi um fator de dificuldade a administração de agendas e deslocamentos entre três cidades diferentes pela pesquisadora (cidade de residência, da pesquisa e da instituição de ensino) que tentou se adequar ao possível entre esses trajetos.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com provocações aos olhares dos/as trabalhadores/as do campo da saúde mental sobre práticas que se naturalizam ao longo dos anos, como as encontradas de individualização dos processos de cuidado e da falta de valorização da produção de informações, além de abrir espaço para o debate sobre a violência e saúde mental tão necessária no contexto social e epidemiológico encontrado hoje no país.

## 9. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.; PITTA, A., M., F.; OLIVEIRA, W., F. (Orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. 1ed. São Paulo: Zagodoni. 2018.

ANDRADE, C., B. *O Trabalho de cuidar e educar: gênero, saber e poder*. Curitiba: Apriis. 2015.197 pp.

AYRES, J., R., de C., M.. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.8, n.14, p. 73-92, Fev. 2004.

BARRETTO, R., S.; FIGUEIREDO, A., E., B. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 124-130, Jun 2019.

BALZANO, S., M. Cuidado e identidade em el quehacer enfermeiro em la Colonia Montes de Oca. In.: BOURGEAUD-GARCIANDÍA, N. (comp.). *El Trabajo de Cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2018.

BIRMAN, J. *Sexualidade na Instituição Asilar*. Ed. Achiamé, Rio de Janeiro, 1980.

BOTALLO, A.; TOSCANO, B. Rede de Saúde Mental de São Bernardo do Campo é referência nacional – programa promove tratamento humanizado e dá nova chance a pacientes com transtornos psíquicos e usuários de álcool e drogas. 2018. <https://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/bons-exemplos/rede-de-saude-mental-de-sao-bernardo-do-campo-e-referencia-nacional.shtml>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990.

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, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA/Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010*. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Define as terminologias adotadas em legislação Nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica Ampliada e compartilhada. 1ed. 2. Reimpr. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 64 p.

BURKE, W.; COLMER, D.; JOHNSON, n.; LEIGH, J.; KEY, B.; PARKER, C. An organisational response to an increase in suicides: A case study. **Journal of Public Mental Health** v. 11, n 3, p. 98–105. 2012.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde a diferença entre prevenção e promoção/ The concept of health and the difference between prevention and promotion. In: CZERESNIA, D., FREITAS., M.de, C. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. P. 39-53.

DEJOURS C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª Edição ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C. *Trabajo y Violencia*. Ed. Modus Laborandi. Madrid, 2009.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 28; p.187-198, 2012.

DOUGLAS, L. & FEENEY, L. Thirty years of referrals to a community mental health service. **Irish Journal of Psychological Medicine** 33, nº 2 (2016): 105–9.

ELIAS, N. *O Processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994.

FIGUEIREDO, A., E., B. *Religiões pentecostais e saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ. 2006. 183 pp.

FIGUEIREDO, L., A. et al . Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1026-1034, Dez. 2014.

FINKELHOR, D.; WOLAK, J.; BERLINER, L. Police Reporting and Professional Help Seeking for Child Crime Victims: A Review. **Child Maltreat** 6, nº 1 (2001): 17–30.

GALVAO, V., A., B., de M.; DIMENSTEIN, M.. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x, 2009.

GIGANTESCO, A., L., I.; PICARDI, A. The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH** 8 (2012): 7–11.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GOFFMAN. E. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOMES, M., C., P., A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, p. 287-301, Ago. 2005.

HANSON, R. & ADAMS, C., S. Childhood Sexual Abuse: Identification, Screening, and Treatment Recommendations in Primary Care Settings. **Prim Care** 43, nº 2 (2016): 313–26.

HERNANDEZ, L., J. Evaluación de resultados e impactos de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá, DC. TT - [Evaluation of results and impact of the first phase of a community based mental health model in localities in Bogotá, D.C]. **Rev Salud Publica (Bogota)** 5, nº 3 (2003): 272–83.



IBGE. *São Bernardo do Campo – Panorama*. 2018. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JENKINS, R.; MUSSA, M.; HAJI, S., A.; HAJI, M., S.; SALIM, A.; SULEIMAN, S.; RIYAMI, A., S.; WAKIL, A.; MBATIA, J. Developing and implementing mental health policy in Zanzibar, a low income country off the coast of East Africa. **International Journal of Mental Health Systems** 5 (2011).

KRUG, E., G., et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Genebra, 2002.

LERER, L., B.; MATZOPOULOS, R., G.; PHILLIPS, R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. **South African Medical Journal** 87, n° 3 (março de 1997): 298–301.

LIMA, J. de S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661- 673, Jun. 2015.

MATOS, C., C., de S., A. & TOURINHO, F., S., V. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). **Rev. bras. med. fam. comunidade** 13, n° 40 (dezembro de 2018): 1–13.

MENDES, K., Dal S.; SILVEIRA, R., C., de C., P.; GALVAO, C., M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008.

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

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de textos do projeto-piloto VER-SUS Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 80-99.

MINAYO, M., C., de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, Set. 1993.

MINAYO, M., C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 pp.

MINAYO, M. C. de S. SOUZA, E. R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 284 pp.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1259-1267, Jan. 2006.

MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Souza, E. R. (Org.). *Curso impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. p. 24-35.

MINAYO, M., C., de S. (Org.); DESLANDES, S., F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 108 pp.

MINAYO, M., C. de, ASSIS, S., G.; SOUZA, E., R. de. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M., C., S.; ASSIS, S., M. (Orgs.). *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 39-61.

MINAYO, M. C. de S et al . Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, Jun 2018.

NICÁCIO, M., F. de S.. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental / Maria Fernanda de Silvio Nicácio*. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

NJAINE, K; REIS, A., C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, p. 141, 2005.

ORLANDI, E., P. *Análise do Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 2000 p. 19 a 22.

ORLANDI, E., P. *Discurso e Texto: formulação e circulação dos sentidos*, 2001.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Orgs). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 pp.

PÊCHEUX, M. *O Discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas: Pontes. 1997.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L., B. O Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I., B.; LIMA, J., C., F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 pp.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I., B.; LIMA, J., C., F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ªed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-114.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol da Saúde**. 2002;16.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. *Guia da saúde – saúde mental*. Ano desconhecido. <http://www.saobernardo.sp.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO URBANO E AÇÃO REGIONAL – Departamento de Planejamento Urbano. *A cidade em números – São Bernardo do Campo*. 2017. <https://www.normaseregras.com/normas-abnt/referencias/>. Acesso em 15 jan. 2019.

SENNETT, R O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das letras. 1998. 415 pp.

SINAN NET. *Dados sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violeSP.def>. Acesso em: 15 jan. 2019.

TEIXEIRA, M., da G. et al . Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, Mar. 1998.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p.89-112.

VALADARES, F., C.; SOUZA, E.; R. de. A violência que interroga a rede de saúde mental a partir da visão de seus conselhos profissionais. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p. 95-116. 2015.



- “Qual sua percepção sobre a demanda e formato de trabalho nesse nível de atenção?” (ex.:intensa/tranquila; bom/ruim/fácil/difícil/motivador/desmotivador...)
- “O que você identifica – pessoalmente - como potências e dificuldades no cotidiano do trabalho (ex.: o que é difícil de fazer/ atender...) e na oferta de assistência à saúde para os usuários (ex.: em nível de estrutura, configuração do serviço, qualidade de atendimento, barreiras, acessos...)?”
- “Em relação aos usuários atendidos, quais demandas são mais comuns?” (ex.: crises psicóticas, uso de álcool e drogas, problemas familiares, adoecimento pelo trabalho, violência...)

#### BLOCO 4 - Violência

- “O que você compreende como uma situação de violência?”
  - “Como você enxerga a questão da violência no cotidiano do serviço, da população atendida e do território de abrangência da unidade?” (ex.: é presente ou não, há mais casos de homicídio, de violência doméstica...)
  - “Você já realizou algum atendimento/ acompanhamento em que identificou ou suspeitou que a pessoa fosse vítima de violência interpessoal ou autoprovocada ? Se sim, qual foi a abordagem específica sobre esses tipos de violência? (ex.: a pessoa foi acolhida no CAPS, foi encaminhada para um serviço sentinela, a questão da violência não foi discutida...)”
  - “De maneira geral, quais estratégias de enfrentamento da violência interpessoal e autoprovocada você identifica que são utilizadas pela equipe do CAPS?” (independente de ser no atendimento, no cotidiano para os usuários que passam o dia na unidade, ou no território)
  - “Quais estratégias, programas e ações do município - de iniciativa da comunidade ou da iniciativa privada - de enfrentamento da violência interpessoal e autoprovocada você conhece?”
  - “Você tem conhecimento de quais outros serviços da rede de saúde e intersetorial (pública) são estratégicos e lidam com a questão da violência interpessoal e autoprovocada?”
  - “Você conhece/ a unidade trabalha com algum protocolo para o atendimento e enfrentamento das situações de violência interpessoal e autoprovocada?”

- “Você tem ideia de quantos casos ou de que forma tem chego pessoas para acompanhamento com relatos de situações de violência interpessoal e autoprovocada?” (ex.: muito, pouco, médio...)

#### **BLOCO 4 – Notificação**

- “Você conhece a ficha de notificação de violência da vigilância epidemiológica?”
- “Como você faz uso? E a equipe de forma geral?” (tanto sobre o procedimento: como preenche, para onde envia, como acompanha os dados; quanto sobre quantidade: se conseguem notificar todos os casos, se sente efetividade do instrumento)
- “Qual sua avaliação da ficha? Como você a enxerga?” (ex.: em nível de instrumento do cuidado; ajuda, atrapalha, é importante, não faz falta...)
- “Na sua compreensão, qual é o papel e/ou importância dessa ficha?”
- “O que você consegue identificar de impacto no serviço, equipe, território/comunidade e município gerado a partir do uso das fichas de notificação?”
- “Você gostaria de fazer alguma outra colocação ou contribuição sobre o tema que eu não fiz?”

## 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “A notificação de violência interpessoal e autoprovocada como estratégia de prevenção, manejo e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, que será realizada em seu município de trabalho pela pesquisadora Isabelle Araujo V. Soares, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/RJ, sob orientação das Prof<sup>as</sup>Dr<sup>as</sup> Ana Elisa B. Figueiredo e Cristiane B. Andrade. O objetivo principal da pesquisa é compreender como os CAPS se organizam como espaços de prevenção, cuidado, manejo e notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada. Para isso, serão realizadas entrevistas com 3 profissionais de 3 CAPS Adulto do município de São Bernardo do Campo, em que a partir da utilização de um roteiro norteador serão discutidos temas relativos a vida profissional dos entrevistados, seus cotidianos nas unidades e o tema da violência interpessoal e autoprovocada, além do uso da ficha de notificação para estes casos. Você está sendo convidado a participar por se encaixar nos critérios de inclusão da pesquisa, que solicitam que em cada unidade participe um profissional de nível médio, um de nível superior e o respectivo gestor. Sua participação é muito importante e se dará da seguinte maneira: a pesquisadora irá a seu encontro de acordo com sua disponibilidade, em local e momento apropriados para a entrevista que será realizada apenas pela mesma de forma individual com cada participante e terá duração de aproximadamente 40 minutos. O encontro será audiogravado, mediante sua autorização neste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual será firmado em duas vias e disponibilizado tanto ao entrevistado (a) quanto à pesquisadora. Esclarecemos que diante do risco de constrangimento ou incômodo haverá zelo por parte da pesquisadora para reconduzir as questões de forma que se torne possível sua participação, ou ainda haverá total liberdade de encerrá-la a qualquer momento. Além disso, ressaltamos que existe o risco de identificação indireta dos participantes, visto os critérios de escolha das unidades e

profissionais participantes da pesquisa propostos na metodologia e descritos acima. É importante salientar que: sua participação é totalmente voluntária e passível de recusa ou desistência sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa; o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado por sua participação; as informações fornecidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Para assegurar a privacidade e confidencialidade das informações prestadas na entrevista apenas a pesquisadora e orientadoras do projeto terão acesso aos dados com compromisso de garantir

sigilo sobre os dados; todos os dados referentes à entrevista (áudios, transcrições, anotações) também serão mantidos sob sigilo em posse da pesquisadora e orientadoras; em todo material produzido diante das informações coletadas na entrevista (audiogravações – caso sejam autorizadas -, anotações, diários de campo) você será identificado (a) apenas por um código numérico; quaisquer dados que possam levar a sua identificação (mesmo que indireta) serão omitidos na divulgação dos resultados finais; além disso a pesquisadora e orientadoras do estudo se comprometem a não fazer uso das informações fornecidas nas entrevistas para outras finalidades. Os benefícios esperados com este estudo estão primeiramente na oportunidade de promover reflexões nas equipes dos CAPS participantes, além de oferecer importantes informações e subsídios que possam auxiliar na melhoria das estratégias de cuidado, manejo e prevenção dos casos de violência interpessoal e autoprovocada. Além disso, a produção de conhecimento científico e divulgação do mesmo poderão contribuir para a ampliação e fortalecimento do debate sobre o tema da violência interpessoal e autoprovocada na saúde mental. Os resultados finais da pesquisa serão apresentados aos participantes, unidades e município pela pesquisadora por meio de uma via da dissertação para a secretaria e cada unidade participante – de livre acesso para os profissionais participantes ou não da pesquisa -, relatório sistemático sobre os resultados e possíveis devolutivas feitas pessoalmente. Os dados de entrevistas (áudios e transcrições), assim como os TCLE's serão mantidos em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/16 do CNS e orientações do CEP da ESNP, antes de serem descartados. Também haverá possibilidade de manter o material em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob responsabilidade da pesquisadora e orientadoras, para utilização em pesquisas futuras, com utilização dos dados apenas diante de novo contato e consentimento específico para a nova pesquisa. Em qualquer momento da pesquisa, inclusive após seu término, o (a) senhor (a) poderá solicitar informações, esclarecimentos e sanar dúvidas sobre



sua participação e/ ou sobre a pesquisa por meio dos contatos: **Isabelle Araujo Varvelo Soares, Avenida Doutor Rudge Ramos, nº 542, apto. 51 (São Bernardo do Campo/SP), tel.: (013) 98816-5725 e email: isa.varvelo@gmail.com; ProfªDrª Ana Elisa Bastos Figueiredo e ProfªDrª Cristiane Batista Andrade; Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Avenida Brasil, 4036, sala 700, Rio de Janeiro/RJ, tel.: (021) 2290-0387 e emails: aebfigueiredo@yahoo.com.br e cristiane.batista.andrade@gmail.com.** Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas: **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, Tel. (021) 2598-2863, email: cep@ensp.fiocruz.br e página da web <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.**

São Bernardo do Campo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Isabelle Araujo V. Soares

(Pesquisadora)

Autorizo a audiogravação desta entrevista:      SIM       NÃO

---

**(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DE PESQUISA)**

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios, concordo em participar voluntariamente da mesma citada acima.

---

Assinatura (ou impressão dactiloscópica)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_