

Geane Uliana Miranda
Leandra Lúcia Moraes Couto
(Organizadoras)

PSICOLOGIA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:

articulando práticas
e saberes

MIRANDA, G. U.; COUTO, L. L. M. (Orgs). Psicologia, saúde e assistência social: articulando práticas e saberes. 1ª Ed: Gradus Editora. Bauru, São Paulo. 2021.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe

Lucas Almeida Dias

Projeto gráfico

Paulo Ricardo Cavalcante da Silva

Diagramação

Tatiane Santos Galheiro

Revisão

Ana Karolina de Melo Pessoa Oliveira

Jancen Sérgio Lima de Oliveira

Comitê Editorial Científico – Gradus Editora 2020/2021

Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana Dos Santos

Dra. Cintya de Oliveira Souza

Dra. Ana Cláudia Bortolozzi

Dra. Andreia de Bem Machado

Dra. Manuela Costa Melo

Dr. Carlos Gomes de Castro

Dra. Ana Beatriz Duarte Vieira

Dra. Janaína Muniz Picolo

Dr. Yan Corrêa Rodrigues

Dr. Thiago Henrique Omena

Dr. Luís Rafael Araújo Corrêa

Dr. Fábio Roger Vasconcelos

Dr. Leandro Antônio dos Santos

Dr. Gustavo Schmitt

Dra. Renata Cristina Lopes Andrade

Dra. Daniela Marques Saccaro

Dra. Gladys del Carmen Medina Morales

Dra. Márcia Lopes Reis

Geane Uliana Miranda
Leandra Lúcia Moraes Couto
(Organizadoras)

PSICOLOGIA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:

articulando práticas
e saberes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Psicologia, saúde e assistência social: articulando práticas e saberes /
organizadores, MIRANDA, G. U.; COUTO, L. L. M. - Bauru, SP: Gradus
Editora, 2021.

138p. : il. (algumas color.) ; PDF.

Inclui bibliografias.

978-65-88496-45-9

1. Psicologia 2. Assistência social 3. Psicologia social

CDD
150.00

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
-----------------------	----------

CAPÍTULO 1

HIV/AIDS E SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO:

Reflexões acerca das condições de saúde, dos fatores de risco e do cuidado	11
--	-----------

Geane Uliana Miranda, Gabriella Barreto Soares

CAPÍTULO 2

PSICOLOGIA E O TRABALHADOR POLICIAL MILITAR DE MISSÕES ESPECIAIS:

Uma experiência transversal aos direitos humanos	35
--	-----------

Janice do Carmo Demuner Magalhães, Ednéia Vieira Serrano, Thiago Drumond Moraes

CAPÍTULO 3

ASPECTOS DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA ADULTA.....	59
--	-----------

Barbara Frigini De Marchi

CAPÍTULO 4

A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	79
--	-----------

Bruna Ceruti Quintanilha

CAPÍTULO 5

RESISTÊNCIAS E CONTROLES NOS CRAS:

O incentivo ao trabalho formal em questão	105
---	------------

Keli Lopes Santos

SOBRE AS ORGANIZADORAS	137
-------------------------------------	------------

ÍNDICE REMISSIVO.....	139
------------------------------	------------

PREFÁCIO

No Brasil, a Psicologia tem consolidado sua atuação nas áreas da Saúde e da Assistência Social nas últimas décadas. No campo da Saúde, a categoria tem ganhado espaço, compondo equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de hospitais, de ambulatorios, de clínicas e de diversos outros serviços de saúde. No âmbito da Assistência Social, as equipes técnicas da Atenção Social Básica e Especial, que engloba os diferentes níveis de complexidade (Básica, Média e Alta) e variados serviços (Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], Centro de Referência Especializado de Assistência Social [CREAS], acolhimento institucional, dentre outros) contam com psicólogo (a) e assistente social como composição mínima. Com isso, tanto a saúde quanto a assistência social se mostram como importantes campos de atuação para profissionais da Psicologia.

Nessa perspectiva, considera-se que a divulgação de estudos sobre as áreas da Saúde e da Assistência Social é essencial para o fomento da qualificação e do aprimoramento da prática de trabalho do (a) psicólogo (a). Por isso, aposta-se na relevância da presente obra por apresentar reflexões e pesquisas que podem subsidiar a formação e a atuação do (a) profissional de Psicologia na Saúde e na Assistência Social.

Isso posto, esta obra traz capítulos que articulam a Psicologia à área da Assistência Social, a partir do CRAS, bem como ao campo da Saúde, englobando questões relativas às condições de saúde no sistema prisional, saúde mental de policiais militares, intersectorialidade nas políticas de saúde mental infantojuvenil e internação psiquiátrica. Ela é composta por dois ensaios teóricos, um relato de experiência e dois relatos de pesquisas. Dessa forma, os capítulos tecem articulações entre essas temáticas por meio de práticas e saberes, conforme detalhado a seguir.

O primeiro capítulo, “HIV/AIDS e sistema prisional brasileiro: reflexões acerca das condições de saúde, dos fatores de risco e do cuidado”, de autoria de Geane Uliana Miranda e Gabriella Barreto Soares, é um ensaio teórico que discute a saúde prisional. O texto tem por objetivo trazer reflexões sobre a infecção e a disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no sistema prisional brasileiro, principalmente no que se refere às condições de saúde e de acesso ao cuidado, aos fatores de risco para disseminação da infecção pelo HIV/AIDS e às medidas para diminuição da disseminação do HIV/AIDS e melhoria da assistência à saúde. As autoras constataram que a atual condição do sistema prisional – superlotação, insalubridade, falta de recurso humano e material, não implementação de campanhas educativas e testagem como rotina etc. – contribui para que a população em restrição de liberdade esteja vulnerável aos agravos de saúde, como a infecção pelo HIV/AIDS.

O segundo capítulo, “Psicologia e o Trabalhador Policial Militar de Missões Especiais: uma experiência transversal aos Direitos Humanos”, de autoria de Janice do Carmo Demuner Magalhães, Ednéia Vieira Serrano e Thiago Drumond Moraes, é um relato de experiência que discute saúde do (a) trabalhador (a) de segurança pública. O texto descreve uma intervenção voluntária ocorrida com policiais militares (pm) do Batalhão de Missões Especiais (BME), que consistiu na realização de três “Ciclos de Discussão” sobre aspectos de saúde mental. Os autores afirmam que a experiência relatada admitiu significados variados aos (às) participantes, que indicaram tanto a importância de continuação quanto o interesse em estarem novamente nas iniciativas que considerassem a dimensão psicológica.


O terceiro capítulo, “Aspectos da atuação do psicólogo em internação psiquiátrica adulta”, de autoria de Barbara Frigini De Marchi, é um ensaio teórico que discute a saúde mental da população adulta. O texto tem como objetivo principal apresentar reflexões e fornecer subsídios teórico-práticos à atuação de psicólogos (as) em contextos de internações psiquiátricas de

pacientes adultos (as). A autora discute que o (a) psicólogo (a) atuante em contexto de internação psiquiátrica precisa trabalhar junto ao (à) paciente, familiares e equipe no sentido de transformar subjetividades e produzir encontros potencializadores de vida, mesmo nos momentos de crise em saúde mental.

O quarto capítulo, “A Intersetorialidade nas Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil”, de autoria de Bruna Ceruti Quintanilha, é uma pesquisa documental que propõe somar conhecimentos acerca da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Para tanto, foi realizado um estudo documental que buscou compreender como a intersetorialidade é abordada nos documentos ministeriais que abarcam a referida política. A autora constata que os documentos não apresentam de modo direto o conceito de intersetorialidade e, com isso, ainda é preciso uma melhor organização e estruturação em torno do cuidado a crianças e adolescentes em Saúde Mental infantojuvenil.

O quinto e último capítulo, “Resistências e controles no CRAS: o incentivo ao trabalho formal em questão”, de autoria de Keli Lopes Santos, é uma pesquisa empírica que aborda a política pública de assistência social. A autora propõe discutir a inserção ou incentivo à inserção no mercado de trabalho como dispositivo de controle, bem como a negativa ao trabalho como estratégia de resistência das usuárias do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Cariacica/ES. Para isso, realizou-se entrevistas individuais e encontros com grupos de profissionais que trabalham ou já trabalharam nos CRAS do município de Cariacica/ES e se analisou as anotações e as memórias da pesquisadora. Santos constatou que o incentivo das trabalhadoras da Assistência Social para que as usuárias se engajem no mercado de trabalho é um mecanismo que permite fazer funcionar o sistema das desigualdades, de modo a se configurar como um exercício da governamentalidade.

Ressaltamos a importância da temática discutida na presente obra para a qualificação do trabalho do (a) profissional de Psicologia



que atua, estuda ou tem interesse nas áreas de Saúde e Assistência Social. Por isso, reforçamos a relevância das contribuições trazidas pelos capítulos, que permitem reflexões embasadas sobre os temas abordados. Por fim, esperamos que esta obra possa incentivar novos estudos, bem como fundamentar intervenções, com diferentes públicos e em variados contextos, que visem à construção de uma sociedade mais justa e digna para todos e todas.

As organizadoras

CAPÍTULO 1

HIV/AIDS E SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO:

Reflexões acerca das condições de saúde,
dos fatores de risco e do cuidado¹

Geane Uliana Miranda²

Gabriella Barreto Soares³

INTRODUÇÃO

O presente capítulo se configura como um ensaio teórico que tem por objetivo trazer reflexões sobre a infecção e a disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no sistema prisional brasileiro, principalmente no que se refere às condições de saúde e de acesso ao cuidado; aos fatores de risco para disseminação da infecção pelo HIV/AIDS; e às medidas para

¹O presente capítulo é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização em Epidemiologia da primeira autora com orientação da segunda. Para a escrita do capítulo, o texto passou por revisão, atualização de dados, inserção de referências e adequação à temática do livro, o que culminou na alteração da estrutura, da redação, dos objetivos e do título.

²Psicóloga, mestra em Psicologia Institucional e especialista em Epidemiologia e Oratória pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atualmente é bolsista de doutorado (CNPQ) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES. E-mail: geaneuliana@gmail.com

³Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”. Professora Adjunta do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

diminuição da disseminação do HIV/AIDS e melhoria da assistência à saúde. Com os conteúdos abordados, buscou-se responder às seguintes questões: quais são as condições de saúde e de acesso ao cuidado das pessoas privadas de liberdade? Quais são os fatores de risco para disseminação da infecção pelo HIV/AIDS no sistema prisional? Existem medidas para diminuir a disseminação do HIV/AIDS e melhorar a assistência à saúde no sistema prisional?

Antes de adentrar no tema, vale esclarecer que o conteúdo dos tópicos se refere, especialmente, à possibilidade de infecção e de disseminação do HIV/AIDS, não se restringindo apenas àqueles (as) que vivem com HIV/AIDS. Isto é, quando se apresentar relatos ou informações de participantes de pesquisa, não significa, necessariamente, que sejam pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS, mas sim sujeitos (as) privados (as) de liberdade que participaram de investigação que tinha objetivo relacionado a tal agravo de saúde.

Para iniciar o debate, faz-se necessário explicar que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, são transmitidas, sobretudo, pela via sexual quando há relação sem preservativo com uma pessoa infectada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A transmissão também pode ocorrer na gestação, no parto e na amamentação ou pelo compartilhamento de seringas. No presente trabalho, optou-se pela terminologia IST em detrimento de Doença Sexualmente Transmissível (DST), em razão da pessoa poder ter e transmitir determinada infecção, ainda que não tenha sinais ou sintomas. Nota-se que o HIV é uma IST e, portanto, o uso do preservativo é o método mais eficaz de prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

É importante ter em vista que o HIV é o causador da AIDS, doença que ataca o sistema imunológico do corpo, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública em esfera global por se tratar de uma doença crônica sem cura e de difícil adesão ao tratamento (POTRICH *et al.*, 2013). O HIV/AIDS surgiu nos anos 80, época em que se acreditava

que a infecção se delimitava a certos grupos com comportamentos considerados de risco, como usuários de drogas, profissionais do sexo e homossexuais (GURGEL, 2014). Isso ocasionou discriminação social e construiu uma falsa concepção de que heterossexuais e outros grupos não estariam expostos ao risco.

Com o decorrer do tempo, observa-se que o perfil epidemiológico do HIV/AIDS está mudando e atualmente a feminização da epidemia⁴ tem tomado destaque (SILVA *et al.*, 2010), bem como se percebe um aumento da infecção na faixa etária da terceira idade (GURGEL, 2014). Compreende-se que essa mudança de perfil é multifatorial e pode estar relacionada à falsa concepção de que somente grupos considerados de risco estavam vulneráveis a ISTs, homens e mulheres heterossexuais, especialmente aqueles com união estável e fora da faixa etária jovem, acreditavam não estarem suscetíveis ao HIV/AIDS.

As pessoas privadas de liberdade se evidenciam dentro do contexto da transmissão e da infecção pelo HIV por estarem suscetíveis a diversos agravos à saúde, decorrentes das condições de vida precárias vivenciadas no sistema prisional. A situação de vulnerabilidade e os fatores de risco dessa população favorecem a disseminação de doenças endêmicas, infectocontagiosas ou não (AILY *et al.*, 2013).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (LNIP) (BRASIL, 2020a), referente ao período de janeiro a junho de 2020, havia um total de 702.069 mil pessoas privadas de liberdade no país, incluindo regime fechado, semiaberto, aberto, provisório, tratamento ambulatorial e medida de segurança. O referido documento traz informações sobre a taxa de aprisionamento (323.04 em 2020) e o déficit de vagas (231.768 em 2020), evidenciando uma grave superlotação. Este quadro adverso dificulta a ressocialização, bem como corrobora para a

.....
⁴Epidemia diz respeito à ocorrência de um agravo que está acima da média histórica. No geral, caracteriza-se por aparecimento súbito e propagação em certo período de tempo e área geográfica, de forma a acometer um elevado número de pessoas (MOURA; ROCHA, 2012).

precarização da privação de liberdade, ocasionando agravos de saúde e de violência.

O número total de infectados pelo HIV no sistema prisional, incluindo os diferentes regimes, ainda é desconhecido, porém dados indicam uma alta taxa de prevalência do vírus (REIS; BERNARDES, 2011), o que é preocupante, especialmente por se tratar de uma população vulnerável às ISTs, estigmatizada e em situação de risco social e de saúde (BRASIL, 2020a). Embora ainda não se saiba a quantidade exata de pessoas que vivem com HIV/AIDS no sistema prisional como um todo, o LNIP traz informações referentes às patologias diagnosticadas (hepatite, HIV, outros, sífilis e tuberculose) nas unidades prisionais (25.504), das quais o HIV representava 27.79% nos homens e 44.82% nas mulheres (BRASIL, 2020a)⁵. Este dado reforça os achados de Silva *et al.*, (2010) sobre a expressividade da infecção por HIV no gênero feminino.

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), de 2007 até junho de 2020, foram identificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil (BRASIL, 2020b). Quadro ainda mais agravado quando se trata de sistema prisional, no qual a prevalência para HIV/AIDS em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino de Rio Claro/SP, por exemplo, era de 3,6%, muito superior ao 0,5% estipulado pelo MS, em 2002, para a população brasileira (BERRA; BACETTI; BUZO, 2006).

Diante da seriedade da temática, considera-se importante debater sobre HIV/AIDS no sistema prisional brasileiro para facilitar práticas e discursos fundamentados a respeito da realidade da população privada de liberdade e seus agravos de saúde, bem como refletir sobre informações

.....
⁵A fim de facilitar a assimilação da informação, indica-se a visualização do gráfico contido na página 14 do *link* a seguir: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJjoiYmE5YTlWYTUtNGY0ZC00YTU5LTgxOTltMzg2MjUwZGNkNTdlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>.

que poderão ser utilizadas para fomentar políticas públicas voltadas para a saúde do sistema prisional que busquem prevenir e tratar o HIV/AIDS.

A temática também é relevante para os (as) trabalhadores (as) da saúde que atuam no sistema prisional. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), criada pela Portaria Interministerial de nº 1/2014 (BRASIL, 2014a) e regulamentada pela Portaria do MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014b), prevê 5 modalidades de equipes de saúde (tipo I; tipo I com Saúde Mental; tipo II; tipo II com Saúde Mental; tipo III), compostas por profissionais como médico (a), farmacêutico (a), dentista, enfermeiro (a), assistente social, fisioterapeuta, psicólogo (a), terapeuta ocupacional, nutricionista e técnicos (as) de enfermagem e higiene bucal. No Espírito Santo (ES), por exemplo, o Instituto Vida e Saúde (INVISA), responsável pela gestão dos serviços de saúde no contexto prisional, realiza processos seletivos para contratação desses profissionais para atuarem nas Unidades de Saúde Prisionais/ES (Serviço de Saúde Prisional – Nível de Atenção Básica) (INVISA, 2021). Em suma, como a PNAISP prevê que a composição das equipes de saúde contemple o exercício de várias profissões, a saúde do sistema prisional se configura como um campo de atuação profissional. Por isso, acredita-se na importância de se discutir condições de saúde, como HIV/AIDS, no sistema prisional, a fim de contribuir para o aprimoramento da prática de trabalho.

Dentre as categorias profissionais, destaca-se a Psicologia, área de enfoque do presente livro. Observa-se que está prevista a atuação do (a) psicólogo em quatro modalidades de equipes de Atenção Básica Prisional: tipo I com Saúde Mental; tipo II; tipo II com Saúde Mental; tipo III (BRASIL, 2014b). Portanto, trata-se de um (a) profissional de relevância no contexto de prevenção, promoção e tratamento em saúde no âmbito prisional. Outrossim, acredita-se que o (a) psicólogo (a) possa contribuir nas ações de prevenção em saúde, como em campanhas educativas sobre sexo seguro e prevenção de IST-HIV/AIDS.

Acrescenta-se que a PNAISP tem como objetivos específicos: art. 6º: “I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade” (BRASIL, 2014a, s/p). Contudo, em setembro de 2020, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou reunião com gestores estaduais das pastas de saúde, na qual o MS sugeriu uma atualização da PNAISP com previsão de redução da composição e dos tipos de equipes de saúde, bem como aumento do número de atendidos (as) por cada uma (CFP, 2020). Nesta proposta, diversas categorias profissionais seriam retiradas das Equipes de Atenção Básica Prisionais (EABPs), como psicólogo (a), nutricionista, assistente social, farmacêutico (a), terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e médico (a) (CFP, 2020). Mediante este cenário, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se posicionou contrário a esta proposta, por compreender como inviável a retirada dos componentes e dos profissionais de atenção à saúde mental. Portanto, a discussão realizada no capítulo se faz ainda mais necessária neste momento, devido às sugestões de alterações governamentais relativas à política pública de saúde para pessoas privadas de liberdade, que, certamente, afetará a implementação e a manutenção de medidas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS.

Isso posto, apresenta-se, a seguir, tópicos relativos às questões norteadoras do texto e que permitem reflexões sobre a temática proposta: condições de saúde e acesso ao cuidado das pessoas privadas de liberdade; fatores de risco para disseminação da infecção pelo HIV/AIDS no sistema prisional; medidas para diminuir a disseminação de HIV/AIDS e melhorar a assistência à saúde no sistema prisional.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AO CUIDADO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Almeja-se debater sobre as condições de saúde e de acesso ao cuidado da população privada de liberdade. Considera-se que os dados apresentados são relevantes para conhecer as condições de saúde desta população, bem como permitir uma melhor compreensão da discussão sobre a disseminação da infecção pelo HIV/AIDS no sistema prisional.

O acesso ao cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade tem sido, há anos, relatado como um desafio que precisa ser superado. Nessa perspectiva, a pesquisa de Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004), sobre o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de detentas de uma penitenciária feminina/ES, realizada com 121 mulheres, indicou que as detentas tinham dificuldade de acessar os serviços de saúde antes da situação de restrição de liberdade. Os dados mostraram que 50% das participantes nunca tinham realizado exame ginecológico de rotina, demonstrando que o acesso e a orientação aos cuidados de saúde eram deficientes antes da privação de liberdade. Os autores indicaram que a falta de informação, a baixa escolaridade e as condições precárias de vida contribuem para tal situação (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004).

Compreende-se que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde não necessariamente é sanada após a privação de saúde. Oliveira *et al.* (2016a) realizaram estudo de caracterização do perfil de detentos da Central de Custódia de Presos de Justiça de Caxias/MA com questionários semiestruturados, sobre aspectos sociodemográficos e histórico de encarceramento, aplicados em 63 sujeitos. Na referida pesquisa, alguns participantes afirmaram que a maior parte dos remédios de uso rotineiro era levada por familiares durante a visita, o que indica uma dificuldade de acesso aos medicamentos via assistência prisional à saúde. Os autores também relataram que o desconforto nas celas superlotadas ocasiona

dores na lombar, além de dores de cabeça e estômago que podem estar relacionadas ao estresse (OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

No que diz respeito às condições de saúde, evidencia-se a problemática da insalubridade no sistema prisional (OLIVEIRA *et al.*, 2016a; REIS; BERNARDES, 2011). Oliveira *et al.* (2016a, p. 3378) alegaram que “[...] é inegável a situação precária em que as pessoas condenadas vivem no ambiente prisional. Presídios superlotados, pessoas amontoadas em celas, expostas à violência e sem o mínimo de lazer, o que agrava a saúde na carceragem”. Tendo em vista a precariedade da condição de vida no sistema prisional, em razão da superlotação e da falta de ventilação, de higiene, de recursos humanos e de materiais, as pessoas privadas de liberdade estão vulneráveis aos diversos agravos de saúde, revelando a expressividade da insalubridade neste contexto.

Destaca-se que a prisão não pode ser local de propagação de doenças, haja vista que as pessoas privadas de liberdade também precisam ter seus direitos humanos preservados (OLIVEIRA *et al.*, 2016a). Contudo, a realidade brasileira está na contramão da garantia de direitos fundamentais e, com isso, “[...] Falar em saúde do preso, direito humano, direito constitucional de todos os brasileiros soa como privilégio” (REIS; BERNARDES, 2011, p. 3337).

Nessa via, cita-se a pesquisa de Reis e Bernardes (2011), sobre estratégias desenvolvidas para prevenção de IST nas Delegacias Cíveis de Naviraí/MS, por meio de grupo focal com 126 homens e 12 mulheres que aguardavam julgamento, na qual as autoras refletem que a pena se constitui na restrição de liberdade e não na privação ao direito à saúde, que não deve ser negado em nenhuma hipótese. Apesar disso, observou-se que a assistência à população do estudo não se equivalia ao cuidado prestado à população geral, ainda que este seja ineficiente. Os (as) sujeitos (as) da pesquisa relataram dificuldade em realizar exames, discriminação ao serem atendidos (as) por profissional da saúde e a necessidade de familiares realizarem a marcação de consultas. Além disso, Reis e Bernardes (2011)

também alegaram que alguns (algumas) participantes compreendem que as condições insalubres fazem parte do cumprimento da pena. Percebe-se, assim, a naturalização da insalubridade no sistema prisional por parte das pessoas privadas de liberdade.

Nessas condições de confinamento insalubre (REIS; BERNARDES, 2011), as pessoas privadas de liberdade apresentam mais problemas de saúde se comparadas à população geral, ao passo que têm um menor acesso aos serviços de atenção à saúde. Isso evidencia a necessidade de melhoria das políticas públicas de saúde voltadas para essa população (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004).

Compreendidas as condições de saúde e acesso ao cuidado das pessoas privadas de liberdade, faz-se oportuno adentrar na questão do HIV/AIDS no sistema prisional brasileiro. Assim, apresenta-se, a seguir, debate acerca dos fatores de risco para disseminação da infecção pelo HIV/AIDS no sistema prisional.

FATORES DE RISCO PARA DISSEMINAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL

É evidente que existem fatores de risco para propagação da infecção pelo HIV/AIDS. Nessa perspectiva, com base na literatura, propõe-se discutir sobre três fatores de risco para disseminação do HIV/AIDS no sistema prisional: a) a falta de conhecimento sobre IST-HIV/AIDS (MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004; REIS; BERNARDES, 2011); b) o uso de substâncias psicoativas (MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004; STRAZZA *et al.*, 2007) e c) a atividade sexual desprotegida (REIS; BERNARDES, 2011; STRAZZA *et al.*, 2007).

Faz tempo que a falta de informação a respeito de IST-HIV/AIDS e suas formas de contaminação é compreendida como fator de risco (MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004; REIS; BERNARDES, 2011).

Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004), em seu estudo, afirmaram que 21,2% das mulheres não sabiam o que era IST ou como identificá-la. Nessa perspectiva, Reis e Bernardes (2011), em sua pesquisa, observaram ausência de orientação sobre prevenção das IST-HIV/AIDS, o que indica a necessidade de implementação de ações educativas de prevenção às IST-HIV/AIDS e melhoria da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Outro fator antigo a ser entendido como risco para infecção e disseminação do HIV/AIDS no sistema prisional é o uso de substâncias psicoativas (MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004; STRAZZA *et al.*, 2007). Strazza *et al.* (2007) pesquisaram comportamento associado à infecção pelo HIV e pelo vírus da hepatite C (HCV) em detentas de um presídio de São Paulo, por meio de exames laboratoriais e questionários fechados. A pesquisa mostrou que 64% (176) das detentas faziam uso de álcool e 69% (200) faziam uso de droga ilícita: maconha 61% (143), cocaína 47% (130), crack 43% (119), droga injetável 9% (24) – das quais 44% (11) relataram ter compartilhado agulhas e seringas com outrem.

Ainda sobre a pesquisa de Strazza *et al.* (2007), as detentas identificaram relação entre os efeitos das drogas e o comportamento sexual: mais da metade das 75 mulheres privadas de liberdade consideraram que a maconha melhorava a relação sexual e 53 relataram que a cocaína e o crack têm um resultado oposto. Os autores constataram que o uso de substância psicoativa está relacionado ao risco de infecção e indicaram a necessidade da implementação de estratégias de redução de danos⁶ na população privada de liberdade usuária de substância psicoativa. Em similitude, a pesquisa de Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004) revelou que 48.8% (59) das participantes faziam uso de álcool, 47.9% (58) de maconha e 51.2 % (62) de cocaína inalatória. Assim como Strazza *et al.* (2007), os

.....
⁶Trata-se de uma estratégia pragmática da área da saúde que tem por objetivo a redução dos danos provenientes do uso de substâncias lícitas ou ilícitas e se aplica àqueles (as) que apresentam comportamentos considerados de risco, tais como compartilhamento de seringas ou cachimbos (SANTA CATARINA, 2003).

autores indicaram o uso regular de drogas como comportamento de risco para IST-HIV/AIDS.

Nota-se que as pesquisas de Strazza *et al.* (2007) e Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004) não esclarecem se os dados supracitados se referem ao período anterior ou durante a privação de liberdade, o que limita a análise a respeito da relação entre uso de drogas e aprisionamento. Por outro lado, Dalmaso e Meyer (2017) pesquisaram a percepção de uma equipe de saúde prisional sobre a circulação e o consumo de substâncias psicoativas por parte de detentas de uma penitenciária no Rio Grande do Sul e constataram que os (as) profissionais tinham diferentes visões sobre a existência, o comércio e o consumo de drogas na instituição: alguns assumem que tais práticas ocorrem, enquanto outros as negam. Embora as autoras não discutam acerca dos fatores de risco para infecção por IST, acredita-se que o uso de substâncias psicoativas seja um fator de risco de modo geral (antes, durante ou depois do aprisionamento).

Frente a indicação da literatura (MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004; STRAZZA *et al.*, 2007) de que o uso de substâncias psicoativas é um aspecto de vulnerabilidade para infecção pelo HIV/AIDS, faz-se importante compreender o porquê. Entende-se que o uso de drogas injetáveis, devido ao compartilhamento de seringas ou cachimbos, é, claramente, um risco para infecção por IST. Porém, pode ser difícil visualizar, com tanta clareza, esta correlação com as outras drogas. Para explicar essa questão, cita-se o estudo realizado por Oliveira *et al.* (2016b), sobre comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST-HIV/AIDS de 150 usuárias de unidades de saúde, o qual revelou que a maioria das participantes viu relação entre uso de álcool e outras substâncias psicoativas e ato sexual desprotegido. Apesar da referida pesquisa ter sido realizada fora do contexto prisional, acredita-se que, dentre as pessoas privadas de liberdade, o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, também pode favorecer a prática sexual sem preservativo e, por isso, ser considerado como fator de risco.

Como já mencionado, a atividade sexual desprotegida tem sido, ao longo do tempo, um dos principais fatores de risco para infecção e

disseminação do HIV/AIDS, bem como está relacionada a outros aspectos que contribuem para essa vulnerabilidade, como a falta de conhecimento e o uso de substâncias psicoativas – ambos podem levar ao ato sexual sem preservativo. Adentrando no assunto, a pesquisa de Reis e Bernardes (2011) mostrou que o preservativo masculino é utilizado esporadicamente – geralmente no primeiro encontro –, enquanto o preservativo feminino ainda é pouco conhecido – muitos participantes nunca viram ou usaram. De acordo com Strazza *et al.* (2007), 60% (95) das detentas afirmaram não ter usado preservativo no ato sexual com homens no último ano, sendo que nenhuma relatou uso de modo regular ou com parceiras do sexo feminino. Outrossim, Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2004) relataram que 4,1% das detentas engravidaram durante o aprisionamento, 63% das disseram nunca ter usado método contraceptivo e somente três, dentre as 121 participantes, relataram o uso do preservativo para esta finalidade. Os dados das pesquisas (REIS; BERNARDES, 2011; STRAZZA *et al.*, 2007; MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004) indicam a naturalização da não utilização do preservativo, o que pode estar relacionado à falta de ciência a respeito de reprodução humana, sexo seguro e transmissão de IST/AIDS.

Na pesquisa de Reis e Bernardes (2011, p. 3335), tanto os homens quanto as mulheres apontaram a presença de parceiro (a) fixo (a) como justificativa para não utilização de preservativo: “[...] *Mas, com a minha mulher eu nunca usei não, não me sentia à vontade não. Só se for o primeiro encontro [...]*”; “[...] *eu não usei não, confio nele*”. Para as autoras, as mulheres não acreditam na possibilidade de infecção pelo HIV/AIDS por não se considerarem promíscuas, confiarem em seus (suas) parceiros (as) e terem relações sexuais mediante vínculo afetivo. Nota-se, assim, que tanto a falta de conhecimento quanto a sensação de segurança pela presença de parceria sexual fixa são aspectos que contribuem para a resistência ao uso de preservativo. Ademais, é importante salientar que a atividade sexual desprotegida dentro das unidades prisionais via visita íntima ou relações

homossexuais entre as pessoas privadas de liberdade pode ser um fator de disseminação de IST/AIDS.

Também se aponta que o machismo favorece a resistência ao uso do preservativo. Galvão *et al.* (2002) realizaram estudo descritivo com 14 pacientes, 7 homens e 7 mulheres, do Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP) em Botucatu, e relataram que um dos motivos atribuídos à recusa uso do preservativo pelos homens foi a crença de que era algo oposto à masculinidade: “*preservativo não é coisa de macho*” (p. 27). Os autores também indicaram outros fatores utilizados pelos (as) participantes como justificativa para o não uso do preservativo: incômodo causado do uso; descrédito quanto ao risco de se contaminar; diminuição do prazer e resistência do parceiro. Embora a referida pesquisa não seja recente e tampouco tenha sido realizada com pessoas privadas de liberdade, entende-se que o machismo ainda é imperativo na sociedade, estando igualmente presente no contexto prisional. Por isso, acredita-se que o machismo pode contribuir para a dispensa ao uso do preservativo e, conseqüentemente, trata-se de fator de risco para disseminação da infecção de IST-HIV/AIDS no sistema prisional.

Além da atividade sexual desprotegida e do pouco conhecimento da possibilidade de contaminação, Reis e Bernardes (2011) indicaram que a falta de distribuição de preservativos, a discriminação e a ausência de atendimento adequado são grandes entraves para a prevenção e o tratamento do HIV/AIDS nas unidades prisionais.

Os referidos fatores de risco (uso de substâncias psicoativas, falta de conhecimento sobre IST-HIV/AIDS e atividade sexual desprotegida) favorecem a disseminação da infecção pelo HIV/AIDS, assim como possibilitam o aumento da prevalência e da vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade em relação a tal agravo de saúde. A partir disso, faz-se necessário pensar alternativas possíveis para buscar controlar a propagação do HIV/AIDS e prestar cuidado à saúde da população privada de liberdade.

MEDIDAS PARA DIMINUIR A DISSEMINAÇÃO DE HIV/AIDS E MELHORAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Conforme já elencado, é notório que as pessoas privadas de liberdade apresentem uma alta prevalência e vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS (REIS; BERNARDES, 2011). Diante desse cenário, a partir da literatura, podem ser indicadas três direções possíveis para melhorar o quadro de HIV/AIDS na população privada de liberdade: a) promoção de campanhas educativas em saúde sobre prática do sexo seguro e prevenção de IST-HIV/AIDS (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999; GABE; LARA, 2008; LOPES *et al.*, 2001); b) aumento de recurso material e humano (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999; AILY *et al.*, 2013; CFP, 2009) e c) implementação de testes como rotina (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999; AILY *et al.*, 2013; GABE; LARA, 2008; LOPES *et al.*, 2001; MOURA, 2017).

Faz anos que a promoção de campanhas ou ações educativas em saúde acerca da prevenção às IST-HIV/AIDS é uma medida necessária para a atenção em saúde às pessoas privadas de liberdade (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999; GABE; LARA, 2008; LOPES *et al.*, 2001). Lopes *et al.* (2001) estudaram a prevalência de infecção por sífilis, papilomavírus humano (HPV) e HIV em detentas da Penitenciária Feminina da Capital/SP, por meio de exames laboratoriais e oficinas de prevenção às IST-HIV/AIDS e constataram que, mediante a alta prevalência de IST-HIV/AIDS, faz-se imprescindível a avaliação médica individual, o diagnóstico precoce e a realização de campanhas educativas de prevenção.

Gabe e Lara (2008) pesquisaram a prevalência do HCV, do HIV e da coinfeção HCV/HIV em detentas de um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de estudo retrospectivo com amostras de exames laboratoriais e concluíram que a população do estudo é vulnerável

a essas infecções. Em razão disso, os autores apontaram a necessidade de campanhas de prevenção para conscientização sobre comportamentos de risco e controle destes quadros de saúde.

Abade, Lofredo e Telarolli Junior (1999) estudaram o perfil epidemiológico de detentos que viviam com HIV/AIDS na Cadeia Pública de Ribeirão Preto/SP, por meio de levantamento de prontuários, exames clínicos e sorologia para detecção do HIV, além de realizarem palestras de prevenção à AIDS, com fornecimento de preservativos. Ao final do estudo, os autores verificaram que a promoção de campanhas educativas em saúde são fundamentais para a redução da disseminação do HIV/AIDS no sistema prisional. Isso demonstra que, embora há décadas a literatura aponte a necessidade de implementação das ações educativas em saúde para a população privada de liberdade, esta demanda permanece atual. Como pode ser verificado na pesquisa de revisão integrativa de Silva e Almeida (2021), que defendem a necessidade de incorporação de intervenções de natureza educativa à rotina prisional, uma vez que a desinformação acerca de práticas seguras é tida como um fator de risco.

Dessa forma, aposta-se que a realização de ações educativas em saúde, em uma perspectiva horizontalizada, com trocas de informações sobre prática do sexo seguro e prevenção de IST/AIDS é uma medida de cuidado muito importante para conscientização das pessoas privadas de liberdade, que pode contribuir para redução do comportamento de risco e aumento do uso do preservativo. Além disso, tendo em vista que a ausência ou a precariedade do conhecimento sobre sexo seguro, IST-HIV/AIDS e suas formas de contaminação favorece a não predição ao uso do preservativo, constituindo-se como um fator de risco para a infecção e disseminação do HIV/AIDS, compreende-se que a implementação de campanhas educativas no sistema prisional se mostra ainda mais relevante.

O aumento dos recursos humanos e materiais é, também há anos, um aspecto de relevância para a melhoria da assistência em saúde para a população privada de liberdade (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI

JUNIOR, 1999; AILY *et al.*, 2013). Como exemplo de recurso material a ser melhorado, Abade, Lofredo e Telarolli Junior (1999) relataram que, para a Cadeia Pública de Ribeirão Preto/SP, era necessário a construção de uma enfermaria para internações diurnas. Já em relação aos recursos humanos, foi indicado que a unidade prisional contava com número reduzido de servidores, ao passo que a população carcerária era superior a 400 pessoas. De igual modo, Aily *et al.* (2013) afirmam que o controle da tuberculose (TB), do HIV e da coinfeção TB/HIV seria melhor realizado mediante investimentos nos recursos humanos e na atualização da infraestrutura.

Ainda em relação aos recursos humanos e materiais, aponta-se que o CFP (2009) realizou pesquisa acerca da atuação da (a) psicólogo (a) no sistema prisional, na qual os (as) profissionais indicaram ausência de recursos financeiros para desenvolvimento de projetos e falta de materiais técnicos, como testes psicológicos. Igualmente foi relatada dificuldade em relação aos recursos humanos, em razão do pequeno número de profissionais diante do número de pessoas privadas de liberdade. A partir dos relatos dos (as) participantes da pesquisa, observa-se que a precariedade do número de trabalhadores e insumos é um fator de prejuízo ao exercício da profissão dentro do sistema prisional. Compreende-se que o (a) psicólogo (a) exerce papel na garantia ao direito à saúde, podendo contribuir para a melhoria das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018). Em vista disso, é preocupante que as condições de trabalho, como recursos materiais e humanos, sejam um fator de adversidade para o desempenho profissional.

Nessa via, considera-se que o aumento de recurso humano e material é necessário, haja vista que muitas unidades prisionais possuem problemas de infraestrutura e trabalham com equipe reduzida ou incompleta, o que dificulta a promoção de saúde dentro do sistema prisional. Tal fato se torna mais crítico diante da proposta do MS de atualização da PNAISP, que prevê redução das equipes de saúde e aumento do número de pessoas atendidas por cada uma (CFP, 2020). Pondera-se que, diante do número de

pessoas privadas de liberdade e dos agravos de saúde que elas apresentam, a atual composição dos serviços de saúde no sistema prisional poderia ser ampliada para torná-la mais eficiente. Assim, caso seja aprovada a proposta do MS de modificação da PNAISP, acredita-se que a assistência à saúde a essa população será seriamente prejudicada, o que, possivelmente, agravará o quadro de HIV/AIDS no sistema prisional e dificultará a implantação de medidas profiláticas.

Ademais, há tempos a implementação de testes como rotina é um fator de suma importância para diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS no sistema prisional (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999; AILY *et al.*, 2013; GABE; LARA, 2008; LOPES *et al.*, 2001). Abade, Lofredo e Telarolli Junior (1999) realizaram, por oito meses, testagem sorológica das pessoas privadas de liberdade na própria unidade prisional, porém enfrentaram problemas com o laboratório de referência para AIDS da região e a Vigilância Epidemiológica Municipal, que passaram a exigir que, em caso de suspeita de infecção, o detento deveria ser encaminhado ao setor de doenças infecciosas do ambulatório municipal. O impedimento da testagem sorológica dentro da unidade prisional impediu a continuidade da investigação da contaminação por HIV, bem como se configurou como um “um grande prejuízo para o diagnóstico da presença do HIV na população carcerária, já que a partir de então seriam necessários um motorista e dois investigadores atuando na escolta do preso, apenas para sua condução ao ambulatório municipal” (ABADE; LOFREDO; TELAROLLI JUNIOR, 1999, p. 292).

Aily *et al.* (2013) pesquisaram a soroprevalência de HIV, a prevalência de TB e a coinfeção TB/HIV nos detentos do Sistema Prisional de Itirapina/SP, por meio de estudo retrospectivo de resultados de exames laboratoriais e, assim como Abade, Lofredo e Telarolli Junior (1999), alertaram sobre a importância da realização rotineira de testes sorológicos para todos os detentos, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce e o início do tratamento dessas infecções. De igual modo, Gabe

e Lara (2008) constataram que a implementação de testes diagnósticos rotineiros, ao início da detenção, possibilita o diagnóstico e o tratamento precoce do HCV e do HIV.

Apesar de há bastante tempo a literatura indicar a relevância da implementação de testagem como rotina, chama a atenção o fato dessa demanda ainda ser atual. Nesse sentido, Moura (2017), em sua pesquisa sobre prevalência da infecção pelo HIV em 455 adultos recém-detidos no Distrito Federal, aponta que “a oferta sistemática de rastreamento consentido da infecção por HIV pode significar um passo na efetivação do direito à saúde de uma população vulnerável com acesso precário ao sistema de saúde” (p. 18). Nota-se que o autor, diferente dos outros, defende a utilização de teste rápido via fluido oral devido à possibilidade de resultado imediato e apresentar uma melhor logística quando comparado à testagem sorológica.

Portanto, avalia-se que a implementação de testagem para HIV, sorológica ou por fluido oral, como rotina dentro da unidade prisional é um meio eficaz de promover o diagnóstico e o tratamento precoce, de forma a contribuir para que as pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/AIDS possam ter um melhor prognóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme abordado no presente texto, as pessoas em situação de privação de liberdade, no Brasil, vivem em condições inadequadas para uma vida saudável (OLIVEIRA *et al.*, 2016a). Neste contexto de insalubridade prisional, é notório que o HIV/AIDS é um sério agravamento de saúde, mostrando-se um assunto de fundamental importância para estudo, discussão e implementação de políticas públicas.

Além disso, trata-se de temática relevante para o exercício do trabalho de profissionais de saúde, como os (as) psicólogos (as), que realizam o cuidado em saúde para com as pessoas privadas de liberdade.

Compreende-se que as condições de saúde desta população em conjunto com as adversidades encontradas no sistema prisional facilitam processos de adoecimento, incluindo agravos em saúde mental. Nessa perspectiva, destaca-se a importância da atuação do (a) psicólogo (a) como componente da equipe de saúde prisional, assim como se reforça a preocupação em relação à proposta do MS de alteração da PNAISP que prevê redução das equipes de saúde (CFP, 2020).

Outrossim, espera-se ter elucidado acerca das condições de saúde e de acesso ao cuidado, dos fatores de risco para infecção pelo HIV/AIDS e das medidas de controle da disseminação e de melhoria de assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade. Conclui-se que a atual condição do sistema prisional – superlotação, insalubridade, falta de recurso humano e material, não implementação de campanhas educativas e testagem como rotina etc. – contribui para que a população em restrição de liberdade esteja vulnerável aos agravos de saúde, como a infecção pelo HIV/AIDS.

Reitera-se a defesa pela promoção de campanhas educativas, pelo aumento do recurso humano e material e pela implementação de testagem como rotina por compreendê-las como medidas essenciais para prevenção e controle da infecção e da disseminação do HIV/AIDS e para melhoria da assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade.

REFERÊNCIAS

ABADE, E. C.; LOFFREDO, L. C. M. TELAROLLI JUNIOR, R. Perfil Epidemiológico da AIDS numa população carcerária em Ribeirão Preto – SP, 1996. **Rev. Odontol. UNESP**, 1999; 28 (2): 285-99. Disponível em <<https://www.revodontolunesp.com.br/article/5880178f7f8c9d0a098b47c3/pdf/rou-28-2-285.pdf>>. Acesso em 23 de março de 2021.

AILEY, D. C. G.; BERRA, J. A. P.; BRANDÃO, A. P.; CHIMARA, R. Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de

Itirapina, São Paulo, Brasil. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, 2013; 72 (4):288-94. Disponível em <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2013/ses-30131/ses-30131-5477.pdf>>. Acesso em 19 de março de 2021.

BERRA, J. A. P.; BACETTI, L. B.; BUZO, A. A. Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino, Rio Claro, São Paulo. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, 2006; 65 (2): 133-36. Disponível em <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/rial/v65n2/v65n2a12.pdf>>. Acesso em 19 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014a**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em 18 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014b**. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em 18 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Período de janeiro a junho de 2020**. Brasília: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, 2020a. Disponível em <<https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen>>. Acesso em 19 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em <<http://www.aids>>.

gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>. Acesso em 19 de março de 2021.

COMO é a prevenção das IST. **Site do Ministério da Saúde: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/como-e-prevencao-das-ist#:~:text=O%20uso%20da%20camisinha%20\(masculina,tamb%C3%A9m%20para%20evitar%20a%20gravidez.](http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/como-e-prevencao-das-ist#:~:text=O%20uso%20da%20camisinha%20(masculina,tamb%C3%A9m%20para%20evitar%20a%20gravidez.)>. Acesso em 02 de abril de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **A prática profissional dos (as) psicólogos (as) no Sistema Prisional**. Brasília: CFP, 2009. Disponível em <<http://crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/a-pratica-profissional-dos-as-psicologos-as-no-sistema-prisional.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Nota De Posicionamento Do Conselho Federal De Psicologia Sobre Extinção Da Psicologia E Outras Áreas Da Saúde Mental Previstas Na Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Das Pessoas Privadas De Liberdade No Sistema Prisional - PNAISP**. Publicado em 13 de novembro de 2020. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/clique-aqui.pdf>>. Acesso em 18 de março de 2021.

DALMASO, T. F.; MEYER, D. E. E. Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 41 (115): 1156-1167, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1156.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2021.

GABE, C. L.; LARA, G. M. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Brasil. Anal. Clin.**, 2008; 40 (2): 87-89. Disponível em <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/08/RBAC_Vol40_n2-completa.pdf>. Acesso em 23 de março de 2021.

GALVÃO, M. T. G.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; SOUZA, L. R. Razões do Não Uso do Preservativo Masculino entre Pacientes com Infecção ou Não pelo HIV. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 14 (1): 25-30, 2002. Disponível em <<http://www.dst.uff.br/revista14-1-2002/9%20-%20Razoes%20do%20nao%20uso%20do%20preservativo.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2021.

GURGEL, S. N.; LEBENOW, J. A. M.; MOREIRA, M. A. S. P.; FERREIRA, O. G. L.; PINHO, T. A. M.; NOGUEIRA, J. A. Vulnerabilidade do Idoso ao HIV: Revisão Integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, 2014; 8 (supl. 1): 2487-93.

INFECÇÕES Sexualmente Transmissíveis. **Site do Ministério da Saúde: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>>. Acesso em 02 de abril de 2021.

INSTITUTO VIDA E SAÚDE (INVISIA). **Editais de processos seletivos**. Disponível em <<https://www.invisa.org.br/seletivos.php>>. Acesso em 18 de março de 2021.

LOPES, F.; LATORRE, M. R. D. O; PIGNATARIA; A. C. C.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 197-1998. **Cad. Saúde Pública**, 2001; 17 (6): 1473-80. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600018&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 19 de março de 2021.

MIRANDA, A. E.; MERÇON-DE-VARGAS, P. R.; VIANA, M. C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2004; 38 (2): 255-60. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200015>. Acesso em 19 de março de 2021.

MOURA, R. J. **Prevalência de infecção por HIV em homens adultos recém-detidos no Distrito Federal no ano de 2016**. (Dissertação

de Mestrado em Medicina Tropical). Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade de Brasília, 2017. Disponível em <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23613/1/2017_RafaelJardimdeMoura.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2021.

MOURA, A. S.; ROCHA, R. L. **Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2021.

NASCIMENTO, L. G.; BANDEIRA, M. M. B. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, (2): 102-116, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38nspe2/1982-3703-pcp-38-spe2-0102.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2021.

OLIVEIRA, E. C. S. S.; MARINELLI, N. P.; SANTOS, F. J. L.; GOMES, R. N. S.; GALINDO NETO, N. M. Perfil epidemiológico dos presos de uma Central de Custódia de Presos de Justiça. **Rev. Enferm. UFPE**, 2016a; 10 (9): 3377-83. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11419>>. Acesso em 19 de março de 2021.

OLIVERA, T. M. F.; ANDRADE, S. S. C.; MATOS, S. D. O.; OLIVEIRA, S. H. S. Comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST E AIDS entre mulheres. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10 (1): 137-42, 2016b. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10931/12224>>. Acesso em 11 de maio de 2021.

POTRICH, T.; PAULA, C. C.; PADOIN; S. M. M.; SILVA, C. B. Cuidado Familiar na Adesão à Terapia Antirretroviral em Crianças com HIV/AIDS. **Cogitare Enfermagem**, 2013; 18 (2): 379-86. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32589>>. Acesso em 19 de março de 2021.

REIS, C. B.; BERNARDES, R. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência Saúde Coletiva**, 2011; 16 (7): 3331-38. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2021.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Saúde, Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos**. Florianópolis: SES, 2003. Disponível em <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3165-manual-da-reducao/file>>. Acesso em 10 de maio de 2021.

SILVA, U. M. C.; ALMEIDA, H. O. C. Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Mulheres do Sistema Prisional: a atuação do enfermeiro. **Ciências Biológicas e da Saúde UNIT**, Aracaju, 6, (3): 71-84, 2021. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/9588/4456>>. Acesso em 11 de maio de 2021.

SILVA, S. F. R.; PEREIRA, M. R. P.; NETO, R. M.; PONTE, M. F.; RIBEIRO, I. F.; COSTA, P. F. T. F.; SILVA, S. L. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, 2010, 42 (3): 209-212. Disponível em <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/08/RBAC_Vol42_n3-Completa.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2021.

STRAZZA, L.; MASSAD, E.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23 (1): 197-205. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 19 de março de 2021.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGIA E O TRABALHADOR POLICIAL MILITAR DE MISSÕES ESPECIAIS:

Uma experiência transversal aos direitos humanos

Janice do Carmo Demuner Magalhães⁷

Ednéia Vieira Serrano⁸

Thiago Drumond Moraes⁹

Enquanto a gente tiver vida, os sonhos não podem cessar... Nunca!
(MAGALHÃES, 2015)

INTRODUÇÃO

A frase acima abre a dissertação de mestrado “Entre Amarras e Possíveis: atividade de trabalho e modos de viver dos policiais militares capixabas em análise” (MAGALHÃES, 2015) e foi dita por um sargento

.....
⁷Graduação em Psicologia – UFES; Mestrado em Psicologia Institucional – UFES; Doutoranda em Psicologia – UFES; bolsista da CAPES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3996-6473>

⁸Graduação em Educação Física – UFES; Graduação em Curso de Formação de Oficiais – PMES; Mestrado em Psicologia Institucional – UFES; Doutorando em Psicologia – UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7755-4691>

⁹ Graduação em Psicologia – UFES; Mestrado em Psicologia – UFF; Doutorado em Psicologia Social – UERJ; Pós-doutorado em Ergologia – Aix-Provence Université. Professor do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6250-3533>

da Polícia Militar do Espírito Santo (PMES) durante a realização de uma etapa de entrevista da pesquisa mencionada. Aqui também é uma afirmativa aplicável: uma porque as linhas que se seguem tratam de uma experiência conduzida logo após a finalização da dissertação, então, é atravessada pelas vivências acumuladas durante este processo; e, outra, porque a fala do sargento invoca reflexões frente às tantas possibilidades que a vida traz. É no ato político de viver, de se encontrar com o outro – no sentido mais amplo e de alteridade que o termo “outro” pode assumir – que este capítulo visa a discutir os atravessamentos do trabalho às práxis em direitos humanos.

Desta maneira, é apresentada uma intervenção, voluntária, ocorrida com policiais militares (pm¹⁰) do Batalhão de Missões Especiais (BME)¹¹, conduzida pela profissional de Psicologia que é a primeira autora deste capítulo. Vale mencionar que a primeira e o terceiro autores são pesquisadores psicólogos e a segunda autora é uma pesquisadora policial. Tal aproximação de saberes entre Psicologia e universo policial reflete os mecanismos que propiciaram a intervenção aqui descrita: foi no exercício de pensamento em conjunto, na busca de uma perspectiva horizontal dos conhecimentos, que se mostrou possível acessar as subjetividades dos trabalhadores policiais militares.

Muitos são os estudos que destacam as dificuldades de aproximação do campo da Psicologia ao da Segurança Pública (AMADOR et al., 2002; MIRANDA, 2016; SERRANO, 2019; SPODE, 2004). O fechamento das corporações às iniciativas de cunho psi – como, por exemplo, estágios na área, pesquisas que versem sobre a saúde mental -, o desconhecimento dos

¹⁰Optamos por utilizar, neste texto, a sigla ‘pm’ em minúscula para referirmo-nos ao trabalhador ‘policial militar’, e a sigla ‘PMES’ em maiúscula para referenciar à corporação ‘Polícia Militar do Espírito Santo’ e, ainda, ‘PM’ para se referir à organização Polícia Militar.

¹¹Até fevereiro de 2017 o Batalhão de Missões Especiais (BME) era uma tropa especial da PMES, composto por subunidades especializadas de choque, uma companhia de operações especiais (COE) e uma companhia de operações com cães (COC). O Batalhão de Missões Especiais da PMES tratava-se de uma Unidade Operacional Especializada que surgiu da necessidade de conferir uma resposta técnica e especializada para a resolução de conflitos não rotineiros (SERRANO, 2019).

próprios trabalhadores acerca das contribuições da Psicologia ao trabalho policial militar e, ainda, o aparente desinteresse dos pesquisadores nesta matéria parecem confluir para o distanciamento destas temáticas no contexto brasileiro. Intentamos aqui subverter essa lógica, realizando encontros no ambiente militar para compartilhar discussões em saúde mental, saúde do trabalhador, além de trocas de experiências sobre as agruras e os prazeres advindos das relações de trabalho de policiais de uma tropa especializada.

Os encontros são aqui considerados como reuniões coletivas entre um grupo de policiais do BME e a psicóloga. Desta maneira – como veremos adiante –, cinco reuniões de grupo, ou seja, cinco encontros, compunham um ciclo¹². Logo, a aposta de construção foi parametrizada a partir de algumas perguntas, tais como: o que esses trabalhadores compreendiam por saúde mental? Seria importante para a tropa de “excelência” da PMES ter espaços de discussão que se configurassem em espaços de promoção de saúde? Havia espaços de discussão entre pares naquela unidade? Como era pensada a saúde do trabalhador por aquele grupo?

Vale relembrar que o ciclo foi parte de uma intervenção voluntária, fruto da curiosidade da psicóloga em conhecer mais da Polícia Militar, campo que já se abrira para ser discutido a partir de sua dissertação (MAGALHÃES, 2015). As incertezas eram várias: seria possível vivenciar um Batalhão de Missões Especiais como profissional da Saúde? Havia profissional de saúde mental, de Psicologia, amparando os policiais militares que diuturnamente estavam presentes em complexas ocorrências do Espírito Santo? E por que discutir a atividade de trabalho poderia ser um índice de transformação das vivências deletérias advindas do trabalho?

.....
¹²Nesse texto a palavra “ciclo” quando grafada de forma maiúscula foi utilizada para indicar a especificidade do plano psicológico realizado no BME.

À medida que o trabalho transcorria¹³ novas perguntas surgiam, ao mesmo tempo que esta parceria – Psicologia e Polícia – foi se tornando mais factível, admissível e (por que não?) necessária. A observação do conceito de “condição de pm” (MAGALHÃES, 2015) ganhou novas nuances ao se adentrar os portões de uma unidade especializada. Foi fundamental reconfigurar as próprias certezas que se tinha, tanto da psicóloga sobre policiais, quanto dos policiais sobre a Psicologia.

Os encontros dialógicos com os trabalhadores demonstraram, assim, serem potentes estratégias para produção de deslocamentos das certezas que, por vezes, persistem de forma tão pesada que requerem dos atores envolvidos um esforço a despendar para desenterrar os olhares sobre uma realidade, aparentemente, já dada. Foi nessa possibilidade de trocar experiências, na escuta acurada sobre os desafios enfrentados no dia a dia do ofício, nos impasses verbalizados entre os trabalhadores, na produção do saber envolvido em sua labuta, que entendemos ser possível a produção de saúde do trabalhador, que está ancorada nas singularidades e necessidades que atravessam esses indivíduos e que toma vazão quando os interesses comuns são compartilhados por esses sujeitos em seus espaços de trabalho.

Esse momento também se concretizou como uma aposta na garantia dos direitos humanos dos trabalhadores. Entendemos tais direitos materializados pelo envolvimento dos diferentes grupos sociais na composição de um projeto de sociedade que seja inclusiva, sustentável,

.....
¹³Vale mencionar que os ciclos ocorreram no ano de 2016, em um momento anterior à “Crise da Segurança Pública de 2017”, que culminou com a extinção do BME dos quadros da PMES. Serrano e Magalhães (2017, p.125) explicam que “em fevereiro de 2017 o Espírito Santo foi palco de um movimento que perdurou 22 dias denominado pelos principais veículos midiáticos capixabas como ‘manifestação dos familiares e amigos dos policiais militares’ [...]”. De um lado, a escassez do policiamento nas ruas produziu indignação em parte da população. De outro, modificações eram determinadas na Corporação em decorrência do movimento, tais como, alteração na lei de promoções dos oficiais, transferência de militares para outras unidades, fechamento de batalhões. Todos esses fatores incidiam, sobremaneira, no trabalhador policial militar que, por derradeiro, foi convocado a reconfigurar seus modos de vida.

plural e de subjetividades que se forjem na solidariedade (CANDAU, 2007 apud BOCK; GIANFALDONI, 2010). E por que não pensar no envolvimento de pessoas no trabalho como parte desse processo social? Reconhecemos na efetivação dos serviços prestados por homens e mulheres um caminho aberto para as transformações da sociedade, as quais são avivadas pelos diálogos entre pares, pela liberdade de pensar e refletir sobre os aspectos culturais e organizacionais implicados nessa relação do sujeito com o meio de trabalho. Como dirá Dejours (2012), “no trabalho, pode-se aprender o melhor, o respeito à dignidade do outro, a cautela, a entreaajuda, a solidariedade, a implicação nos espaços de deliberação e a aprendizagem dos princípios mesmo da democracia” (p. 209). Mas o mesmo autor adverte: ali no trabalho, “pode-se aprender o pior, a instrumentalização do outro, a duplicidade, a deslealdade, o cada-um-por-si, a covardia, o mutismo” (p. 209). Em outras palavras, o trabalho vivo é um palco possível da democracia, requerendo-nos conceber a organização do trabalho de modo sempre político e como palco possível de emancipação social, “de maneira que ela ofereça aos homens e às mulheres que trabalham os caminhos que assegurem a articulação entre o trabalho ordinário e o desenvolvimento da civilidade, o viver junto e das obras da cultura” (p. 212). No caso do trabalhador policial militar, e nos amplos efeitos sociais dessa atividade profissional, essa concepção é mais que necessária: é um dever político e ético.

Neste cenário, é oportuno mencionar que ainda parece incipiente a produção acadêmica brasileira que congregue esses parâmetros dos direitos humanos ao mundo do trabalho. Mesmo em referências de autores que se propõem a uma leitura mais hermenêutica sobre os direitos humanos (ALMEIDA; REIS, 2018; FERRERO, 2012; MOLINARO, 2017), a temática é pouco explorada e passa despercebida quando a situamos em compasso com a saúde mental e com os direitos dos trabalhadores. Vale citar que nas discussões que propomos não pretendemos adentrar questões afetas às medidas protetivas encontradas nas leis trabalhistas, embora estas façam parte do que se entende pelo conceito ampliado de

direitos humanos. Tampouco desconsideramos que há divergências frente à compreensão e aplicação dos direitos universais da pessoa humana pelas forças de Segurança brasileiras quase que de maneira secular, culturalmente dispondo como forças divergentes à garantia da segurança e à garantia dos direitos humanos.

Nosso enfoque se faz por outro prisma, ou seja, refletir sobre os direitos humanos, sobretudo, o direito à vida e ao cuidado ampliado com a saúde do trabalhador, enquanto processos que precisam ser incorporados às organizações que dizem – ou que pretendem – incluir os sujeitos que trabalham como corresponsáveis em suas gestões. Aliás, que tais direitos sejam desdobrados em medidas efetivas, em ações, em projetos, em processo contínuo de trabalho que avivem os sujeitos que labutam cotidianamente em prol de uma sociedade dita mais segura, mais vivível, mais afirmativa de práticas solidárias.

Poder-se-ia sugerir que o distanciamento das questões do trabalho em relação aos direitos humanos não seja apenas casual. De fato, é possível que a produção das concepções dos direitos humanos, na esteira dos ideais da revolução burguesa francesa, tenha como propósito, em parte, controlar a potência revolucionária de forças instituintes, fortemente relacionadas aos movimentos de trabalhadores, sobretudo face à captura desses movimentos em torno da constituição dos primeiros estados socialistas (NEGRI, 2002). Nessa linha de raciocínio, os direitos humanos seriam, em parte, contrários aos movimentos de classe, até porque não um direito de pessoas de todas as “classes”, mas sim de todos os “humanos” e, portanto, dever-se-ia ser alçada como objetivo muito mais que os direitos dos trabalhadores. Nesse sentido, a centralidade do trabalho – eixo central dos movimentos revolucionários de trabalhadores – deixaria lugar para a centralidade do homem. Soma-se a isso uma possível crítica sobre os “direitos humanos” se se entender a concepção do “humano” sem sua materialidade história, concreta, antropológica. Nesse sentido, o que define o “humano” ser a concepção eurocêntrica do humano, no lugar de

outras concepções histórica e politicamente periféricas do que se entende por homem. Essas considerações sobre essas relações entre direito(s) no/ do trabalho/trabalhador e direitos humanos não devem ser totalmente ignoradas. Porém, nesse momento, não será objeto de nossa análise, já que aqui pretendemos tão somente lançar a hipótese que sem direitos no trabalho, não há direitos humanos.

Assim, escolhemos esse estudo para mostrar que é possível criar ações em direitos humanos no mundo do trabalho, mesmo em espaços cujas estruturas sejam fortemente hierarquizadas e, de igual modo, em locais que tenham suas relações trabalhistas endurecidas pelo rigor prescritivo, pelas diferentes ordens de Justiça. Acreditamos que o caminho aberto, por mínimo que seja, é uma manifestação de que é possível produzir vida no trabalho e, por que não dizer, em saúde no trabalho.

POSTURA CARTOGRÁFICA FRENTE AO MUNDO DO TRABALHO: UM PONTO DE VISTA POSSÍVEL PARA OS ENCONTROS COM O TRABALHADOR

Sobre os encontros, os quais formaram os ciclos de discussões, é verdade que muito das experiências vividas naquele contexto não estão aqui contidas, pois não seria possível descrever – talvez de forma tão cartesiana – as mil nuances que compareceram e que comparecem no viver enquanto encontro com o outro. Fomos provocados pelo uso da palavra “encontro” para marcar cada dia junto com os trabalhadores policiais no contexto desses ciclos. De igual maneira, utilizamos o termo encontro, com base no método utilizado na Psicologia, método cartográfico, e extraímos desse conceito compassos para ações no trabalho que envolvam fazer junto, em parceria, em sintonia, consoante perspectivas apontadas por Passos, Kastrup e Tedesco (2016).

Nesse passo, o olhar a partir do método cartográfico e o modo dialético de se pensar/analisar a atividade dos trabalhadores em seus

espaços laborais, conforme proposto pelas Clínicas do Trabalho, de linhagem francesa (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011), sobretudo, visibilizando que nas relações estabelecidas com os sujeitos que trabalham há uma série de produções, objetivas e subjetivas, foram articulados como meio de análise em prol de operar vida no trabalho. Dessas elaborações, apontamos a constituição de saberes produzidos pelos trabalhadores em seu cotidiano como um meio que também pode produzir saúde e/ou adoecimento (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

Ao apontar os atravessamentos subjetivos nessa relação trabalhador/trabalho, enfatizamos algumas contribuições científicas da Psicologia que entendem o trabalho ocupando um lugar central na vida dos sujeitos (DEJOURS, 2017). Por isso, não deixamos de considerar que nessa dinâmica do labor, as afetações psíquicas vivenciadas pelos trabalhadores, necessariamente, também podem causar sofrimento. Por outro lado, anuímos igualmente que há espaço com vistas à produção de saúde desses trabalhadores, inclusive saúde mental e saúde do trabalhador, quando se cuida dos sujeitos dessa organização.

Nessa discussão sobre trabalhador, organização, saúde e adoecimento, tocamos em alguns pressupostos teóricos da Ergonomia da Atividade (FALZON, 2007) que influenciam as Clínicas do Trabalho. De modo resumido, é útil considerar, sob a visão da Ergonomia, que no trabalho encontramos descrições de tarefas que são determinadas por uma série de protocolos como uma forma de direcionar os indivíduos para quais objetivos cumprir, bem como, do modo como se deve desempenhá-los, das condições necessárias para realizá-los, enfim, tentativas de antecipar situações que serão encontradas na atividade. Esses padrões são apontados como condições prescritas do trabalho. Contudo, é no real, isto é, na efetivação da atividade que os trabalhadores trarão consigo e com os outros, algumas das contribuições apreendidas e compartilhadas no seu dia a dia do trabalho. Não se desconsideram as prescrições, porém, entende-se que estas serão sempre diferenciadas das condições reais e possíveis

para a realização da atividade. Logo, o sujeito depreenderá alguns esforços para dar conta de seu fazer, construindo outros tantos saberes e indo além do cumprimento dos conhecimentos prescritos. Isto implica dizer, à luz da perspectiva ergonomista, que não encontraremos em nenhuma tarefa prescrita todas as antecipações capazes de expressar o que ocorre na atividade (FALZON, 2007; GUÉRIN et al., 2001).

Já apontamos a saúde como uma das produções no e do trabalho. Acrescenta-se que utilizamos o conceito saúde apresentado por Canguilhem (2015), que nos auxilia a pensar esta saúde como ato normativo do sujeito, isto é, a saúde vista como capacidade de o indivíduo se defrontar com os recorrentes imprevistos e, diante deles, criar alternativas que o permita continuar a viver sem estar paralisado frente a essa realidade imprevisível. Um adendo: as experiências compartilhadas no cotidiano de trabalho são fontes para ampliar capacidades humanas (CLOT, 2007).

Nesse sentido, situamos esse compartilhamento a partir de um espaço de trocas entre os trabalhadores de modo que eles elaborem um “estatuto” próprio de sua atividade e, frente aos casos fortuitos, que esses sujeitos possam sacar os saberes que foram construídos (e partilhados) para dar conta do real. Considerando que na atividade há sempre essa dimensão do imprevisto, então, a possibilidade de acessar esses saberes, ou outras formas para lidar com o meio, é uma capacidade normativa ampliada com vistas à promoção de saúde. Canguilhem (2015) dirá que nesse meio o sujeito “cria”, assim, “normatizando” possibilidades para permanecer nesse contexto. Nesse jogo, as invenções dessas inúmeras engenhosidades acabam mobilizando-os, no sentido de provocar e transformar ações, gestos e atitudes que possam ser efetivadas para que os trabalhadores lidem com os imprevistos sem paralisá-los, entravá-los, mesmo em circunstâncias extraordinárias.

São dessas tantas experiências da atividade, assim, da produção dos saberes por esses indivíduos, que entendemos um dos quesitos mais evidentes da função psicológica do trabalho (CLOT, 2007). Outrossim,

queremos demonstrar esse cuidado com o trabalhador policial militar como estratégia para efetivar ações em direitos humanos em prol da vida no trabalho desses sujeitos.

OMÉTODO DO “CICLO DE DISCUSSÕES DIRECIONADOS AOS ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL E DO TRABALHADOR PARA OS MILITARES DO BATALHÃO DE MISSÕES ESPECIAIS DA PMES”

Os Ciclos propostos no BME representaram uma etapa de intervenção naquela organização policial militar enquanto um desdobramento do Programa¹⁴ daquela unidade que já vinha sendo implementado naquele ano, 2016. Na ocasião, este Programa apresentava ações sobre as seguintes temáticas: a formação continuada, a valorização sobre a saúde física e a saúde mental dos pms. Portanto, essa intervenção psicológica foi inserida neste Programa já em andamento.

Assim, em março do referido ano, o “I Ciclo de Discussões direcionado aos Aspectos de Saúde Mental para o BME: o plano Psicológico em questão” foi realizado com a participação de 21 policiais do Batalhão. De início, mantivemos apenas o termo “saúde mental” no título desses encontros para marcar a presença da intervenção psicológica em um espaço que também estava cheio de preconceitos em relação à atuação do profissional psicólogo. Além de conceituar as diferenças entre saúde mental e saúde do trabalhador, outros objetivos foram suscitados para que os próprios policiais pudessem falar de sua atividade e, dessas discussões,

.....
¹⁴O Programa implementado pelo BME em 2016, era organizado e aplicado somente naquela Unidade, ou seja, não era compartilhado por nenhum outro batalhão da PMES. Inicialmente, contava com duas frentes, sendo a primeira as ações trazidas no Plano Anual de Instrução e, a segunda, o desenvolvimento do Plano de Treinamento Físico Policial do Batalhão de Missões Especiais. A terceira frente foi integrada ao Programa com o “Ciclo de Discussões Direcionado aos Aspectos de Saúde Mental e do Trabalhador para os Militares do Batalhão de Missões Especiais da PMES” (MAGALHÃES; SERRANO, 2018).

provocassem reflexões conjuntas sobre estratégias que pudessem colaborar com o cuidar do pm que compunha o BME. Desta forma, em consonância com o Programa do BME o plano de Psicologia apontou três objetivos específicos, a saber: a) compreender como os policiais da tropa de elite da Polícia Militar entendiam a temática sobre saúde mental; b) instrumentalizar o grupo de participantes dos Ciclos com noções sobre saúde mental, com intuito de formar uma rede de colaboradores que melhor observassem instalações de quadros individuais naquela unidade com tendências adoecedoras; c) provocar nos pms reflexões para que eles pudessem pensar o próprio cuidado psicológico.

Para tanto, os instrumentos utilizados para partilhar os saberes dos próprios trabalhadores em torno da temática saúde mental foram inspirados no “grupo de discussão” (CALLEJO, 2001) e no “grupo operativo” (AMARAL, 2007). Com a realização dos 3 (três) Ciclos de Discussões, situamos os encontros da seguinte maneira: cada Ciclo contemplou 5 encontros. Cada encontro durou cerca de 2h30min, portanto os cinco encontros de um ciclo somaram um período de 12h30min. Combinamos com a Unidade que cada Ciclo teria uma média de 20 militares participantes, resultando ao final dos três Ciclos realizados um trabalho envolvendo diretamente 62 militares daquela Unidade. Esse número representou cerca de 20% do efetivo total do Batalhão de Missões Especiais.

Sobre o conteúdo abordado e alguns desdobramentos

A técnica de grupo de discussão foi implementada para contemplar os dois primeiros objetivos específicos. Dessa feita, no início de cada período de trabalho utilizamos desse instrumento para restaurar a participação ativa dos pms naquele espaço dialógico, fomentando a oportunidade desses indivíduos falarem e expressarem suas opiniões (MANRIQUE; PINEDA, 2009) sobre o significado de ter uma oportunidade de discutir sobre os aspectos da saúde mental produzidos no contexto daquela Unidade.

A sequência do processo de grupo foi aberta com a apresentação dos pms, instante em que os participantes falavam de si mesmos e do que sabiam sobre o tema abordado. Seguimos com a apresentação dos objetivos do trabalho e situamos nosso espaço como o papel de mediação para a condução daquela iniciativa. Intervimos no sentido de sugerir acordos a serem pactuados no grupo para que o direito de falar do outro não fosse tolhido naquele ambiente de partilha de saberes.

No intuito de manter a discussão sobre o tema, elaboramos uma lista com alguns itens que julgamos importantes. Esta foi uma medida empregada não para impor temáticas ao grupo, tampouco para definir uma sequência de falas, mas para dar tranquilidade à Psicóloga sobre a consecução da reunião. Com a enunciação do tema, algumas técnicas de grupo foram escolhidas, “motivando a expressão de ideias, sentimentos, atitudes e experiências dos participantes” (GODOI, 2015, p. 641).

Apresentamos a seguir alguns desses conteúdos trabalhados:

1. Aspectos da vida psíquica;
2. Habilidades sociais;
3. Anormalidade, Normalidade e Patologia;
4. O adoecimento interferindo no trabalho policial – as diversas formas de interferência;
5. As diversas nuances da palavra “adoecer”;
6. Os transtornos psicológicos;
7. Qualidade de vida – uma noção ampliada;
8. O trabalhador policial enquanto sujeito de uma vida psíquica;
9. Relacionamento Interpessoal;
10. Modos de trabalho;
11. Organização do trabalho e organização da vida;
12. Diversos usos do saber psicológico.

Para atingir o terceiro objetivo específico da proposta de Psicologia, lançou-se mão, no último encontro de cada ciclo, de uma dinâmica

inspirada no “grupo operativo” (AMARAL, 2007). Esta técnica consiste em atribuir ao grupo uma tarefa para que seja cumprida, sendo intermediada pelo moderador da reunião, a fim de que os participantes assumam papéis e deem sentido às suas ações no percurso do exercício proposto, assim, estabelecendo vínculos (BASTOS, 2010). A tarefa demandada aos participantes foi uma dinâmica intitulada “salva-vidas”: a partir de uma situação fictícia de que todos se encontravam embarcados em um navio e estavam prestes a naufragar, os policiais, para não se afogarem, deveriam realizar trocas, entre eles, de materiais recebidos da moderadora (balas) para conseguirem obter os salva-vidas (chocolates). Deveriam seguir alguns critérios, a fim de realizarem as trocas. Se algum dos participantes ficasse sem o chocolate ao final do tempo determinado, isso determinaria o “fracasso” da missão. Nas 3 edições dos ciclos, esta técnica contribuiu para conversas que demonstraram aspectos da autorregulação do coletivo, bem como performances que denotavam uma inteligência astuciosa muito prática para dar conta das dramáticas do viver policial.

Também, no último dia de encontro, foi aplicado um questionário com perguntas abertas. Os dados apresentados pelos pms foram catalogados e descritos em relatórios entregues ao comando da unidade, servindo também como ponto de avaliação para a própria intervenção. Dentre as perguntas, tínhamos, por exemplo, a indagação de quais assuntos se destacaram para o participante durante as conversas em grupo. As respostas mais recorrentes foram: qualidade de vida, habilidades sociais e transtornos. Também foi citado, por mais de um integrante, o núcleo temático sobre o “cuidado com o outro” ou o “respeito ao próximo”.

Dos pontos positivos, sublinhamos: a participação de integrantes do BME de diferentes equipes. Nos relatos, os policiais diziam que estar com colegas de outra subunidade do mesmo batalhão propiciou conhecê-los de maneira mais aprofundada, melhorar a convivência e trocar experiências. Ainda, mencionaram que, apesar de trabalharem no mesmo Batalhão, alguns nunca haviam se falado, apenas cumprimentado uns aos outros por gestos militares, como a continência.

Outro ponto que cabe mencionar foi que os militares atribuíram destaque ao fato de poderem falar abertamente, mesmo na presença de graus hierárquicos diferenciados. A dimensão do falar para o pm é sempre atravessada pelos pilares da hierarquia e da disciplina (MAGALHÃES, 2015; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008; SERRANO, 2019). Logo, foi notório que nem sempre os policiais conseguem falar ou até mesmo desabafar no dia a dia de seu serviço. Possivelmente, o estabelecimento dos acordos e a formação de “vínculos de confiança” (SERRANO, 2019) facilitaram este processo. Ainda, os pms enumeraram como fatores positivos daquela iniciativa de intervenção os seguintes elementos: o autoconhecimento e a autorreflexão; o respeito às opiniões e à individualidade do próximo; o aprendizado sobre assuntos que nunca tiveram discutido ou conhecido; o interesse por aprender algo novo; o desprendimento para saber “ouvir” o colega.

Sobre os pontos negativos, os participantes marcaram: pouco tempo de encontro e poucos encontros em um ciclo; encontros no meio da semana e no dia de folga traziam transtornos; encontros fora do horário de serviço; quando o encontro era depois de uma escala noturna o participante dizia se sentir muito cansado e com dificuldades para manter a atenção; a comunicação sobre a proposta à tropa poderia ter sido mais clara, pois dificultou a compreensão do que realmente seria feito; atrasos dos participantes; uso de celulares pelos participantes durante os encontros¹⁵.

Foi solicitado aos pms que indicassem alguns temas/assuntos/aspectos ocorridos nos encontros, os quais eles entendiam que poderiam ser práticos e trazidos para suas vidas em âmbito mais pessoal, apontando-se: maturidade para lidar com as questões pessoais e dos outros; valorização do autoconhecimento; respeito ao espaço do outro; importância de práticas empáticas; colaboração de si para o espaço de trabalho; melhora na argumentação; ampliação dos conhecimentos.

15 O uso de celular era necessário devido à prontidão que se exige de um policial militar, em especial pois alguns participantes estavam de serviço no horário dos encontros.

Como sugestão para outros ciclos, os militares trouxeram: prosseguir com a proposta no BME; tornar o projeto permanente; incluir a temática como matéria de instrução do BME; ampliar a proposta, incluindo atendimentos psicológicos individuais; realizar mais encontros com outros assuntos; incluir o conteúdo “suicídio”; ampliar a proposta aos batalhões de área; fortalecer a participação voluntária; realizar os encontros no horário de serviço; fixar o horário de chegada para evitar atrasos.

De modo geral, pode-se considerar que o trabalho foi avaliado como importante pelos participantes. Além de marcarem que poderiam continuar nessa empreitada ou, mesmo, participarem novamente de iniciativas da área da Psicologia. A todo momento, aludimos diálogos que despertassem o interesse dos trabalhadores por essa trajetória recheada de mudanças que vinham ocorrendo na própria organização do trabalho.

Após o encerramento do I Ciclo, foram colocados em análise os resultados obtidos a partir daqueles encontros, sendo confeccionado um relatório. O rito acordado após a confecção desse relatório era realizar uma avaliação junto à equipe organizadora do BME, dando um “retorno sobre a missão” – expressão muito usada nesta Unidade Operacional, cujo sentido era informar àquele que demandou o cumprimento de uma tarefa sobre como esta caminhava ou qual fora o resultado alcançado. Assim, além de ser entregue à gestão, esse relatório suscitou debate sobre alguns apontamentos descritos. Na ocasião, a equipe organizadora, entendendo a importância daquele decurso para o momento vivenciado no BME, sugeriu uma ampliação na proposta inicial. Dessa forma, indagou a Psicóloga sobre a viabilidade de continuidade de mais alguns ciclos e agendou, após sinalização positiva dessa profissional, a realização de mais duas intervenções para o ano de 2016. Logo depois, no mês de junho deste ano, foi concretizado o II Ciclo de Discussões e, no mesmo caminho, em setembro, efetivou-se o III Ciclo de Discussões sobre os aspectos da Saúde Mental.

As percepções dos trabalhadores policiais

O I Ciclo foi marcado por muita desconfiança entre os participantes. Os policiais chegavam para o primeiro encontro visivelmente cismados e sem entender o que estavam fazendo naquele lugar. Por mais que a ideia acordada com o comando da unidade havia sido de que a participação deveria ser voluntária, ocorreu que os oficiais imediatos indicaram quem deveria participar, escamoteando a possibilidade do voluntariado. Resultado: fizeram uma escolha direcionada dos participantes e estes, nos encontros de grupo, sentiram-se desvalorizados por terem sido escolhidos. Esse descontentamento foi, de pronto, observado no momento em que os policiais se apresentavam. Nesta oportunidade, cada um falava sobre si, abrindo-se para expressarem o que sentiam por estarem naquele grupo. E foi exatamente aí que percebemos que não havia voluntários, mas, sim, indicados. Como nas corporações militares a indicação do superior hierárquico é uma determinação, todos compareceram, mesmo indignados.

Era preciso dar um sentido àquele grupo, afinal, se os comandantes dos participantes fizeram suas escolhas, então, entendíamos que uma intervenção em Psicologia naquela Unidade poderia, inclusive, quebrar algumas preconcepções negativas desses próprios gestores. Aos poucos, fomos mediando as conversas para alcançarmos os propósitos acordados, sobretudo, para provocar o engajamento dos componentes. Como já não eram voluntários, isso implicaria, sobremaneira, em maior silenciamento daquele grupo. Diante dessa hipótese, em vários momentos provocamos os trabalhadores para contarem sobre suas experiências em trabalhar naquela unidade conhecida como “tropa de elite da polícia militar capixaba”. Com isso, conseguimos acessar a fala desses policiais sobre a atividade de trabalho deles e, em certas ocasiões, não foi incomum ver policiais se emocionando ao contarem de si, do ofício, da instituição à qual pertenciam, das conquistas e mazelas vivenciadas por eles em missões especiais.

A partir do segundo encontro foi possível observar mudanças de postura dos participantes. Estes chegaram um pouco mais abertos, talvez

provocados pela mediação feita pela Psicóloga no primeiro encontro diante de tantas inquietações desses sujeitos que se questionavam, ora sobre o que estavam fazendo ali, ora sobre se os seus comandantes achavam que eles estavam loucos e precisando de ajuda psicológica. Um pouco mais cooperativos, os pms expressavam mais empatia e abertura à intervenção, até mesmo perguntavam mais, questionavam e pediam a fala. De modo exemplificativo, ao final do segundo encontro, um dos policiais pediu para dar um depoimento, destacando que ao ser “convocado” para participar de um trabalho com uma psicóloga ele havia compreendido que o seu superior hierárquico estava punindo-o.

O fato foi tão expressivo que esse pm disse que, ao encontrar na entrada da sala outros integrantes do BME mais “recrutados¹⁶” do que ele, este chegou a se enraivecer, questionando o que justificaria a presença dele em meio àqueles policiais mais novos que pouco conheciam daquela Unidade. Porém, depois do primeiro dia, e já ao final do segundo encontro, ele disse estar se sentindo bem com os demais integrantes daquele grupo, que estava à vontade para expor suas opiniões, e completou dizendo: *“Ao invés de uma punição, estou começando a achar que me deram foi um prêmio!”* (participante).

Esta fala foi acolhida pelo grupo e demonstrou, a nível psicológico, que a falta de informação impõe barreiras capazes de influenciar opiniões e provocar comportamentos de distanciamento, de autopunição, de flagelo, de solidão, asseverando sofrimentos (SERRANO, 2019). Por desconhecer o que seria feito, por supor que seria uma “terapia de grupo”, por se convencer que terapias são para pessoas “problemáticas”, muitas vezes os policiais acabam por desacreditar e desvalorizar iniciativas do campo da Saúde Mental. Deixam de pensar, por exemplo, a Psicologia como uma possibilidade para potencializar ações benéficas, por vezes, já existentes, mas que, de algum modo, carecem de alguma intervenção para serem levadas ao discernimento e à compreensão e passam a simplificarem

¹⁶A expressão “recruta” é comumente utilizada nas Corporações militares e indica a posição hierárquica de uma pessoa mais nova, considerando o tempo de serviço, a partir de um dado referencial.

pelo questionamento se são ou não “doidos”. Se as ancoragens de tais concepções que atrelam a Psicologia à doença mental referem-se à partilha social de representações ou se se tratam de produções discursivas com função de estratégias defensivas (DEJOURS, 1991) são questões ainda em investigação. É bem provável que se trata do uso defensivo de representações com ancoragens sociais. Seja como for, vale apenas apontar estudos nos quais se demonstra que ter se afastado do trabalho por causa de doenças ou ter uma percepção negativa da sua própria saúde está fortemente associado a menor indícios de transtornos mentais entre bombeiros militares (BREDA; MORAES, no prelo). Esses dados reforçam a suposição de que a percepção do militar ser imbatível, invulnerável, acreditar que se tem total domínio da saúde física e mental opera como um processo defensivo que não contribui totalmente para o trabalhador se proteger de processos de adoecimento mental, mas, pelo menos durante algum tempo, permite manter-se ativo e disponível para suas missões.

Neste sentido, fica evidente que a dimensão psicológica é, ainda, vista e admitida como algo que deva ser esquecido, que não se deva falar, discutir e, muito menos, cuidar. As referências e experiências científicas, contudo, demonstram que cuidar do psicológico é urgente em todos os espaços que admitem vida humana (AMADOR; BARROS, 2011; LE GUILLANT, 2006; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Essa também foi uma aposta nossa mediante à proposição desse trabalho. Logo, esta experiência-piloto destaca quão necessário é se ampliarem espaços de troca de saberes entre os trabalhadores, um verdadeiro “encontro de encontro” (SERRANO, 2019), para que esses sujeitos percebam outras maneiras de valorização. A cada encontro, houve oportunidades de aproximação entre os participantes, a fim de compartilharem aprendizados e suscitarem análises acerca de questões, por vezes, tidas como tabus.

PISTAS CONCLUSIVAS

Experenciar a atividade de trabalho dos policiais militares capixabas a partir da perspectiva das Clínicas do Trabalho, em complementaridade a uma postura cartográfica, tem promovido reflexões potentes aos pesquisadores interessados na temática do universo policial, aos profissionais de saúde que se dispõem a esse desafio do “fazer junto”, bem como aos próprios trabalhadores que se abrem a essa possibilidade de encontro de saberes. É plausível considerar que a vivência trazida neste capítulo admitiu significados variados aos participantes, os quais indicaram tanto a importância de continuação, quanto o interesse em estarem novamente nas iniciativas que considerassem a dimensão psicológica.

Em linhas gerais, destaca-se este projeto como piloto para intervenções futuras, ressaltando que há nas organizações policiais disposição no fomento de projetos desse tipo, mas, talvez faltem alguns manejos para que propostas em Psicologia sejam efetivadas. Tais manejos versam tanto sobre o desconhecimento desta Organização sobre as parcerias que podem ser feitas com o campo da Psicologia, quanto dos próprios profissionais de Psicologia na compreensão do “como fazer”, de como habitar este território existencial para que as demandas sejam desdobradas de forma ética, cooperativa e singular.

Por conseguinte, apostamos nessa linha teórico-metodológica que incentiva a realização de intervenções e de projetos com os trabalhadores. Cogita-se ser esse um dos sinais de transversalidade entre produção de saúde do trabalhador e uma práxis em direitos humanos. Se se considerar, conforme Benevides (1998), que os direitos humanos são aqueles que decorrem do reconhecimento da dignidade intrínseca de todo ser humano, nota-se no trabalho que essa relação é tão propositiva que quando há falhas nesse reconhecimento, o sujeito pode, inclusive, adoecer. Assim, ao se suscitar caminhos que contribuam com a aproximação da Polícia os diferentes saberes em Psicologia, a partir de estratégias situadas no próprio

âmbito desse trabalho policial, percebe-se que a matriz de direito à vida, um dos fundamentos dos direitos humanos, segundo Bock e Gianfaldoni (2010), pode configurar um cenário real de preservação da saúde psíquica.

Nesse sentido, reitera-se que os trabalhos propostos e desenvolvidos em conjunto com os policiais protagonizam engajamento para (e com) este coletivo. A propósito, já ressaltava Canguilhem (2015) que a saúde é uma norma de vida que pode ser ampliada ou, em contraponto, diminuída. Isso porque algumas situações experimentadas pelos sujeitos em seu meio podem mobilizar alternativas para o enfrentamento das adversidades ou, de outro modo, enterrar as formas de reorganização do viver no trabalho e, no caso, podem até adoecer.

Por fim, fomenta-se que novos ciclos somente serão possíveis se os pilares do respeito, ética e sigilo forem fortalecidos, assim como entendemos que este é um campo que se abre para ressignificações, cooperações diversas e gestões cada vez mais ancoradas nos princípios dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. N. de; REIS, H. E. dos. A educação em direitos humanos como ferramenta de consolidação e expansão dos direitos humanos. **RIDH**, Bauru, v. 6, n. 1, p. 45-59, jan./jun. 2018.

AMADOR, F. S.; BARROS, M. E. B. de. Cartas a Foucault: em que estamos em vias de nos tornar em meio ao trabalho no contemporâneo? **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 17-31, 2011.

AMADOR, F. S.; SANTORUM, K.; CUNHA, C. S. da; BRAUM, S. M. Por um programa preventivo em saúde mental do trabalhador na Brigada Militar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 54-61, set. 2002.

AMARAL, V. L. do. **A dinâmica dos grupos e o processo grupal**. Natal: EDUFRN, 2007.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010.

BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (org.). **Clínicas do Trabalho:** novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BENEVIDES, M. V. Democracia de iguais, mas diferentes. In: BORBA, Â.; FARIA, N.; GODINHO, T. (org.). **Mulher e política:** gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1998. p. 137-152.

BOCK, A. M. B.; GIANFALDONI, M. H. T. A. Direitos humanos no ensino de Psicologia. **Psicol. Ensino & Form.**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 97-115, 2010.

BREDA, K. T. O.; MORAES, T. D. Saúde Mental e Trabalho em Profissionais do Corpo de Bombeiros Militar. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 1, p. 1157-1166, 2021. <https://doi.org/10.17652/rpot/2021.1.21135>

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**, 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho:** casos clínicos. Porto Alegre – São Paulo: Dublinense, 2017.

FALZON, P. (ed.). **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 2007.

FERRERO, A. Direitos humanos e responsabilidade ética no exercício da psicologia. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (org.). **Diálogos em psicologia social [online]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 123-134.

GODOI, C. K. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 632-644, 2015.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2001.

LE GUILLANT, L. Incidências psicopatológicas da condição de “empregada doméstica”. In: LIMA, M. E. A. (org.). **Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 242-286.

MAGALHÃES, J. do C. D. **Entre Amarras e Possíveis: atividade de trabalho e modos de viver dos policiais militares capixabas em análise**. 2015. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, ES.

MAGALHÃES, J. do C. D.; Serrano, E. V. Programa Integrado do BME: capacitação profissional, saúde e qualidade de vida dos policiais de missões especiais. **Revista de Ciências Policiais da APMG**, São José dos Pinhais, v. 1, n. 1, p. 125-140, 2018.

MANRIQUE, A. M. M.; PINEDA, J. M. M. La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa: aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madri, v. 49, n. 3, p. 1-7, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P. (coord.). **Missão prevenir e proteger: condição de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MIRANDA, D. (org.). **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do estado Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

MOLINARO, C. A. Dignidade, Direitos Humanos e fundamentais: uma nova tecnologia disruptiva. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 39, p. 103-119, 2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org.). **Pistas do método da cartografia**: A experiência da pesquisa e o plano comum. vol. 2. 1. reimp. Porto Alegre: Sulina, 2016.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia II**: diálogos sobre a atividade humana. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2016.

SERRANO, E. V. **O trabalho dos policiais militares do Espírito Santo sob o ponto de vista da atividade**: análises ergológicas. 2019. 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, ES.

SERRANO, E. V.; MAGALHÃES, J. do C. D. A saúde do trabalhador policial militar: dinâmicas de sofrimento em um cenário de crise na segurança pública do Estado do Espírito Santo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICODINÂMICA E CLÍNICA DO TRABALHO, 5., 2017, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: UFT, UCB, UNB, 2017, p. 125-126.

SPODE, C. B. **Ofício de oficial**: trabalho, subjetividade e saúde mental na Polícia Militar. 2004. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA ADULTA

Barbara Frigini De Marchi¹⁷

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar reflexões e fornecer subsídios teórico-práticos à atuação de psicólogos em contextos de internações psiquiátricas de pacientes adultos. Secundariamente, pretende fomentar a realização de pesquisas na área, uma vez que são escassas produções científicas no país que se dedicam a essa temática e que tratem da atenção à crise em saúde mental (LIMA; ROSA; CORDEIRO; PERES, 2021). Desse modo, o texto busca responder à questão “O que faz um profissional de Psicologia em um setor hospitalar de internação para pessoas acometidas por crises psiquiátricas agudas?”. Embora simples, a pergunta comporta uma série de desdobramentos – dificuldades e possibilidades – que, no cotidiano laboral, apresentam-se complexos e multifacetados.

A discussão se faz importante porque questões de saúde mental, apesar de serem condições crônicas e que, assim, necessitam de

¹⁷ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, UFES (2013); mestra (2019) e atualmente doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP)/UFES. Psicóloga efetiva na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo desde 2014. Tem experiência na área de Saúde Mental e Psicologia do Desenvolvimento Humano. E-mail: barbara.psi.fdm@gmail.com.

atendimento contínuo, podem vir a agudizar (BRASIL, 2018a), exigindo ações longitudinais e processuais, na contramão de respostas burocráticas e automáticas (AMARANTE, 1995). Além do mais, o compartilhamento de saberes auxilia a prevenção de práticas normativas (MÂNGIA; BARROS, 2009), especialmente no que se refere a pacientes psicóticos, com quem o trabalho ainda é um desafio para profissionais da área da saúde, dada a complexidade dos sintomas que apresentam, sua associação a outras condições clínicas e sua falta de lógica formal (SILVA; BELMONTE-DE-ABREU, 2016). A isso se soma o fato de que, apesar da gravidade do adoecimento, é possível produzir saúde (BORGES; BAPTISTA, 2008) por meio do cuidado humanizado, ético e responsável.

Entretanto, há que se considerar que as conquistas advindas das políticas públicas de saúde mental no país têm se apresentado pouco sólidas, dada a atual conjuntura política e econômica de desinvestimentos no Sistema Único de Saúde – SUS (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Assiste-se a uma crescente demanda por cuidados em saúde mental, inclusive relacionadas às restrições sociais e perdas financeiras advindas da atual pandemia de COVID-19 (FIOCRUZ, 2020), enquanto se tem subinvestimentos em serviços e estratégias que possam atendê-la.

Antes de se discutir a atuação *psi* no campo das internações motivadas por crises em saúde mental, é necessário fazer um breve resgate dos marcos legais da reforma psiquiátrica no país, que tanto normatizam a assistência, como colocam o sujeito em sofrimento psíquico no centro do cuidado, destacando seu protagonismo e fomentando seu empoderamento (MACEDO; DIMENSTEIN, 2016). Assim, as legislações organizam e sustentam a prática em saúde mental, na medida em que permitem reivindicar direitos e lutar contra suas violações, como, por exemplo, quando se pretende a revogação de internações compulsórias com tempo previamente determinado (desconsiderando a individualidade de cada pessoa e também o conhecimento da equipe de assistência, responsável pela concessão de alta) ou de caráter asilares.

O movimento da reforma diz respeito a um amplo processo político-social de transformação do olhar sobre as pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2003), defendendo que o tratamento seja pautado no trabalho de inclusão social e cidadania, garantia de direitos e promoção de autonomia (BRASIL, 2018b), além da superação do modelo hospitalocêntrico. Assim, o hospital psiquiátrico não deve ser o equipamento assistencial primário, mas também não se pode, no cenário atual de funcionamento dos serviços ambulatoriais, desconsiderar seu imprescindível papel na atenção aos casos de alta complexidade (SERAFIM; FELÍCIO, 2017).

Nesse sentido, é fundamental citar a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), ícone do processo de reforma psiquiátrica, a qual versa sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. A normativa assegura tratamento respeitoso e com humanidade, na perspectiva de beneficiar a saúde e alcançar a recuperação pela inserção familiar, laboral e comunitária. Destaca, ainda, que o tratamento deve primar pelos meios menos invasivos possíveis, em ambiente de caráter terapêutico e, preferencialmente, em serviços territoriais. A internação, assim, deve ocorrer somente quando forem esgotados e mostrarem-se insuficientes todos os recursos extra-hospitalares, como unidades de saúde e centros de atenção psicossocial, por exemplo.

Para regulamentar a assistência hospitalar em psiquiatria, foi divulgada, um ano depois, a Portaria/GM nº 251 (BRASIL, 2002). Essa, além de estabelecer diretrizes e normas para a hospitalização, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações na rede do SUS. No mesmo ano, a Portaria/GM nº 2.391 (BRASIL, 2002) ordenou o controle das internações, as caracterizando nas modalidades involuntária (realizada sem o consentimento do paciente), voluntária (com seu consentimento expresso), voluntária que se torna involuntária (pode ocorrer quando o paciente discordar da manutenção da internação) e compulsória (judicialmente determinada).

Mais recentemente, a Portaria Ministerial nº. 3.088 (BRASIL, 2011) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, que define os pontos de atenção no SUS às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O dispositivo legal busca criar, ampliar e articular o cuidado em saúde mental para, dentre outras questões, integrar os serviços e qualificar o atendimento por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e integral e da atenção às urgências.

Neste ponto, faz-se importante discutir a noção de crise em saúde mental, pois a forma que se compreende determinado fenômeno influencia diretamente como se age diante dele, já que os profissionais são influenciados não só por conhecimentos técnico-científicos como também pelo imaginário coletivo de seu grupo social (LIMA; ROSA; CORDEIRO; PERES, 2021). Desse modo, é preciso salientar que, para além de uma vivência subjetiva individual, a crise é sistêmica: familiar, social e da rede de proteção e cuidados (BRASIL, 2018b). Caracteriza-se, portanto, por uma multiplicidade de fatores e sentidos, sendo um momento disruptivo de adoecimento psíquico grave, em que podem ou não estar presentes comorbidades clínicas (SOUZA, 2008), mas que não se resume a um acontecimento meramente psicopatológico (MARTINS, 2012). Nela, entram em ebulição questões, afetos e tensionamentos de ordens diversas e nas quais o sujeito experimenta dificuldade de resposta com os recursos habituais (psíquicos e relacionais) de que dispõe (COSTA, 2007).

A crise, nesse sentido, revela uma tentativa de elaboração de um acúmulo existencial e histórico de dor emocional, a qual requer estratégias ampliadas de atenção e cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2014). Para Dell'Acqua e Mezzina (1991), as situações de crise consistem naquelas em que se identificam ao menos três dos seguintes parâmetros: a) grave sintomatologia psiquiátrica aguda; b) grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; c) recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; d) recusa de qualquer forma de contato, além de e) situações

emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais para enfrentá-las.

É certo que as crises são marcadas por experiências dolorosas, vivência de solidão e incertezas, mas, sem dúvidas, carregam em si um potencial de transformação e ressignificação de atitudes, valores e crenças, uma vez que expressam o que há de mais singular em cada um. Podem, ainda, oportunizar o fortalecimento de vínculos e a expansão das formas de expressão, indo, assim, para além do agravamento do quadro sintomatológico típico (LUZIO, 2010). Para isso, é necessário que o trabalho sobre elas não se reserve ao silenciamento dos sintomas e/ou ao isolamento de quem a vivencia. É preciso estar atento ao fato de que aquele que sofre não é (e não pode ser tornado) um objeto de intervenção, assujeitado, mas deve ser reconhecido e fortalecido enquanto sujeito de desejos e direitos (BRASIL, 2018b).

Quando não é possível manejar a crise no contexto familiar e territorial, dado o esgotamento de todos os recursos extra-hospitalares disponíveis, a internação hospitalar se apresenta como um recurso excepcional de cuidado e, portanto, terapêutico, pontual e indispensável (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003). É indicada somente para casos graves e com a finalidade principal de promover o retorno da pessoa em sofrimento à convivência comunitária e familiar. Consideram-se como situações de gravidade aquelas que envolvem risco de agressão a si (inclusive, tentativa de suicídio) ou a terceiros, exposição, vulnerabilidade social e severa negligência do autocuidado (MENDES; CASTRO, 2005; BARROS; SERAFIM, 2009).

A hospitalização, nesse cenário, não deve ser compreendida como uma punição, mas sim uma ação de proteção e cuidado intensivo (SERAFIM; FELÍCIO, 2017). Não se trata, também, de uma maneira de resguardar a ordem social isolando as pessoas no hospital (BRASIL, 2013), silenciando seus sintomas e as adequando a um padrão de normatividade ou garantindo certa “higiene social”. Além disso, a internação não pode,

em hipótese alguma, ser a primeira tampouco a única opção de tratamento às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2018a).

Quanto à duração, a hospitalização deve ser o mais breve possível, promovendo a minimização de riscos e levantando necessidades psicossociais, para além do ajuste do tratamento psicofarmacológico (BRUSMARELLO *et al.*, 2009; PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Deve, por outro lado, ser cessada assim que o paciente tiver condições de dar continuidade a seu acompanhamento em serviços comunitários (HIRATA; LEITE, 2007). A esse respeito, Cardoso e Galera (2011) salientam que, sendo criteriosa e de curta permanência, a internação não inviabiliza a operacionalização dos serviços comunitários e da família como os provedores centrais da assistência em saúde mental.

A atenção neste período precisa ser integral, o que significa envolver recursos, atores e saberes múltiplos, como também deve ser qualificada ética e tecnicamente. Para tanto, o trabalho clínico não se pode resumir ao diagnóstico médico, mas deve atentar-se à subjetividade e ao contexto de vida daquele que adocece, contribuindo para que consiga se reposicionar diante de sua existência e de seu sofrimento (BRASIL, 2018b), no que se faz imprescindível a atuação do profissional de Psicologia, conforme se discutirá no próximo tópico.

A PRÁTICA PSICOLÓGICA

A maior parte das ações no cotidiano de trabalho de um setor hospitalar ocorrem no coletivo, isto é, são passíveis de condução por qualquer profissional da equipe de referência (BRASIL, 2013), a exemplo do acolhimento e dos grupos de familiares. Pressupõe-se um trabalho interdisciplinar e de constante troca de conhecimentos e informações, que é enriquecido pelas atividades privativas de cada categoria, como as do profissional de Psicologia.

Inicialmente, é preciso destacar que, embora se constitua um ramo da Psicologia Clínica, a Psicologia Hospitalar carrega um modelo próprio

e adaptado à realidade institucional para atender às necessidades do paciente, de seus familiares e da equipe, intermediando, em muitos casos, essas relações. A área pretende resgatar e valorizar a dimensão subjetiva em situações associadas a adoecimentos (ALMEIDA, 2010) e diagnósticos normatizadores e uniformizantes. Essas classificações, no geral, buscam regularidades e semelhanças entre diferentes pessoas (BRASIL, 2004), mas o que realmente tem valor ao psicólogo são as particularidades e o indivíduo que sofre, para além de sua doença.

O profissional é convocado a atuar como porta-voz dos desejos e angústias do paciente, visando minimizar seu sofrimento e potencializar seus recursos pessoais para o enfrentamento da condição de saúde e do período de hospitalização (VIEIRA, 2010). Cabe a ele, ainda, sensibilizar os demais membros da equipe para dimensões psicossociais que, porventura, possam estar dificultando a comunicação com o paciente e/ou suas pessoas de referência.

Outra particularidade da Psicologia Hospitalar diz respeito ao *locus* de atendimento, tendo em vista que o espaço físico tende a ser tumultuado e de domínio médico (ALMEIDA, 2010). Acrescentam-se a isso o constante trânsito de funcionários, sobretudo do corpo de enfermagem, e as interrupções de outros pacientes, o que compromete, naturalmente, a privacidade do atendimento proposto e pode demandar adiamentos. Nesse sentido, prima-se pela retirada do paciente da área da enfermaria, para salas de atendimento ou de atividades, bibliotecas ou jardins, quando possível.

É fácil compreender a importância e função dos atendimentos individuais às pessoas internadas, mas é preciso esclarecer que esses se inserem na lógica da psicoterapia breve (OLIVEIRA; MARQUES; YOKOMIZO, 2017), sendo essa, inclusive, a modalidade terapêutica mais indicada para intervenções em crise (YOUNES *et al.*, 2010). Seus objetivos são limitados, com metas reduzidas e consideradas até mais modestas que as das psicoterapias convencionais, uma vez que o trabalho centra-se sobre as necessidades imediatas do paciente, com o estabelecimento de foco e temporalidade (ALMEIDA, 2010).

O foco, no caso de pacientes internados por crises agudas de transtornos mentais, refere-se ao oferecimento de suporte psicológico para a compreensão e a elaboração de aspectos relacionados à crise, em especial sobre o processo de adoecimento, meios diagnósticos, motivos da hospitalização e continuidade do cuidado em saúde mental no pós-alta, além de enfrentamento das dificuldades com as rotinas da instituição hospitalar (OLIVEIRA; MARQUES; YOKOMIZO, 2017; ROMANO, 1999; VIEIRA, 2010). Já a temporalidade diz respeito ao período em que o paciente permanecerá internado que, *a priori*, não é sabido, mas deve ser sempre o menor possível. Desse modo, as intervenções psicológicas devem buscar ter, cada uma, início, meio e fim, evitando-se deixá-las em aberto para finalização no futuro, já que o paciente, tendo recebido alta, pode não estar mais na instituição.

Naturalmente, outras questões (não diretamente relacionadas àquela agudização do quadro psíquico/psiquiátrico do paciente, a exemplo de vivências da infância ou de projetos futuros) podem surgir nesse processo e precisam ser acolhidas. No entanto, os aspectos anteriormente discutidos – foco e temporalidade – não permitem que sejam trabalhadas com o cuidado devido no espaço hospitalar. Isso significa que, uma vez identificadas essas questões, o psicólogo, pautado em seu dever ético, precisa realizar os encaminhamentos possíveis para acompanhamento longitudinal. Encaminhar, nesse sentido, é sinônimo de implicar-se e tornar-se corresponsável pela demanda, não somente repassá-la a outro serviço, reproduzindo a famosa lógica do “ao-ao” por meio de procedimentos administrativos, burocráticos e frios. É preciso considerar que a rede de atenção psicossocial não se resume à concretude dos equipamentos que a compõem, mas está diretamente atrelada às relações de parceria e investimento que os profissionais mantêm entre si, a partir de um objetivo comum (KINOSHITA, 2014), que é o melhor cuidado ao usuário.

Os atendimentos, tanto a pacientes quanto a seus familiares, não têm, em sua maioria, agendamento prévio, ocorrendo conforme livre

demanda ou por avaliação de necessidade por parte do psicólogo como também de outros profissionais. A prática *psi*, no entanto, não se encerra nos clássicos atendimentos individuais. O profissional é convocado, em seu dia a dia, a realizar uma série de outras intervenções terapêuticas, que seguem apresentadas, conforme a divisão (didática) da internação em três momentos distintos, sendo eles o acolhimento inicial, o acompanhamento e a preparação para a alta hospitalar.

a) Acolhimento inicial: a partir da admissão do paciente na unidade, cabe ao psicólogo realizar a anamnese junto a ele e/ou seus responsáveis, para coleta de dados referentes à queixa principal, à história pregressa de condições mentais e também comportamentais, à história clínica geral, à história familiar de adoecimento psíquico e à história psicossocial – para identificação de fatores atuais de estresse, rede de suporte social, condições de vida, composição familiar e funcionamento sócio-ocupacional, por exemplo (BRASIL, 2018a). Também é necessária a avaliação da situação psíquica do paciente, atentando-se a fatores relacionados a seu aspecto geral (autocuidado, mímica e atitude, por exemplo); orientação em relação a si, ao espaço e ao tempo; curso, forma e conteúdo do pensamento; volição e vida afetiva; juízo de realidade; linguagem, e sensopercepção, por exemplo (DALGALARRONDO, 2008). Tal avaliação tem como finalidade subsidiar o planejamento do projeto terapêutico singular, conforme as necessidades do paciente. É importante que o profissional investigue, também, quais as percepções do paciente a respeito dos motivos de sua hospitalização e adoecimento, e lhe provenha informações sobre a instituição, suas rotinas (atividades, visitas e equipe técnica) e objetivos.

b) Acompanhamento: diz respeito ao manejo cotidiano do paciente na unidade. Prevê atendimentos individuais, em grupo ou interconsultas, além de monitoramento de visitas (especialmente quando estão presentes menores de idade), reuniões de discussão de caso e articulação de estratégias de cuidado junto aos serviços municipais de referência do paciente para diminuição do tempo de internação, bem como evitação de novas. É,

ainda, o período propício para a psicoeducação, tanto do próprio paciente quanto de seus familiares/pessoas de referência acerca do diagnóstico, da necessidade de acompanhamento no pós-alta e de outras questões concernentes. O objetivo da intervenção psicoeducativa é, dessa forma, a educação em saúde, para a prevenção de outras crises e promoção de aspectos salutogênicos e protetivos (LEMES; ONDERE NETO, 2017).

c) Preparação para a alta hospitalar: visa fomentar a reintegração social e familiar do paciente, bem como atuar na prevenção de reinternações. Aqui a psicoeducação se faz novamente presente na orientação para acesso aos serviços de saúde mental de base comunitária, como também aos medicamentos pelas Farmácias Cidadãs Estaduais, em caso de uso de antipsicóticos de alto custo, os quais não são fornecidos pelas redes municipais de saúde.

Em todos esses momentos, o psicólogo precisa ter em consideração a importância da participação de familiares, responsáveis ou pessoas de referência do paciente, dado que a internação – ao se configurar em uma suspensão das rotinas de vida – traz a sensação de isolamento, abandono, rompimento abrupto de laços afetivos, profissionais e sociais, para além da perda de referenciais (VIEIRA, 2010). É também comum que, ao experimentarem a separação física do paciente com a impossibilidade de acompanhá-lo no hospital, os familiares sejam tomados por sentimentos ambivalentes em relação à decisão de internação, que ganham ainda mais intensidade quando mesclados com o imaginário social do manicômio e de todo o fenômeno que a loucura envolve (DUARTE; THOMAS; OLSCHOWSKY, 2014). Desse modo, o psicólogo pode estimular e fomentar visitas, telefonemas e/ou troca de cartas ou *e-mails*, visando a continuidade e até mesmo o fortalecimento dos vínculos do paciente, o que, como consequência, tende a diminuir as resistências dos familiares em relação à equipe assistencial e ao tratamento proposto, o próprio período de hospitalização e a incidência de solicitação de sua interrupção antes da concessão de alta.

Essas e todas as demais intervenções citadas precisam ser registradas em prontuário eletrônico, com destaque para as impressões do psicólogo e também para a evolução do paciente. Essa sistematização demanda tempo e é trabalhosa, sobretudo em um contexto de tantas urgências como o hospital, mas é imprescindível para a compreensão dinâmica do caso pela equipe e tomada de decisões sobre a condução do tratamento (OLIVEIRA; MARQUES; YOKOMIZO, 2017).

Ao psicólogo que atua em internação psiquiátrica cabe também auxiliar paciente e seus familiares a identificar precocemente a possibilidade de ocorrência de novas crises (SERAFIM; FELÍCIO 2017), e a elaborar os sintomas que as compõem. Não se trata, portanto, de silenciá-los, mas sobretudo de ressignificar essas manifestações, ou melhor, comunicações, a partir de cada contexto de vida, e até mesmo produzir outras formas de expressão e valores, permitindo ao paciente se reposicionar diante de sua experiência (BRASIL, 2018b). Essa é, sem dúvidas, uma tarefa individual de cada pessoa internada, mas não solitária. Disso decorre a importância do vínculo terapêutico durante o período de hospitalização, isto é, o estabelecimento de uma relação de cuidado e confiança entre o paciente e o psicólogo. Segundo Merhy (1994, p. 138), “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro (...) possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal”.

Fundamental para isso é o oferecimento da escuta ativa: tecnologia leve que envolve relações de diálogo, vínculo e acolhimento (MAYNART; ALBUQUERQUE; BRÊDA; JORGE, 2014). Permite ao paciente a explicitação de seu sofrimento (VIEIRA, 2010) e possibilita ao psicólogo que o conheça a partir da própria pessoa e da valorização das experiências dela, denotando disponibilidade, compreensão e respeito (MAYNART; ALBUQUERQUE; BRÊDA; JORGE, 2014).

Igualmente importante se faz demarcar ao paciente que o acompanhamento psicológico se trata de uma oferta de cuidado durante

o período de hospitalização e não de um procedimento a que tem que se submeter, como é o caso da administração de fármacos e da realização de exames físicos, os quais ocorrem sem sua deliberação. Tendo claros os limites de sua atuação, o profissional evita tornar-se mais um elemento invasivo na vivência da internação psiquiátrica (VIEIRA, 2010). Nesse mesmo viés, vale destacar o alerta feito por Hoyer *et al.* (2002) de que a crença de que pacientes com grave adoecimento psíquico não são capazes de entender a necessidade do tratamento tende a fundamentar intervenções de cunho paternalista que, apesar de realizadas a favor da saúde do indivíduo, podem excluí-lo, paradoxalmente, da gestão de sua vida. É por isso que preconceitos e estigmas relacionados aos transtornos mentais precisam, com urgência, serem desconstruídos, de modo que o cuidado em saúde mental atenda, prioritariamente, às necessidades genuínas dos pacientes (BONFADA; GUIMARÃES; MIRANDA; BRITO, 2013).

Por fim, vale ressaltar que, para além da perspectiva teórica de preferência do psicólogo, espera-se que desenvolva atuação consoante a compreensão da clínica ampliada – elencada pela Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2013) como diretriz para o cuidado na saúde pública. Campos (2014, p. 991) indica que “uma clínica ampliada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada (...)”. O trabalho clínico, portanto, precisa ultrapassar o diagnóstico, atentando-se às diferenças e particularidades de cada paciente e ampliando o objeto de trabalho a sua situação de vida, história, família e território (GRIGOLO; PAPPANI, 2014).

Na medida em que modifica a prática clínica hegemônica – marcada pela centralidade da doença e do sintoma; pela remissão do sintoma e a cura como objetivos; pela redução da avaliação diagnóstica à objetividade positivista ou epidemiológica; e pela intervenção terapêutica guiada pelos aspectos orgânicos – a clínica ampliada toma a produção de saúde

e a promoção da autonomia como foco de investimento, levando em consideração a complexidade da existência de cada sujeito (BRASIL, 2004). Espera-se, dessa forma e em consonância com os tópicos até aqui apresentados, que o psicólogo atuante em contexto de internação psiquiátrica trabalhe junto ao paciente, familiares e equipe no sentido de transformar subjetividades e produzir encontros potencializadores de vida (DETTMANN; ARAGÃO; MARGOTTO, 2016) mesmo nos momentos de crise em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do exercício do profissional de Psicologia em instituições hospitalares, em especial de atendimento a pessoas em crises agudas de transtornos mentais, não se encerra, de modo algum, nos aspectos discutidos. Atuar nesse campo é, sem dúvidas, um desafio, especialmente em períodos críticos como o de pandemia, e em que faltam investimentos na área enquanto excedem demandas. Ao mesmo tempo, é um trabalho necessário e gratificante, na medida em que contribui para o combate à estigmatização às pessoas em grave sofrimento psíquico e para a promoção da qualidade de vida e autonomia delas.

É preciso, porém, relembrar cotidianamente a necessidade de colocar as práticas profissionais em análise, sob o risco de reproduzir ações naturalizadas e invasivas que estejam disfarçadas de cuidado, ou desqualificar queixas, sobretudo clínicas, para não correr o risco de incorrer em iatrogenia, hospitalismo e violações de direitos. A isso ainda se soma a necessidade de o psicólogo hospitalar atuar de forma interdisciplinar, em busca de conhecimentos que complementem a condição de cada paciente e lhe possibilite um cuidado integral e não um conjunto de ações fragmentadas. Políticas de educação permanente em saúde e supervisões clínico-institucionais, na medida em que representam estratégias de qualificação contínua, podem contribuir nesse sentido.

Além disso, as reflexões aqui compartilhadas têm como objetivo colaborar, mesmo que timidamente, para a defesa de Ramminger (2006) de que é preciso incluir no saber-fazer profissional, além do conhecimento técnico-científico, a implicação afetiva e também política com a construção de modos diferentes de cuidar e entender a loucura, fornecendo-lhe um outro lugar social. Para finalizar, tomo emprestada e adapto a metáfora do psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita (s.d.) – coordenador geral de saúde mental entre os anos de 2011 e 2015 – para quem os serviços de saúde, organizados e inter-relacionados, representam uma rede de proteção aos sujeitos quando em desequilíbrios e até eventuais quedas do “fio condutor da vida”. A internação, quando criteriosa e qualificada, é parte dessa teia de proteção, funcionando como sistema potente de relançamento a esse fio tão tênue, valioso e singular.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, 1995, 11(3), 491-494.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, 1, 2003, 45-65.

ALMEIDA, R. A. de. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 13(1), 2010, 94-106.

ALMEIDA, A. B.; NASCIMENTO, E. R. P. Do; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67(5), 2014, 708-714. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672014000500708&lng=pt&tlng=pt

BARROS, D. M.; SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 36(4), 2009, 175-177.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; MIRANDA, F. A. N.; BRITO, A. A. C. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, 17(2), 2013, 227-233.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cadernos de Saúde Pública, 24(2), 2008, 456-468.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

BRASIL. **Portaria/GM nº 251, de 31 de Janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002.

BRASIL. **Portaria/GM nº 2.391, de 26 de Dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF, 2004. Recuperado de: http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniz%C3%A7%C3%A3o/Clinica%20Ampliada.pdf

BRASIL, **Portaria Ministerial nº. 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização (PNH).** Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Governo do Estado de Mato Grosso. **Projeto terapêutico dos postos de internação dos usuários do CIAPS Adauto Botelho – unidade I.** Cuiabá, 2013.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental - 1ª edição.** Vitória, 2018a.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental - 1ª edição.** Vitória, 2018b.

BRUSMARELLO, T.; GUIMARÃES, A. N.; PAES, M. R.; BORBA, L. de O.; BORILLE, D. C.; MAFTUM, M. A. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**, 14(1), 2009, 79-84.

CAMPOS, G. W. de S.; FIGUEIREDO, M. D.; JÚNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 18 Supl, 2014, 983-995.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(1), 2011, 87-94.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 59(1), 2007, 94-108.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, 37(5), 2003, 629-634.

DELL 'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. *In*: DELGADO, J. (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991, 53-79.

DETTMANN, A. P. da S.; ARAGÃO, E. M. A.; MARGOTTO, L. R. Uma perspectiva da clínica ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. **Fractal: Revista de Psicologia**, 28(3), 362-369.

DUARTE, M. Dde L. C.; THOMAS, J.; OLSCHOWSKY, A. O cuidado em saúde mental na internação psiquiátrica: percepção dos familiares. **Cogitare Enfermagem**, 19(1), 2014, 129-135.

FIOCRUZ, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Recomendações Gerais**. 2020.

GRIGOLO, T. M.; PAPPANI, C. **Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina**. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 6(14), 2014, 1-26.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, 21(44), 2019, 111-138.

HIRATA, E. S.; LEITE, R. F. M. O hospital psiquiátrico e outros equipamentos de saúde mental. *In*: SERAFIM, A. de P.; ROCCA, C. C. de A.; SAFFI, F.; YOKOMIZO, J. E. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar em Psiquiatria**. São Paulo: Vetor, 2017, 35-60.

HOYER, G.; KJELLIN, L.; ENGBERG, M.; KALTIALA-HEINO, R.; NILSTUN, T.; SIGURJÓNSDÓTTIR, M; SYSE, A. Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. **International Journal of Law and Psychiatry**, 25(2), 2002, 93-108.

LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, (25)1, 2017, 17-28. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002

LIMA, D. M. de; ROSA, D. C. J.; CORDEIRO, S. N.; PERES, R. S. O paciente em crise psiquiátrica no imaginário coletivo de profissionais de um serviço comunitário. **Psicologia em Pesquisa**, 15, 2021, 1-23.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil**. (Tese de Doutorado não publicada), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na saúde mental do Piauí. **Fractal: Revista de Psicologia**, 28(1), 2016, 37-45.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 20(2), 2009, 85-91.

MARTINS, A. G. **A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** (Dissertação de Mestrado não publicada), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2012.

MAYNART, W. H. da C.; ALBUQUERQUE, M. C. De; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, 27(4), 2014, 300-304.

MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Revista Enfermagem Unisa**, 6, 2005, 94-98.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, 116-160.

OLIVEIRA, G. M. R. De; MARQUES, F. M.; YOKOMIZO, J. E. Atendimento psicológico na enfermagem de transtornos psicóticos. *In*: SERAFIM, A. de P.; ROCCA, C. C. de A.; SAFFI, F.; YOKOMIZO, J. E. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar em Psiquiatria**. São Paulo: Vetor, 2017, 475-493.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 31(2), 2010, 277-284.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental** (Dissertação de Mestrado não publicada), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

ROBERTO Tykanori fala sobre redes. Vídeo publicado pelo canal Saúde mental AD. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SERAFIM, A. de P.; FELICIO, J. L. Psicologia e Clínica Psiquiátrica: interfaces. *In*: SERAFIM, A. de P.; ROCCA, C. C. de A.; SAFFI, F.; YOKOMIZO, J. E. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar em Psiquiatria**. São Paulo: Vetor, 2017, 17-34.

SILVA, K.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Psicodiagnóstico nas psicoses. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M.; KRUG, J. S. (Orgs.). **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016, 349-364.

SOUZA, P. J. C. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte, Brasil: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

VIEIRA, M. C. Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 8(6), 2010, 513-519.

YOUNES, J. A.; LESSA, F.; YAMAMOTO, K.; CONIARIC, J.; DIZZ, M. Psicoterapia breve operacionalizada e crise por expectativa de perda: um estudo de caso. **Psicologia Argumento**, 28(3), 2010, 303-311.

CAPÍTULO 4

A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Bruna Ceruti Quintanilha¹⁸

INTRODUÇÃO

A intersetorialidade em Saúde Mental Infantojuvenil é defendida como fundamental para o cuidado de crianças e adolescentes e deve ser encarada como estratégia para a implementação da Política de Saúde Mental Infantojuvenil (ASSIS, 2017; BRASIL, 2005; BRASIL, 2014; COUTO, 2012; LIMA, 2014; TAÑO, 2017). O primeiro documento ministerial que aborda de modo específico a Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil é datado de 2005, o que demonstra uma resposta tardia às questões que envolvem o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, quando comparado com o público adulto (BASTOS; MENDONÇA, 2012). Neste sentido, há também menos estudos na área da Saúde Mental Infantojuvenil, de acordo com revisões bibliográficas realizadas por Couto (2012), Taño, (2017) e Quintanilha (2020). Este capítulo tem, assim, a pretensão de somar conhecimento acerca da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Para tanto, foi realizado um estudo documental que visa

.....
¹⁸Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES.

compreender como a intersectorialidade é abordada nos documentos ministeriais que abarcam a referida política.

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A história da Saúde Mental Infantojuvenil é permeada de descaso e omissão às crianças e adolescentes (FALAVINA, CERQUEIRA, 2008; COUTO, 2012; TAÑO, 2017). De acordo com estudo realizado por Ribeiro (2006), a Saúde Mental Infantojuvenil ficou relegada, no Brasil, enquanto campo de estudo, intervenção e cuidado até o século XIX. Durante o período colonial brasileiro, não se preocupou com as questões psíquicas de crianças e adolescentes, a estes se dava apenas os cuidados médicos, quando adoeciam.

A atenção à infância e à juventude estava atrelada, até então, ao fato de manter as crianças e adolescentes vivos, até porque, a mortalidade infantil impedia que crianças chegassem à adolescência e à vida adulta. Logo, a mortalidade infantil era muito alta e provocada, principalmente, pela falta de cuidados higiênicos e por doenças infectocontagiosas, sobre as quais não se tinha conhecimento do tratamento, nem vacinas (RIBEIRO, 2006). Apenas na segunda metade do século XIX, quando a medicina se afirmou como um saber científico e influente na sociedade, é que os ideais higienistas começaram a ser propagados. Segundo Ribeiro (2006), isto fez com que as taxas de mortalidade infantil diminuíssem e, conseqüentemente, ocorreu um aumento na proteção e no amparo às crianças.

A psiquiatria infantil começou, após 1930, a aparecer de forma mais autônoma, quando comparada àquela voltada para adultos; isto porque, até aquele momento se entendia que a loucura só se apresentava naqueles plenamente amadurecidos, logo, como as crianças ainda estavam em desenvolvimento, isto não as poderia atingir (LIMA, 2014). Contudo,

neste período, tratavam-se as questões de saúde mental, seja para adultos ou crianças e adolescentes, com a internação em Hospitais Psiquiátricos; segundo Ribeiro (2006), no século XX, foram inauguradas as primeiras alas infantis destas instituições no Brasil, destinadas às crianças em sofrimento psíquico, separando-as dos adultos.

A atenção à saúde das crianças e dos adolescentes foi historicamente construída por meio da institucionalização. Além de alas psiquiátricas, as crianças e os adolescentes classificados socialmente como “anormais” ou delinquentes foram delegados a instituições privadas, principalmente, as filantrópicas, que possuíam um grande componente tutelar e de institucionalização; como era o caso, por exemplo, dos educandários, dos abrigos, das escolas especiais, dos institutos para deficientes mentais e das clínicas para autistas (BRASIL, 2005; FALAVINA, CERQUEIRA, 2008; CAVALCANTE, JORGE, SANTOS, 2012). De acordo com Monteiro, Ribeiro e Bastos (2007, p. 299)

[...] crianças e adolescentes encontravam-se, até a década de 90 e ainda hoje, em alguns casos, sob a tutela dos chamados ‘abrigos para deficientes’, que estão à margem do sistema formal de saúde mental e constituem asilos que não apresentam diretrizes de tratamento, mas, ao contrário, submetem essas crianças e adolescentes à banalização de sua condição humana.

Couto (2012) aponta que no ano 2001 ocorreu um marco para a Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil, visto que a temática ganhou lugar de destaque na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que fomentou a construção de uma política específica para o referido público. Lima (2014) afirma ainda que, durante esta Conferência, compôs-se um eixo apenas para discutir o tema da Saúde Mental Infantojuvenil. Ainda de acordo com esta autora, essa Conferência reuniu profissionais de todo o país e apontou

para que se criasse, ou fortalecesse, uma “rede de atenção integral” para esse público. Esta rede deveria ter como característica ser territorial e multiprofissional, para “garantir acessibilidade e prioridade aos casos de maior gravidade” (LIMA, 2014, p. 232).

Assim, em 2003, o Ministério da Saúde passou a formular, de modo coletivo e intersetorial, diretrizes para uma rede de assistência em saúde mental às crianças e adolescentes, com base comunitária e de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). Nota-se, porém, que há dificuldades para a efetivação desse cuidado; de acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008), uma dessas dificuldades se dá pelo fato deste cuidado necessitar de ações que envolvam vários setores, que tradicionalmente atuam isolados. Segundo Couto (2012, p. 97), a condição da infância e da adolescência “envolve diferentes atores e setores no processo do cuidado (no mínimo a família e a escola; mas, muito frequentemente, a justiça e assistência social)”.

Promover cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil requer, então, compreender a família em que esses sujeitos estão inseridos, quais são as condições sociais e econômicas que o perpassam; se há questões de raça, gênero e sexualidades os permeando; entre outros aspectos. Neste sentido, afirma-se a importância da intersetorialidade para a promoção do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, uma vez que este não está relacionado a um fator apenas (como uma psicopatologia), mas a um conjunto de condições de cunho bio-psico-social-econômico-histórico (COUTO, 2012; TAÑO, 2017; BRONZO, 2018).

De acordo com Soares (2010) e Bronzo (2018), a intersetorialidade denota a implementação de um conjunto de ações articuladas entre setores sociais, para o aumento da resolutividade das questões de cunho social encontradas nos territórios em que os sujeitos habitam. As autoras, porém, não indicam quais seriam essas ações, ficando, assim, a questão: tais ações se referem, por exemplo, a palestras, a grupos de estudos, a concessão de benefícios, a imposição de condicionalidades? É por haver

pouca informação e discussão acerca de ações ou estratégias intersetoriais que houve o interesse em investigar os documentos ministeriais que apontam para a construção da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, com o intuito de melhor compreender como abordam a intersetorialidade, inclusive se descrevem quais são suas possíveis ações.

A partir do exposto e visto a importância da intersetorialidade para a promoção do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, este capítulo tem como objetivo compreender os assuntos (conteúdo) abordados pelos documentos tidos como base para a Saúde Mental Infantojuvenil (análise documental) e também descrever como os documentos ministeriais que servem de base para a política em Saúde Mental Infantojuvenil caracterizam a intersetorialidade no campo da Saúde Mental Infantojuvenil.

METODOLOGIA

O estudo que compõe este capítulo se caracteriza por possuir uma abordagem qualitativa com utilização da pesquisa documental. Godoy (1995) afirma que na pesquisa documental é preciso se atentar a três aspectos primordiais: a escolha dos documentos, o acesso a estes e a análise. As fontes de coleta podem ser diversas, desde documentos escritos, como conteúdos jornalísticos, legislações e registros pessoais, até de cunho audiovisual, como comerciais (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI; 2009; SOUZA; MENANDRO, 2007). Já a análise dos documentos deve ser realizada com o cuidado necessário para se avaliar de modo adequado as fontes, principalmente, se a pesquisa for composta por textos com naturezas distintas (como leis, cartilhas, decretos), por isso, é preciso atenção para que se mantenha uma análise sempre crítica da documentação (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

O estudo foi composto por dois documentos ministeriais que tratam especificamente da Saúde Mental Infantojuvenil, ou seja, são voltados apenas para este público. Ambos os documentos estão disponíveis na

íntegra na página da *internet* do Ministério da Saúde¹⁹. Os documentos analisados nesta pesquisa documental foram: “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005) e “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS²⁰: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014).

A pesquisa documental que compõe este capítulo parte de perguntas norteadoras, que no caso, tinham como objetivo auxiliar na compreensão da intersetorialidade na política de Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil. As perguntas norteadoras elencadas foram: a) Quais expressões aparecem relacionadas à intersetorialidade? b) Quais características da intersetorialidade aparecem nos documentos? c) Quais são os trechos em que aparecem menções a ações ou a estratégias intersetoriais? d) Quais são estas ações ou estratégias? Assim, os textos foram lidos dando destaque às quais eram as características apresentadas sobre a intersetorialidade existentes nos textos e quais eram as estratégias desenvolvidas para crianças e adolescentes. Neste sentido, os procedimentos metodológicos utilizados foram: a leitura do material, destaque dos trechos dos documentos que versavam sobre intersetorialidade e, posteriormente, análise dos assuntos contidos nos documentos (análise do conteúdo dos documentos).

É importante lembrar que analisar um conteúdo não significa, necessariamente, a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Assim, o que balizou a leitura e a compreensão dos assuntos contidos nos documentos foram as perguntas norteadoras. Daquilo que foi extraído dos textos, optou-se por apresentar os dados em dois grandes blocos: um que remonta às características dos próprios documentos, ou seja, como e quando foram escritos, os principais assuntos que abordam e como tais assuntos são descritos nos textos dos documentos. Um segundo bloco de análise enaltece o que os documentos apresentam como intersetorialidade, seja conceitualmente ou com exemplificação das ações. Para realizar a análise do que estava contido nos documentos utilizou-se o suporte

¹⁹ <https://www.gov.br/saude/pt-br>

²⁰ O documento apresenta no título a sigla SUS que significa Sistema Único de Saúde.

teórico produzido acerca da intersetorialidade e também da Saúde Mental Infantojuvenil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dividiu-se os resultados e a discussão da análise documental em dois blocos. O primeiro, Análise Geral dos Documentos, discorre sobre como os textos foram organizados e os principais assuntos abordados neles, a saber: mudança e marcos legais da ideia de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito; concepção de saúde mental e classificação dos serviços entre clínicos e não-clínicos. O segundo bloco, Análise dos Documentos Acerca da Intersectorialidade, aborda aquilo que pode ser identificado nos textos como característica e estratégias intersectoriais.

Análise Geral dos Documentos

O documento “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” foi elaborado pelo Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil²¹ e possui, além de diretrizes e princípios para a saúde mental, textos produzidos por militantes e acadêmicos da área (BRASIL, 2005). O Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil surgiu a partir das discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental e se baseava na intersectorialidade e na construção de redes de atenção em saúde, caracterizava-se também por ser um espaço de debate coletivo. O Fórum possuía representantes dos diversos setores das políticas públicas: saúde, educação, assistência social, justiça, cultura, entre outros. Assim, o formato do documento apresenta perspectivas com abordagens múltiplas acerca da Saúde Mental Infantojuvenil. Porém, sua publicação foi realizada apenas pelo Ministério da Saúde.

O documento é composto por textos que apresentam sucessivamente: a explanação sobre o Fórum Nacional de Saúde Mental

²¹ A última reunião do Fórum ocorreu em 2012 (TAÑO, 2017).

Infantojuvenil como um mecanismo intersetorial; a discussão sobre a institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, considerando quais eram os envolvimento das políticas públicas em cada período da história; um projeto de inclusão de crianças deficientes em abrigos (que são serviços do setor da Assistência Social); um texto sobre a comissão intersetorial para a promoção, a defesa e a garantia de direitos das crianças e dos adolescentes e, por último, um texto sobre a rede de saúde mental a partir da articulação entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatorios de saúde mental. Deste modo, o documento produzido pelo Fórum tem perspectivas de discussão, debate e diretrizes apresentadas a partir do diálogo composto por estes parceiros.

Já o documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” foi produzido pelas

[...] áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem – e a Comissão de Aperfeiçoamento da Atuação do Ministério Público na Área da Infância e Juventude do Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2014).

O texto foi, assim, construído pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério Público e abarca a diversidade de serviços que garantem os direitos das crianças e adolescentes no cuidado em saúde mental, porém também foi publicado apenas pelo Ministério da Saúde.

Os dois documentos apresentam em seus conteúdos o resgate histórico sobre a infância e a juventude no Brasil. Assim, discorrem que, principalmente até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, as crianças e os adolescentes eram constantemente institucionalizadas. Tanto as de famílias ricas, que iam para internatos,

como as mais pobres que eram destinadas a educandários ou internadas em instituições correccionais quando apresentavam algum “desvio” (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

Os movimentos insurgentes no Brasil por direitos sociais, a partir da década de 1970, provocaram a ressignificação sobre o cuidado a ser ofertado a crianças e adolescentes. Passou-se a lutar para que eles fossem sujeitos de direitos, fortalecendo a importância dos laços familiares e sociais para o seu desenvolvimento e educação (BRASIL, 2005; COUTO, 2012; TAÑO, 2017). Porém, só na década de 1990 que ocorreram mudanças de fato, de acordo com os documentos que representam a Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Foi com a promulgação da Constituição Cidadã (1988) e o do ECA (1990) que se denotaram mudanças no modo de se compreender a infância e a juventude no país, já que são marcos legais e invocam que crianças e adolescentes são sujeitos de direito e devem ser protegidos, e não tutelados, pelo Estado (BRASIL, 2005; 2014).

É importante destacar que os documentos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014) apresentam de modo diferente a ideia de saúde mental. O documento ministerial de 2005, “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil”, não dá enfoque ao tema do uso abusivo de substâncias psicoativas. Tanto que o termo “uso de substâncias psicoativas” aparece uma vez apenas, na página cinco, no trecho: “entre os males mais freqüentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Observamos, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes” (BRASIL, 2005, p. 5). E a expressão “Álcool e drogas” duas vezes, nas páginas 18 e 73, para se referir quem eram os representantes no Fórum intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil: “Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas – Dape/ SAS” (BRASIL, 2005, p. 18 e 73). Este fato chamou a atenção, pois a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas data de 2003 (BRASIL, 2003), por isso, esperava-se que o documento de 2005 abordasse de modo mais contundente o tema sobre o uso/abuso de substâncias psicoativas.

Ainda sobre a concepção de saúde mental, o documento “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” utiliza, durante todo o material, os termos: “transtorno psíquico”; “deficiência mental”; “autismo”; “psicose infantil”; “transtornos de ansiedade”; “transtornos mentais”; “doença mental”, para se referir àqueles que são atendidos em serviços de saúde mental (BRASIL, 2005). Neste sentido, o conteúdo dos documentos pode conduzir ao entendimento de que a saúde mental se relaciona com a lógica do diagnóstico, pautada nas psicopatologias descritas nos grandes manuais, como o Código Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). O que pode levar a compreender que o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil ocorre, prioritariamente, para as crianças que possuem um diagnóstico psicopatológico.

Há trechos do texto que apontam, por outro lado, para um cuidado integral, com inserção comunitária, voltado para autonomia do sujeito e respeito às suas singularidades. Como em:

Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (BRASIL, 2005, p. 14).

Para um cuidado potente e efetivo a crianças e adolescentes, faz-se importante o cuidado integral, que é uma das atribuições do cuidado e corresponde a atender o usuário a partir do “todo” que ele apresenta e não

apenas voltado para o “problema” que o levou até o serviço (MATTOS, 2009). Ou seja, perceber o sujeito em relação aos aspectos biopsicossociais que possui e atendê-lo a partir dessa perspectiva. Deste modo, num serviço de saúde, por exemplo, não se deverá pensar no usuário como o seu transtorno mental ou psicopatologia, mas como um ser que pertence a uma conjuntura com certos valores, afetos e condições sociais, portanto, em sua multiplicidade. A multiplicidade em que o sujeito está imerso precisa ser considerada pelo profissional que o atende. Assim, Mattos (2009, p. 55) aponta que “a postura dos profissionais é fundamental para a integralidade; em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe [...] e de seus processos de trabalho”.

O texto classifica, ainda, os serviços da política de saúde como clínicos e os serviços das outras políticas como não-clínicos (BRASIL, 2005, p. 51), como pode ser constatado no trecho que segue:

[...] para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Capsis e Caps, ambulatórios, hospitais, Programa Saúde da Família – PSF), mas também outras agências sociais não clínicas que, por atravessarem a vida das crianças e dos jovens, constituem-se como linhas que costuram seu território: escola, igreja, órgãos da Justiça da Infância e Adolescência como Conselho Tutelar, Vara da Infância, Ministério Público, instituições de esporte e lazer, dentre outros.

A Política Nacional de Humanização (PNH) discorre sobre o conceito de clínica ampliada, que se tornou uma das diretrizes para o trabalho em saúde nos diversos âmbitos, desde atenção básica até a alta complexidade, o que inclui a saúde mental (BRASIL, 2009). Com isso, é esta a proposta de clínica que tem de perpassar as práticas em Saúde Mental Infantojuvenil, inclusive as intersetoriais.

A clínica ampliada tem como pressuposto reconhecer o potencial do sujeito enquanto ser multicausal e complexo, isto é, perceber o outro para além de pedaços fragmentados. A clínica ampliada no cotidiano do trabalho em Saúde Mental Infantojuvenil convoca o trabalho em equipe a extrapolar os muros dos serviços de saúde e a percorrer o território em que os sujeitos habitam (BRASIL, 2009). Afinal, aquilo que é complexo só é possível de ser percebido entendendo os contextos e a composição das singularidades de cada sujeito. A partir do exposto, compreende-se que não há motivos para se separar os serviços em clínico ou não-clínico, pois a clínica ocorre em todo o território e com a participação de diversos atores que compõe a rede intersetorial: escola, família, Centros de Referência da Assistência Social, Conselho Tutelar, igreja e outros.

Já o documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”, de 2014, dá maior ênfase ao cuidado em saúde mental para aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, apresentando inclusive para quais serviços as crianças e os adolescentes devem ser encaminhados. O texto aborda de forma mais enfática a ideia de cuidado em saúde mental a partir da construção social do sofrimento psíquico, apesar de também apresentar o termo “transtorno mental”²² (BRASIL, 2014). Aponta, de modo contundente, que as vulnerabilidades, as relações sociais, a violência estrutural e as questões identitárias e de gênero podem produzir sofrimento psíquico, o que irá requerer cuidado em saúde mental, como explicitado no trecho: “reitera-se ser preciso admitir que a saúde resulta de um processo de construção fortemente influenciado não apenas pelo acesso a bens e serviços, mas também pela equidade e pelo respeito às diversidades étnica, racial, cultural e afetiva” (BRASIL, 2014, p.17).

.....
²²O sofrimento psíquico é uma condição em que a pessoa se encontra, logo, não é sinônimo de psicopatologia ou transtorno mental, apesar de ser utilizado deste modo pela literatura (BRASIL, 2005A; TAÑO, 2017). Já o transtorno mental se relaciona com a lógica do diagnóstico, pautada nas psicopatologias descritas nos grandes manuais, como o CID (Código Internacional de Doenças) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Percebe-se que há duas conotações para a Saúde Mental Infantojuvenil presentes nos documentos analisados. Uma relacionada às psicopatologias e à necessidade de haver serviços especializados na composição da rede de saúde para os cuidados em Saúde Mental Infantojuvenil, já a outra é relacionada à compreensão da saúde mental em seu conceito ampliado, logo, abarca os determinantes sociais. A concepção ampliada de sofrimento psíquico denota que este não deve ser compreendido como sinônimo de transtorno mental e o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil pode ser efetivado nos diversos serviços da rede de saúde, como as unidades de saúde; seguindo a lógica de hierarquização e descentralização previstas no SUS (BRASIL, 1988).

Por fim, conclui-se que, os dois documentos norteadores da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, apesar de terem sido publicados somente pelo Ministério da Saúde, foram elaborados em parceria com outras políticas públicas. Isto pode indicar que a Saúde Mental Infantojuvenil não deve ser efetivada a partir de um viés setorial. Essa elaboração conjunta não aparece, por exemplo, em outros documentos ministeriais – como a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) e os Cadernos da Atenção Básica (BRASIL, s/d) – mesmo que estes afirmem a intersetorialidade como diretriz para se promover saúde. Com isso, parece ter havido uma tentativa de se elaborar a Política de Saúde Mental Infantojuvenil de modo que esta extrapolasse o setor saúde, o que pode levantar o questionamento sobre o quanto gestores e profissionais das políticas públicas estão familiarizados com a intersetorialidade. Por isso, no próximo tópico, irá se discutir como a intersetorialidade é abordada nos documentos ministeriais da Política de Saúde Mental Infantojuvenil.

Análise dos documentos acerca da intersetorialidade

Ao realizar a leitura dos documentos, deu-se ênfase a palavras e expressões que remetiam às características da intersetorialidade, como descrito no quadro 1.

Quadro 1- **Termos que remetem a Intersetorialidade na Política de Saúde Mental Infantojuvenil**

Documento	Termo	Frequência	
“Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005)	parcerias	1	
	interfaces	1	
	diferentes setores	2	
	intersectorialidade	3	
	inclui [...] outras agências sociais não clínicas	2	
	articulação	1	
	articulação intersectorial	1	
	rede intersectorial	1	
	estratégia de intersectorialização	1	
	convocar vários setores e instâncias do território (intersectorialidade)	1	
	interfaces [...] com outras políticas públicas	1	
	“Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014)	outras políticas intersectoriais	2
		articulada intersectorialmente	1
articulação parceira intersectorial		1	
atores intersectoriais		2	
intersectorialidade		1	
articulações intersectoriais		2	
demais redes		1	
políticas intersectoriais para além da saúde		1	
parceria das redes intersectoriais		1	

Nota-se que as palavras *articulação* e *parceria* aparecem mais de uma vez, acompanhadas ou não de outras expressões, como em “articulação

intersectorial” e “parceria das Redes Intersectoriais”. A partir disso, apreende-se que a concepção prioritária dos documentos sobre intersectorialidade é a de que ela pressupõe parceria, logo, articulação. Isso fica em evidência nos trechos como:

..... [...] toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens **precisa estabelecer parcerias** com outras políticas públicas [...] (BRASIL, 2005, p. 6, grifo nosso)

..... apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja **pautada na intersectorialidade** e na co-responsabilidade. [...] (BRASIL, 2005, p. 10, grifo nosso)

..... Propõe-se que este Fórum esteja **calcado na intersectorialidade** e na constituição de redes de atenção como diretrizes gerais norteadoras de uma política de atenção em saúde mental da criança e do adolescente (BRASIL, 2005, p. 17, grifo nosso)

..... que tenham como característica a **articulação parceira intersectorial**, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes).[...] (BRASIL, 2014, p. 19, grifo nosso).

..... estratégias amplas que incluam **políticas intersectoriais para além da saúde** (cultura, educação, esporte e lazer, assistência social). (BRASIL, 2014, p. 41, grifo nosso).

Em nenhum dos dois documentos, porém, há uma explicação direta, objetiva e explícita do que seja a intersectorialidade ou mesmo de como podem se estruturar ações intersectoriais. Ou seja, não foi possível, a partir dos documentos, afirmar com exatidão se existem, para a Saúde Mental Infantojuvenil, ações genuinamente ou especificamente intersectoriais –

como se esperava encontrar nos textos dos documentos quando se traçou a metodologia do trabalho. O que ocorre nos textos dos documentos ministeriais é a presença de termos que remetem à necessidade de que haja ações intersetoriais quando se trata da temática da Saúde Mental Infantojuvenil. Os textos apresentam, assim, indícios do que são as ações intersetoriais em Saúde Mental Infantojuvenil.

O documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014), remete à compreensão de que a intersetorialidade em Saúde Mental Infantojuvenil parte do setor saúde, isto é, ela é promovida por este setor. Isto fica evidente nos trechos:

..... Neste sentido, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social [...]

..... Assim, considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação parceira intersetorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes). (BRASIL, 2014, p.18-19)

Essa lógica de que a intersetorialidade é requerida pelo setor saúde foi percebida também pelos estudos de Paula, Palha e Protti (2004); Ornelas e Teixeira (2015) e Amaral (2015), que afirmam que a saúde geralmente ocupa o lugar de solicitante de ações intersetoriais para que se resolvam questões que emergem nos serviços de saúde.

Paula, Palha e Protti (2004, p. 338-339), em sua pesquisa, afirmam que

[...] a complexidade do trabalho na saúde requer responsabilização perante a determinadas situações e isso tem provocado busca de determinadas parcerias com outros setores para a resolutividade ou amenização das necessidades que chegam até as equipes. Tem-se com isso uma explicitação da liderança que o setor saúde apresenta em relação aos demais setores sociais.

Ao falar que cabe à equipe de saúde procurar parcerias para sanar as situações e que assim a saúde ocupa lugar de liderança sobre os demais setores, fica explícito que a intersectorialidade ocorre para sanar questões da saúde. Na pesquisa de Ornelas e Teixeira (2015), uma das pessoas entrevistadas aponta que os outros setores ficam subordinados ao setor saúde. Segundo os autores, a pessoa entrevistada afirma que “há um equívoco epistemológico quando se atribui à saúde essa missão integradora, sendo mais adequado entender a intersectorialidade como algo inerente ao campo sanitário, que requer a contribuição de outros setores sem situar-se acima deles” (ORNELAS; TEIXEIRA, 2015, p. 668). Ou seja, o setor saúde coloca-se como chefia ou liderança dos demais setores, como se fosse o mandante das ações e os demais setores seus subordinados.

Amaral (2015) traz em seu estudo duas afirmações que corroboram com a ideia de que a intersectorialidade é focada no setor saúde. A autora afirma que “apesar de muitas vezes agregar vários setores, os atores envolvidos nas ações de fundo intersectorial focam em um campo específico, por exemplo, no caso da saúde” (AMARAL, 2015, p. 113). Ou seja, que apesar de se falar em intersectorialidade ainda se pensa em resoluções para um determinado setor. Conforme discute em seu estudo, a autora afirma que “grande parte da prática intersectorial descrita foi encontrada em publicações em bases de dados indexadas da área de saúde, o que levanta o questionamento sobre a real possibilidade de superação das questões setoriais para as quais as políticas são construídas” (AMARAL, 2015, p.117), que reforça que a intersectorialidade cabe ao setor saúde.

A ideia de ter um setor como demandante da intersetorialidade pode vir a deslegitimar a lógica de trabalho em rede proveniente do conceito da intersetorialidade. Pois, ao se ter um setor como demandante, é como se este setor pusesse outros para sanarem uma demanda setorial dele; ao invés de se estabelecer parceria entre setores para a solução de uma questão transversal apresentada num território, por exemplo (AMARAL, 2015).

Em ambos os documentos, é possível perceber ainda que a intersetorialidade pode ocorrer para promover a desconstrução de uma demanda (a ser detalhado a seguir) e, por vezes, é preciso que seja revista a ideia do tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, como poder ser percebido no trecho:

[...] o serviço [de saúde] deverá realizar o trabalho de desconstrução, que muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias, a escola, por exemplo, quando encaminha situações de indisciplina ou os frequentíssimos “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento (BRASIL, 2005, p.13).

A intersetorialidade se faz, portanto, necessária como estratégia para se repensar o modo no qual os serviços têm realizado suas intervenções perante as demandas que surgem. Por exemplo, em relação a problemas de aprendizado, sabe-se que ele pode se relacionar com as condições sociais, econômicas, de dinâmica de vida das crianças, logo, não é uma questão a ser resolvida apenas pelo setor saúde. Neste sentido, o trabalho intersetorial terá como objetivo que os profissionais repensem o porquê de tantas crianças serem encaminhadas para o setor saúde com a queixa de que possuem “problema de aprendizado” e também proporcionará que reflitam o que pode ser feito diante desta questão (BRASIL, 2005).

Os documentos apresentam ainda como diretrizes promotoras de intersectorialidade a concepção de território, de encaminhamento implicado e de cuidado integral. Este último aparece também como o cumprimento da diretriz da integralidade na Saúde Mental Infantojuvenil.

De acordo com os documentos analisados (BRASIL 2005; 2014) o território define-se como “o lugar psicossocial do sujeito”. Ou seja, ele é formado pelas relações que o indivíduo estabelece, a partir de suas experiências com pessoas e instituições que compõem seu cotidiano. Neste sentido, território extrapola a concepção de lugar geográfico e sua formação considera os afetos envolvidos (BRASIL 2005; BRASIL, 2014). O território é o foco das questões que emergem no cotidiano dos serviços, pois é nele que se apresentam as problemáticas que compõem as demandas apresentadas pelos usuários que requerem cuidados em Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014; LIMA; YASUI, 2014). Além disso, o território se expande de acordo com as complexidades apresentadas, assim, ele pode compreender um bairro, uma região ou mesmo um país, quem determina isso são as identificações, as relações e os percursos promovidos pelos usuários dos serviços (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014; LIMA; YASUI, 2014).

Lima e Yasui (2014), alicerçando-se na concepção de território defendida pela atenção psicossocial e pela Reforma Psiquiátrica, afirmam que tal concepção se refere a um objeto dinâmico, vivo e com inter-relações e deve, ainda, haver

[...] o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. [...] o território englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem (LIMA; YASUI, 2014, p. 596).

O território compõe-se por uma “[...] inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico. O território, tomado como um todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597). Neste sentido, o território vai demandar ações intersetoriais, pois é nele que as vulnerabilidades estão presentes. Vulnerabilidade corresponde à mobilidade social dos indivíduos nas estruturas sociais e econômicas, isto é, quanto menor a possibilidade de ocorrerem mudanças sociais, maiores as vulnerabilidades envolvidas (GUARESCHI, REIS, HUNING, BERTUZZI, 2007). Assim, quanto mais vulnerabilidades, mais questões socioeconômicas há no território e mais complexidades. Por isso, a importância de as ações intersetoriais serem direcionadas para problemáticas presentes em um território, pois quando elas advêm do território possuem foco transversal, ou seja, que impacta na vida de diversas pessoas que habitam e circulam no território (BRONZO, 2018).

As instituições que compõem o cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes, muitas vezes se articulam via encaminhamentos. Delfini e Reis (2012, p. 359) afirmam que o termo encaminhamento pode variar desde “indiscriminado, no qual encaminhar é sinônimo de se desresponsabilizar até um encaminhamento implicado, no qual se pede ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade e, em alguns casos, se compartilha o cuidado.” Os documentos afirmam que o encaminhamento implicado é aquele em que ocorre o trabalho conjunto entre os serviços e que há acompanhamento do caso, tanto por parte de quem encaminhou como por quem recebeu; o que pode envolver mais de dois serviços (BRASIL, 2005; 2014). A partir disso, percebe-se a concepção de intersetorialidade como parceria entre serviços relaciona-se ao que é compreendido como encaminhamento implicado. Neste sentido, pode-se dizer que o encaminhamento implicado deve ter caráter intersetorial.

Outro conceito presente nos textos é o de cuidado integral, que tem como sinônimo a integralidade. De acordo com Mattos (2009), a

integralidade extrapola a ideia de diretriz do SUS e pode ser entendida como uma bandeira de luta. Isto porque, a integralidade aborda “[...] um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2009, p. 45). A integralidade possui concepções múltiplas que se inter-relacionam e que são válidas não apenas para a política de saúde. Assim, o cuidado integral em Saúde Mental Infantojuvenil ocorrerá para além dos serviços que compõem o SUS ou a rede de saúde. Por isso, a integralidade é uma diretriz que se alia com as práticas intersetoriais.

Notou-se que os textos analisados apresentam apontamentos sobre a intersetorialidade e suas possíveis ações, porém, sem direcionar quais são essas ações ou mesmo definir de modo explícito a concepção de intersetorialidade defendida pela política, ou seja, os textos são escritos partindo de um *a priori* de que quem os acessa já tem um conhecimento prévio sobre a intersetorialidade. Assim, as perguntas iniciais elaboradas para o direcionamento da análise documental ficaram respondidas parcialmente: conseguiu-se saber quais expressões aparecem relacionadas à intersetorialidade e quais são os trechos em que aparecem menções à intersetorialidade. Porém, as características da intersetorialidade que aparecem nos documentos e quais são, de modo concreto, as ações ou estratégias intersetoriais são conteúdos que se apresentaram, nos documentos, de modo indicativo (ou seja, “nas entrelinhas”). Assim, consegue-se inferir, nos documentos, que a intersetorialidade se refere à parceria ou união de setores para resolução de problemáticas e que as ações envolvem os conceitos de território, integralidade e encaminhamento.

CONCLUSÕES

Os documentos não apresentam de modo diretivo o conceito de intersetorialidade, ou seja, não há trechos como: “intersetorialidade pode ser definido como...”, “Intersetorialidade significa...”, “A intersetorialidade

é importante no cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil por causa de...”. Os documentos analisados, por outro lado, dão pistas de que se pode considerar como ações intersetoriais: o Fórum Intersectorial em Saúde Mental Infantojuvenil e encaminhamento implicado. De modo geral, em relação a essas ações, os documentos afirmam que são intersetoriais, pois são realizadas pela parceria entre mais de um setor das políticas públicas.

Apesar dos documentos (BRASIL, 2005; 2014) não apresentarem uma concepção de intersectorialidade de forma metódica ou organizada, é possível ainda inferir que a intersectorialidade em Saúde Mental Infantojuvenil diz respeito às ações em que dois setores ou mais se articulam em um dado território para efetivar o cuidado integral em relação ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, entendendo que estes precisam continuar a circular no referido território. Logo, a intersectorialidade é composta por profissionais das várias áreas do conhecimento, formações e que trabalham em serviços de diversas secretarias ou setores. Em que estes precisam ter um olhar ampliado sobre o sujeito e as relações que este compõe com as instituições, sejam elas os serviços públicos, a família ou as normas sociais.

Nota-se, ainda, que há algumas lacunas nos textos em relação às ações intersectoriais, que são afirmadas como tão caras e necessárias para o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil. Como, por exemplo, o fato de não deixarem explícita a concepção de intersectorialidade, para melhor guiar as ações a serem realizadas; o de não apontarem quais os principais setores que estão envolvidos nestas ações e o de não haver explícito se há especificidades nas ações intersectoriais em Saúde Mental Infantojuvenil.

Apartir do exposto, compreende-se que este estudo pode demonstrar alguns avanços da Saúde Mental Infantojuvenil e também que, como política, seus documentos tidos como norteadores apresentam diversas fragilidades. Neste sentido, este capítulo mostra relevância ao descrever o quanto ainda é preciso uma melhor organização e estruturação em torno do cuidado a crianças e adolescentes em Saúde Mental infantojuvenil.

Afinal, há a premissa da intersectorialidade como condição primordial para o cuidado do referido público, porém os documentos sequer delimitam o que é a intersectorialidade, apenas deixam pistas ou mesmo tratam o assunto como algo que fosse da compreensão de todos. Aposta-se, assim, na necessidade de estudos que investiguem a intersectorialidade em Saúde Mental Infantojuvenil no dia a dia dessas crianças e suas famílias, pois entende-se que só assim será possível produzir, de fato, uma política de Saúde Mental Infantojuvenil efetiva e intersectorial.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. S. M. **Estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental infantil:** (des)conexões da rede (Dissertação de Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2017.

BASTOS, L. H. C. V, MENDONÇA, M. H. M. de. Assistência à Saúde Mental para a Infância e a Adolescência: um trabalho solitário. In Cruz, S. C. de S.; Wernwe, R. C. D.; Dalbello-Araujo, M. Saúde Pública em Vitória: vários olhares. 1ª. ed. Vitória, ES: Gráfica e Editora Aquarius. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Recuperado em 10 julho 2017, de <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>

BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF. 1990. Recuperado em 12 de setembro de 2016, de <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

BRASIL. Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no Sus: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2014.

BRONZO, C. Intersetorialidade, vulnerabilidade, desigualdade: quando a integração é necessária para a proteção social ser suficiente. In: ROMAGNOLI, R. (Org.). **A intersectorialidade e seus desafios**. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, p. 1-23. 2018.

COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S, DELGADO, P. G. G.. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.4, p.384-389. 2008.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. (Tese de Doutorado). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. 2012.

DELFINI, P. S. de S., REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à Saúde Mental Infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.2, p. 357-366. 2012.

FALAVINA, O. P., CERQUEIRA, M. B. (2008). Saúde mental infantojuvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, n.1, p.42-46. 2008.

FERNANDES, A. D. S. A., CID, M. F. B., SPERANZA, M., COPI, C. G. (2019). A intersectorialidade no campo da Saúde Mental Infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.27, n.2, p.454-461, 2019.

GUARESCHI, N. M. F. et al . Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, jun. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 mar. 2021.

GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, p. 57-63. 1995.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v.38, n.102, p. 593-606. 2014.

LIMA, R. C. Saúde Mental na Infância e Adolescência. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. DE A.; SILVA, P. R. F. (orgs). **Políticas e Cuidados em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, p. 229-254. 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO.p 39-66. 2001.

MONTEIRO, K. A. DE C., RIBEIRO, M. M. DA C., BASTOS, A. (2007). Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 290-303. 2007.

RIBEIRO, P. R. M. História da Saúde Mental infantil: a criança brasileira da Colônia a República Velha. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.1, p. 29-38.2006.

PAULA, K. A. de; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. (2004). Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, p. 331-348. 2004.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n.1. 2009.

SOUZA, L. de; MENANDRO, P. R. M. Pesquisa documental em Psicologia: a máquina do tempo. In: RODRIGUES, M. M. P., MENANDOR, P. R. M. (Orgs.), **Lógicas Metodológicas: trajetos de pesquisa em Psicologia**. Vitória, ES: GM Gráfica Editora, p. 151-174. 2007.

TAÑO, B. L. **A constituição das ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico** (Tese de doutorado). Doutorado em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 2017.

QUINTANILHA, B. C. **A Intersetorialidade em Saúde Mental Infantojuvenil** (Tese de doutorado). Doutorado em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES. 2020.

CAPÍTULO 5

RESISTÊNCIAS E CONTROLES NOS CRAS: O incentivo ao trabalho formal em questão

Keli Lopes Santos²³

INTRODUÇÃO

Este escrito deriva de uma dissertação de mestrado que abrangeu diversas experimentações no campo da Assistência Social, incluindo, além da pesquisa de campo, experiências de trabalho, de militância e de participação popular. A dissertação teve o objetivo de investigar como se efetuam os processos de resistências e os processos de regulamentação da vida nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Neste capítulo, discutiremos especificamente um dos desdobramentos deste estudo que foi a investigação sobre a inserção ou incentivo à inserção no mercado de trabalho como dispositivo de controle, bem como a negativa ao trabalho como estratégia de resistência das usuárias. Destacamos que os conceitos de Resistência e Regulamentação da vida de Michel Foucault (2005a) constituíram-se como principais ferramentas conceituais.

Foucault (2005a) afirma que em torno do século XVIII surge um modo de exercício do poder que denominou de regulamentação, o qual opera na lógica do *fazer viver e do deixar morrer*. A Regulamentação da vida,

²³Keli Lopes Santos – Mestra em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo. Defendeu dissertação de mestrado intitulada “Resistências e Controles no PAIF/CRAS: o desafio de desnaturalizar práticas e inventar possíveis” com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo. Atua como Coordenadora e Docente do curso de Psicologia da Escola Superior São Francisco de Assis em Santa Teresa-ES.

segundo Foucault (2005a), refere-se a um modo de exercício do poder que atua por meio de mecanismos globais sobre a população para se obter estados de regularidade e controle, diferenciando-se do poder disciplinar que atua sobre o corpo dos indivíduos. Leva-se em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie, em uma “biopolítica” da espécie humana (FOUCAULT, 2005a). Porém, pode-se dizer que, na maioria dos casos, “[...] os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulamentadores da população são articulados um com o outro.” (FOUCAULT, 2005a, p. 299).

É inegável que existem investimentos para o controle e regulamentação da vida. No entanto, é primordial destacar que não existe relação de controle sem resistência, escapatória ou desvio. Ou melhor, como afirma Foucault (2010), a resistência é primeira, justamente porque existem desvios é que há investimento de controle. E é por isso que se mostra relevante dar ouvidos a essas vozes de resistência. Se há investimento em silenciar é porque essas vozes são potentes e capazes de produzir quebras, rachaduras nos modos hegemônicos de se viver. Podemos dizer que “em toda parte se está em luta [...] a cada instante, se vai da rebelião à dominação, da dominação à rebelião” (FOUCAULT, 2006a, p. 232). A luta, portanto, passa a ser condição para a existência. Será preciso, então, construir um olhar para enxergar as lutas cotidianas, atentando não apenas para as grandes revoluções e marcos históricos. Afirmar que a luta se faz diariamente é, portanto, apropriar-se da vida e criar novos rumos para ela. Apresentados os conceitos de Foucault que servirão de base para as reflexões, faz-se também necessária uma introdução de alguns elementos históricos ligados a esse campo.

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

As deliberações da IV Conferência da Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, culminaram na criação do Plano Nacional de

Assistência Social. Este apontou para a criação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil. Neste Plano, observa-se o direcionamento para a consolidação do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), além da estruturação dos serviços da Assistência Social entre Proteção Social Básica²⁴ e Especial²⁵ (BRASIL, 2004). Foi, então, em 2005 que houve a aprovação e a criação do SUAS, que, assim como o SUS, é uma política pública de caráter descentralizado e participativo.

As regulamentações federais preveem que nos CRAS, base territorial organizadora dos serviços socioassistenciais da proteção social básica, devem ser realizadas ações que possuem objetivo de proteção social, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e prevenção de seu rompimento, bem como acesso aos benefícios socioassistenciais (SANTOS *et al.*, 2017).

O CRAS é uma unidade pública estatal e descentralizada da Política de Assistência Social. Cabem aos CRAS a gestão territorial e a execução do Serviço de Proteção e Atendimento Integral da Família (PAIF). A gestão

.....
²⁴Os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos CRAS e em outras unidades básicas e públicas de Assistência Social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de Assistência Social da área de abrangência dos CRAS. A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004).

²⁵A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Divide-se em Proteção Social Especial de Média Complexidade e de Alta Complexidade. São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e aos indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou, comunitário (BRASIL, 2004).

territorial responde à diretriz de descentralização político-administrativa e tem por objetivo atuar preventivamente. Já o PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso a direitos e o usufruto deles e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida (MDS, 2016).

A ferramenta utilizada pelas profissionais para se atingirem os objetivos propostos pelos CRAS é o *acompanhamento familiar*. De acordo com o guia de *Orientações Técnicas Sobre PAIF: Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF*, o acompanhamento familiar

[...] consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, que pressupõem a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar – com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas. (MDS, 2012, p. 50).

Neste guia publicado no ano de 2012, percebe-se a ampliação do PAIF, que se torna um serviço a ser ofertado no CRAS e não mais um programa. Vale destacar que o acompanhamento familiar será voltado para as famílias e indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Importante destacar que a Assistência Social no Brasil historicamente foi tratada como uma ação paternalista, personalista e despolitizante, seja por meio de uma noção de caridade, seja por filantropia, que se constitui como um favor ou ajuda e fornecida por uma pessoa ou grupo específico. Sposati (1988) analisa que deste modo a Assistência Social é lugar de discriminação e segregação. Observa-se que, apesar de a Assistência

Social ter se constituído como política pública, essa visão paternalista e personalista ainda se encontra presente.

ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE SABER

Neste escrito, faremos uso do termo “estratégias de produção de saber”, em detrimento do termo “método”. Esta mudança se mostra necessária quando assumimos que método e problema de pesquisa não se encontram em lados opostos, mas estão mutuamente relacionados (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005).

Mostra-se necessário, então, o exercício de pensar e criar estratégias que nos auxiliem a discutir e analisar as questões trazidas nesta pesquisa. Nesse caso, trata-se de admitir que não existe uma realidade pronta e independente do nosso modo de acesso a ela e que, portanto, não existe um método privilegiado de acesso a esta realidade (SILVA, 2005).

Sendo assim, fizemos uso de duas estratégias de produção de saber. Uma delas foi analisar as anotações e as memórias da pesquisadora e outra foi analisar entrevistas individuais e encontros com grupos de profissionais que trabalham ou já trabalharam nos CRAS do município. Para disparar as discussões tanto das entrevistas quanto dos encontros em grupo, as profissionais foram orientadas a relatar casos considerados por elas como de “fracasso” e outros de “sucesso” no processo de acompanhamento familiar, bem como a descrever seu cotidiano de trabalho. Nos encontros com as usuárias dos serviços, foi dado enfoque a perguntas que as levaram a expressar as mudanças em suas vidas após inserção em programas de acompanhamento no CRAS. Foi posta em prática ainda a estratégia do diário de campo produzido nos encontros realizados com usuárias²⁶ e profissionais de um CRAS no município de Cariacica-ES, no ano de 2014.

²⁶ Será utilizado o termo “usuária(s)” para designar as pessoas que participam das atividades do CRAS. Entende-se que essas pessoas não são meras usuárias, mas sim pessoas que integram os serviços de modo ativo. O termo será utilizado no feminino e tem o objetivo de dar visibilidade à participação feminina nesse processo.

Esta pesquisa foi realizada em Cariacica, que é um dos municípios que integra a região metropolitana de Vitória, possuindo 375.974 habitantes, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013 (IBGE, 2010 apud SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2012). Embora tenha havido grande crescimento da população no município, nota-se que a riqueza socialmente produzida no estado do Espírito Santo não é distribuída na mesma proporção: Cariacica reduziu sua participação no total do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, passando de 5,75% em 2002 para 4,60% em 2006, possuindo o segundo menor PIB dentre os municípios da região metropolitana da Grande Vitória (IBGE, 2010 apud SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2012).

Grandes construções foram empreendidas no município durante seu processo de urbanização, como a Colônia de Leprosos, denominada posteriormente de Hospital Pedro Fontes, no bairro Padre Matias (antigo bairro Itanhenga) e o Asilo dos Alienados, conhecido como Hospital Aduino Botelho, no bairro de Santana, localizado onde hoje é o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC). O município possui também grandes presídios e unidades de internação para adolescentes que cometem ato infracional. Pode-se afirmar que Cariacica foi historicamente o município para onde foram direcionadas parcelas estigmatizadas da população que deveriam ser excluídas do convívio coletivo.

Seu crescimento populacional e sua ocupação territorial se deram, principalmente, em função da instalação de grandes empresas no estado do Espírito Santo (OLIVEIRA, 2010). A combinação do grande contingente de pessoas com a ausência de políticas públicas básicas de forma adequada e suficiente como habitação, saneamento básico, saúde, assistência social, dentre outras, contribuiu para a formação de grandes “bolsões de miséria” (OLIVEIRA, 2010). Cariacica foi apontada por pesquisas do IBGE como o município da Grande Vitória com maior índice de pauperização (IBGE, 2010 apud SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL,

2012). No entanto, é preciso apontar que este município se constitui “[...] não só de miséria, mas de tantas outras lutas cotidianas comuns a tantos brasileiros” (OLIVEIRA, 2010, p. 19).

A grande rotatividade de profissionais que executam a política nos serviços também agrava a situação de precariedade das políticas sociais. Os concursos públicos²⁷ realizados para provimento de cargos do quadro permanente em toda a prefeitura não resolveram essa situação, já que o município continuou oferecendo baixos salários e condições de trabalho precarizadas.

Vale ressaltar que esta pesquisa contou com submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e foi realizada entre os anos de 2013 a 2015. Período marcado pela ampliação dos serviços da Assistência Social nos municípios pelo Brasil e também por um movimento de consolidação e afirmação da Assistência Social como política pública. Deste modo, serão trazidas discussões sobre a política de Assistência Social e seus serviços, especificamente no que tange ao incentivo ao trabalho formal, articulando-os com os conceitos trazidos na introdução.

.....

²⁷O concurso público realizado em 2010 teve o objetivo de suprir a necessidade de profissionais do quadro efetivo, inclusive da Secretaria de Assistência Social. A esta Secretaria foram direcionados profissionais como Auxiliar Administrativo, Educador Social, Assistente Social e Psicólogo, todos aprovados no concurso público com Edital de número 01/2010. Este edital também previa a exigência de especialização profissional para os profissionais de nível superior. Tal fator eliminou muitos profissionais do certame. Vários foram os profissionais que acionaram a Justiça contra essa exigência, porém sem sucesso à época. Alguns profissionais conquistaram o direito à vaga na justiça e foram convocados em torno de 9 anos depois. Esta situação, aliada aos baixos salários, não garantiu que o quadro de profissionais se constituísse de forma satisfatória. A rotatividade de profissionais continuou grande. O edital 01/2010 previa salário no valor de R\$1.536,00 para profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas semanais. Outro concurso público foi realizado no ano de 2016 (edital 01/2016) com previsão de contratação de psicólogos com salário no valor de R\$2033,57 com carga horária de 40 horas semanais. Em junho de 2020, a jornada de trabalho dos Psicólogos e de outros profissionais da saúde foi reduzida para 30 horas semanais (CARIACICA, 2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trabalho e controle

Em 2013, o Governo Federal afirmava que mais de 70% das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) estavam inseridas no mercado de trabalho. Esta declaração do Governo Federal surgiu em um momento de frequentes críticas ao PBF de que este estaria desestimulando as usuárias ao trabalho (BRASIL, 2013). Em um grupo realizado com usuárias do CRAS muitas delas afirmaram que conheciam pessoas que, depois de terem recebido o benefício do PBF, abandonaram o emprego. Uma usuária relatou que na Bahia, onde antes residia, várias famílias que sobreviviam da colheita de cacau abandonaram o trabalho. Indagada sobre quanto recebiam e quais eram as condições de trabalho, a usuária informou que famílias inteiras se envolviam na colheita de cacau, inclusive as crianças. Independentemente de haver sol ou chuva, as pessoas colhiam cacau, já que necessitavam de recursos por não receberem o suficiente para sua subsistência. Ela relatou que, devido trabalharem na chuva, os dedos muitas vezes ficavam doloridos com o frio ou ainda mutilados pelas longas jornadas de trabalho.

Pensando no caso citado, observa-se que os serviços públicos não resolvem o problema da pobreza, mas sua ausência agrava as condições de miserabilidade da população (SPOSATI, 1988). As ações da Assistência Social são apontadas ainda “como formas de manter ou ampliar a coesão, efetivar a persuasão, a harmonia social, em contraposição às ações de repressão e coerção” (SPOSATI, 1988, p 40). Certamente existem várias concepções e formas de tratamento destinadas aos mais pobres pelas elites. Uma delas é a de que não se deve “sustentar” os mais pobres com benefícios sociais, e sim, estimular a inserção no mercado de trabalho. Esses grupos questionam a existência de programas sociais apontando que estes têm desestimulado o trabalho e rompido com a meritocracia. Nessa

lógica, trabalho e emprego são tratados como sinônimos, e desconsidera-se o fato de que muitos membros destas famílias desenvolvem trabalhos de pouco prestígio e visibilidade como as atividades domésticas ou informais. Por outro lado, grupos mais progressistas defendem os benefícios sociais alegando que o desemprego não se refere a um ato de vontade individual, mas que é fruto de uma conjuntura econômica e social. Contudo, suas ações se limitam a atenuar as consequências dos efeitos do desemprego por meio dos programas de transferência de renda.

Michel Foucault salientou, em seus estudos, que as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado são efeitos da governamentalidade liberal. Atuam principalmente em função de razões econômicas. Nesse sentido, essas necessidades econômicas passaram a manter “[...] uma perpétua reserva de mão-de-obra que se poderá utilizar, se necessário, mas se poderá mandar de volta ao seu estatuto de assistida, se necessário também” (FOUCAULT, 2008b, p. 284). Nessa via, podemos citar como exemplo a seguinte declaração do Governo Federal: “[...] o Bolsa Família tem contribuído para movimentar as economias locais. [...] Se o programa beneficia as famílias carentes diretamente, também ajuda a aquecer toda a economia” (BRASIL, 2013).

No Brasil, podemos traçar da seguinte maneira a forma com que tem se constituído o jogo de forças em torno da questão do exército de reserva²⁸ e do pleno emprego: setores progressistas da sociedade atuam com o objetivo de atingir o pleno emprego, enquanto setores mais conservadores e liberais defendem a manutenção do exército de reserva, que mantém os baixos salários, ou aceitam a ideia do pleno emprego com a condição de flexibilizar os direitos trabalhistas (PRONI, 2012). Os setores que defendem o pleno emprego afirmam ser este um ganho para

.....
²⁸Exército Industrial de Reserva foi um conceito desenvolvido por Karl Marx (1989) que se refere ao grupo de trabalhadores não empregados que podem ser ativados para o processo de produção capitalista sempre que necessário. Marx apontava que existe uma relação entre a baixa dos salários e o número de trabalhadores empregados e desempregados. Salientou que os salários reais são determinados pelo grau de desemprego, na lógica da oferta e da procura.

os trabalhadores (SPOSATI, 1988). Porém, nota-se que o pleno emprego se configura como mais uma estratégia para manter a coesão social e a exploração do trabalhador de modo mais aceitável. Outro fator que merece destaque é a dificuldade em adaptar o conceito de pleno emprego à realidade de países como o Brasil, já que o desemprego existe muitas vezes de forma disfarçada ou não é captado pelos indicadores (PRONI, 2012).

Podemos concluir que, mesmo se o Brasil atingir um patamar considerado como de pleno emprego, estratégias como a Política de Assistência Social e seus programas de “transferência de renda” ainda serão necessárias: primeiro, porque mesmo no pleno emprego existe desemprego e, segundo, porque no pleno emprego existem aqueles que são o exército dos mal pagos e precarizados. Essa reserva de mão de obra e o exército dos mal pagos e precarizados são assistidos por programas sociais, que no Brasil são chamados de Programas de Transferência de Renda.

Em síntese, deixa-se às pessoas a possibilidade de trabalhar se quiserem ou se não quiserem. Proporciona-se sobretudo a possibilidade de não fazê-las trabalhar, se não se tem interesse de fazê-las trabalhar. Garante-se simplesmente a elas a possibilidade de existência num certo patamar, e é assim que poderá funcionar essa política neoliberal (FOUCAULT, 2008b, p. 284-285).

Nesse contexto, vê-se coexistir uma cultura de estímulo ao emprego, como algo que “dignifica o homem” e uma política social a qual permite que as pessoas não se empreguem. Essa coexistência é possível uma vez que

[...] a sociedade neoliberal não estabelece como objetivo normatizar os indivíduos, controlá-los. Ela é uma sociedade da pluralidade. É marcada por algo como uma “tolerância” concedida aos indivíduos “infratores” e às práticas minoritárias. Não procura suprimir os “sistemas de diferenças”, mas otimizá-los [...]. (LAGASNERIE, 2013, p. 160).

A sociedade cria condições que não permitem a empregabilidade de toda a população e cria sistemas de compensação, como a política de Assistência Social, para melhor gerir e otimizar a população dos não empregados, que serão utilizados como mão de obra de reserva. Porém é importante analisar o que Foucault chama de “possibilidade de existência em um certo patamar”. As políticas compensatórias ou de transferência de renda permitem uma renda mínima e sempre mínima, para que não desestimulem de forma geral o emprego. Nessa lógica, o trabalho informal também aparece como possibilidade já que a população empobrecida muitas vezes não consegue se empregar formalmente. Importante ressaltar que o trabalho informal por vezes é colocado no âmbito da ilegalidade e da criminalidade, conforme apontam Siqueira e Lancetti (2014).

Para a parcela empobrecida que busca os serviços da Assistência Social, serão direcionadas práticas que levem suas usuárias a prescindir destes (CRUZ; HILLESHEIM, 2013). De acordo com Sposati (1988, p. 42), “[...] o horizonte das práticas de assistência social não pode suprir o não-trabalho, devendo restringir-se a uma necessidade do capital em ter a força de trabalho disponível”. As usuárias são estimuladas a deixar de depender dos serviços da Assistência Social e geralmente são incentivadas à conquista de um emprego ou ao aumento de sua escolarização. Essas práticas presentes nos serviços acabam por responsabilizar as usuárias pela condição em que se encontram, reproduzindo a ideia de que mediante seus esforços individuais elas poderão superar a pobreza ou miséria (CRUZ; HILLESHEIM, 2013). Portanto, é oportuno discutir as tais “portas de saída” da Assistência Social, isto é, as estratégias utilizadas para que as usuárias não dependam mais dos serviços e os efeitos dessas práticas.

Problematizando as “portas de saída” da Assistência Social

Existem diversas discussões entre os trabalhadores e gestores da Assistência Social no cotidiano de trabalho sobre a construção de

metodologias para o acompanhamento familiar. A delimitação de um prazo para se desenvolver esse acompanhamento sempre foi um ponto polêmico, a saber: a construção de “portas de saída” da Política de Assistência Social. Como delimitar um tempo específico para que a pessoa não dependa mais dos serviços, se a necessidade de inclusão nos programas sociais depende mais de uma conjuntura socioeconômica do que de sua vontade? Será que os serviços têm produzido a inserção no mercado como único modo de vida possível?

Certa vez, uma trabalhadora fez a seguinte pergunta: “Como devemos atuar para a autonomia das usuárias em situação de rua que frequentam o abrigo se elas têm ‘prazo de validade’?” Com esse termo, a profissional se referia ao fato de que as usuárias têm direito de ficar no abrigo por trinta dias e nesse período devem arrumar emprego e outro lugar para ficar, caso contrário perdem o direito de ficar no abrigo e dão lugar para outra usuária em situação de rua, ou seja, existe um prazo estabelecido para ter acesso ao serviço e ser considerada usuária.

As usuárias da Assistência Social têm prazo de validade. Nesta afirmação pode-se perceber que se opera para a submissão dessas pessoas aos modos de vida hegemônicos sem considerar que cada uma delas pode ter projetos de vida que não caibam nos objetivos propostos ou impostos pelos diferentes programas e serviços. Se há escape desse trilho previamente traçado, perde-se o direito à assistência do Estado. Desse modo, operam vários programas e serviços da Assistência Social e observa-se que dizem de uma estratégia biopolítica. Por meio do estabelecimento de prazos de validade estabelecem-se modos de *fazer viver* e, ao mesmo tempo, de *deixar morrer* os considerados descartáveis. A preocupação em pauta é produzir/gerir determinadas condutas, mais do que garantir teto, alimentação ou direitos.

No que se refere às insistentes investidas das profissionais em inserir as usuárias no mercado de trabalho, é oportuno o termo cunhado pelas ciências sociais “desemprego estrutural” para se referir à progressiva e

irreversível diminuição dos postos de trabalho formalizados (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA-FILHO, 2006). Mesmo nesta conjuntura, a ideia de que o trabalho formal é a “verdadeira natureza” do homem continua sendo fortemente defendida (MONTEIRO *et al.*, 2006) e as usuárias continuam a ser encaminhadas ao mercado de trabalho formal como se esta fosse a solução para todos os seus males.

Nas narrativas apresentadas na pesquisa, fruto dos diários de campo e entrevistas com usuárias e trabalhadoras da Assistência Social, notamos uma conformação ou naturalização do trabalho como emprego, que dignifica e sempre deve existir, independente das condições precarizadas e de intensa exploração. E ainda que a ausência de trabalho significa um desvio moral que deve ser reprovado e desestimulado. De acordo com Foucault (2005a), a partir do século XIX “o corpo [...] não é mais o que deve ser supliciado, mas o que deve ser formado, reformado, corrigido, o que deve adquirir aptidões, receber um certo número de qualidades, qualificar-se como corpo capaz de trabalhar” (FOUCAULT, 2005b, p. 119).

Lazzarato (2012) avalia que na sociedade de segurança²⁹ é possível admitir que parte da população não esteja inserida no mercado de trabalho, ou esteja inserida precariamente, pois o objetivo é promover a pluralidade. Porém se mostram necessários mecanismos que lidem com essa variabilidade para gerar suas consequências consideradas perigosas, como a pobreza. Nesse contexto, a política de Assistência Social cumpre um importante papel e, para entender seu modo de funcionamento no que se refere ao incentivo ao trabalho, é preciso que se analise o contexto histórico-econômico em que está inserida.

Standing (2014) afirma que a Política de Assistência Social sofreu reajustes com o processo de globalização. Essa política deixou de se

.....
²⁹De acordo com Foucault (2005), pode-se notar uma mudança de investimento sobre o corpo dos indivíduos entre os séculos XVIII e XIX. Afirma o autor que, até o século XVIII, o corpo dos indivíduos era o local de inscrição de suplícios e penas. Lazzarato (2012) nomeia, a partir das leituras de Foucault, como “sociedade de segurança” essa nova lógica do poder que investe na vida dos indivíduos como força de trabalho.

enquadrar no modelo de *welfare*³⁰ social e passou a se constituir por um modelo de “verificação de recursos” em que seus profissionais avaliarão se um indivíduo tem ou não condições de sobreviver sem a ajuda do Estado. E, depois, pela política de *workfare*, em que os indivíduos devem cumprir certo número de requisitos e se inserir no mercado de trabalho para fazerem jus aos benefícios. Lazzarato (2012) avalia que as políticas de emprego e as políticas do chamado *workfare* introduzem a insegurança, a instabilidade, a incerteza, a precariedade econômica e existencial na vida dos indivíduos e na sua relação com todas as instituições que até então os protegiam. Destacamos que a política do *welfare* não opera apenas sob a lógica da regulamentação da vida, mas também por meio de dispositivos disciplinares. Os dispositivos disciplinares e de regulamentação se conectam para se atingir objetivos ligados à governamentalidade.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 2011), preveem os objetivos da Política de Assistência Social e dentre eles está descrita a “promoção da integração ao mercado de trabalho”. No que se refere aos CRAS, observa-se que essa também é uma forte vertente, mesmo que não seja sua atribuição a inclusão produtiva ou inserção no mundo do trabalho (MDS, 2012). Não é raro os CRAS formarem parcerias com secretarias de trabalho ou geração de renda, pois se reconhece o potencial deste serviço “na identificação e mobilização das famílias para a participação em ações de inclusão produtiva [...]” (MDS, 2012, p. 48).

Na pesquisa realizada, notou-se com mais ênfase o resultado dessa pressão para a inserção no mundo do trabalho aliada à focalização da política, estabelecendo uma estratificação dos mais miseráveis dentre os miseráveis. A participante da pesquisa relata que as famílias que não “avançavam” no acompanhamento eram retiradas do Programa Cesta Cidadã (PCC), mesmo ainda necessitando da cesta básica. O PCC no

³⁰Welfare é aqui “[...] entendido como a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população.” (MEDEIROS, 2001, p. 6).

município de Cariacica prevê a distribuição mensal de uma cesta básica e acompanhamento às famílias em situação de insegurança alimentar. Mas há um número delimitado de cestas básicas por mês destinadas a esse programa para cada CRAS. Nas conversas realizadas na pesquisa observamos que existe um profissional em cada CRAS responsável pelo acompanhamento dessas famílias, bem como pela sua inclusão e exclusão do programa. Uma das condicionalidades é a participação mensal de um representante familiar em uma reunião no CRAS. Após a reunião, as famílias recebem uma autorização para retirar uma cesta básica no banco de alimentos do município. Uma das mudanças ocorridas no PCC foi o estabelecimento do prazo de um ano para permanência das famílias no programa. Esta prática foi justificada pela intenção de não acomodar as famílias ao programa. A trabalhadora afirma que se ela pode incluir uma família que tem mais chances de sair daquela condição, ela prefere, e diz que se sente forçada a agir deste modo pelo fato de não haver cesta básica para todos que necessitam:

..... Existe um programa e existe um norte para esse programa. (...) Acho que se a gente vivesse em um Estado que desse conta de todo mundo, aí eu não veria nada de mais, mas a gente não vive. (...) Existe seleção. E existia uma lista de pessoas à espera do PCC. E aí se você tem duas famílias que estão precisando. Uma que vai ser uma família que tem mais potencial de passar pelo PCC e de sair dali melhor, sem tanta necessidade assim da Política de Assistência, desse benefício, e outra família que não quer... A gente faz escolhas o tempo todo no CRAS (Trabalhadora do CRAS).

Nota-se ainda que o que define a inclusão ou a permanência das famílias no programa em questão é sua possibilidade de se enquadrar em determinado padrão: da pessoa empregada no mercado formal ou que seja empreendedora ou daquela que se esforça para tal. As famílias

que se recusam a aceitar esse modo de vida ou não se enquadram por algum motivo perdem o direito à Assistência do Estado, mesmo que isso não esteja sempre prescrito. Existe uma rede de regras, modos de funcionamento e de concepções que criam e permitem que práticas como esta existam. Podemos afirmar ainda que o controle do viver passa pela inserção ou pressão para que essas pessoas sejam inseridas na lógica do mercado: “Querendo ou não o objetivo do PCC é não precisar da cesta. Como não precisar da cesta? Com renda. E a renda via de regra vem do trabalho” (Trabalhadora do CRAS).

A focalização da política, resultado de uma política de Estado Mínimo, tem sido um importante impulsionador desse movimento de “empurrar” as usuárias ao mercado de trabalho. Algumas práticas são justificadas pelo argumento de não haver vagas para todos. No modelo neoliberal de governo, está inserida a ideia de Estado Mínimo que se justifica perante uma lógica mercadológica em que o Estado não deve suprir serviços e bens disponíveis no mercado. Mas sim, governar para o mercado e em função do que dita a lógica do mercado (LAGASNERIE, 2013). A população deve, então, a partir de seus próprios recursos, prover-se do que necessita por meio de sua inserção no mercado.

Mesmo os neoliberais notaram que não é possível abrir mão das políticas sociais, ainda que mínimas, pois elas empregam trabalhadores públicos que, com seus salários, movimentam a economia, além disso, programas chamados de transferência de renda, como o PBF, movimentam as economias locais, dentre outros exemplos. Nessa lógica, a profissional é colocada como a operadora de uma catraca. Aquela que será responsável por deixar alguns passarem mediante um pagamento, no caso, seu movimento e sua inserção na lógica de mercado: “Os benefícios não são meras ‘doações’; ao contrário, são trocados com as famílias que se enquadram nos padrões normatizados” (SIQUEIRA; LINO, 2013, p. 44). Apesar desse forte incentivo, sabe-se que boa parte das pessoas atendidas na Assistência Social não têm condições de suprir as exigências de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente.

Parece-nos que a política de Assistência Social voltada para o exército de reserva do capital tem a função de não permitir que esse exército deixe de sê-lo. Promovendo, portanto, a gestão dos “sobrantes”. Existe um sistema de garantia de direitos que por um lado possibilita garantias mínimas de existência, mas por outro não prevê a mudança das engrenagens que produzem misérias como modos de vida. Como afirma Oliveira (2010, p. 56), “em condições mínimas vive-se atualizando a miséria produzida pela lógica capitalista”. A objetivação de um “povo miséria necessária” não diz apenas de suas condições materiais de existência, mas também de modos de produção de subjetividade capturados e cerceadores direcionados a elas (OLIVEIRA, 2010).

Por tudo isso, vemos que o trabalho assalariado para essas pessoas aparece como um horizonte distante, porém é preciso não fazê-las desistir, por meio de um exercício constante de governamentalidade. O acompanhamento familiar nos CRAS tem servido a este propósito: como um coelho que possui preso a si uma vara com uma cenoura em sua frente, ele vê a cenoura, possivelmente nunca irá alcançá-la, mas a visão da cenoura o mantém caminhando. Mas, esse direcionamento da política de Estado não impede que práticas outras sejam criadas, com objetivos diversos ao controle, que aliadas às pessoas que atendem possam produzir rachaduras e bifurcações nesse sistema de controles.

A formação de empreendedores de si mesmos

Como afirma Lockman (2013), não se trata de fazer juízo de valores sobre a política de Assistência Social, mas sim analisar o efeito de suas práticas e localizá-la em uma racionalidade neoliberal que engendra práticas produtoras de determinados modos de viver. Neste caso, avalia-se que esta política estatal tem servido para a governamentalidade da população em direção à lógica de mercado. Foucault (2008a) aponta que uma das estratégias utilizadas no jogo é a produção de sujeitos

empreendedores de si mesmos, por meio das políticas econômicas, mas também pelas políticas sociais. Essa afirmação do autor se sustenta em uma análise de que as competências do trabalhador se tornam uma máquina capaz de produzir fluxos de renda.

Para Foucault (2008a), o empresário de si mesmo atua como seu próprio capital, é para si mesmo a fonte de sua renda. Esse capital humano ou essas competências-máquinas serão formadas a partir de processos educacionais, constituídos por escolarização, formação profissional, e por elementos mais amplos como o “número de horas que uma mãe de família passa ao lado do filho” (FOUCAULT, 2008a, p. 315), dentre outros. O capital humano é “o conjunto dos investimentos que foram feitos no nível do próprio homem.” (FOUCAULT, 2008a, p. 318). Nota-se que essa tem sido a orientação das políticas sociais. A tudo se aplica um cálculo econômico e o ser humano deve “[...] comportar-se como uma pequena empresa que, pressionada pelos recursos de que dispõe, buscasse a cada instante maximizar sua utilidade” (LAGASNERIE, 2013, p. 149).

Durante a pesquisa foram várias as conversas em que esse movimento foi enunciado. Ao perguntar às profissionais o que consideravam como sucesso no acompanhamento familiar, várias respostas referiram à inserção no mercado formal de trabalho, ou ainda à inserção em instituições de ensino para escolarização ou profissionalização. Mencionaram ainda grande incentivo para a produção autônoma de artesanatos ou para a criação de pequenas empresas e comércios. Contudo, a não inserção na lógica de mercado era consentida para grupos considerados não produtivos, como idosos com idade avançada e pessoas com deficiência física ou algum problema grave de saúde.

..... Como eu vou chegar para o BPC³¹ por idade hoje e incentivar ele a mudar? Não dá mais. 65 anos, como ele vai fazer? É BPC! BPC deficiente. Dependendo da doença também não dá mais. Vai continuar com BPC. [...] Isso dá muita raiva. Se for doença, ele está tendo acesso 100% à saúde para ele se tratar e voltar pro mercado de trabalho? Nem sempre. Esbarra na saúde, então se não tenho acesso à saúde, mais tempo eu vou ficar dependendo de BPC. No PBF o que eu enxergo é que eles estão tranquilos porque os valores só têm aumentado. Eles não vêm buscando melhorias para eles. Eles enxergam o PBF como direito. Eles não conseguem enxergar como passageiro. (Trabalhadora do CRAS).

Nota-se aí um movimento de luta dos próprios beneficiários para que sejam enxergados como possuidores de direitos e exigindo, portanto, a continuidade do benefício. Enquanto os beneficiários estão em idade produtiva e em plenas condições de se inserirem no mercado de trabalho, não se admite que eles recebam o benefício e esse movimento é encarado como acomodação. Vemos também a concepção de que o direito aos benefícios da Assistência Social é um direito de “segunda ordem”, ele é acessado quando outros direitos faltam ou falham, como o direito à saúde, à previdência, à escolarização e ao trabalho.

..... Se o direito fosse cumprido, não haveria necessidade de a gente tapar um buraco com o benefício. [...] Direito à educação, saúde, habitação e tudo mais, transporte e lazer... Se a gente tivesse todas essas garantias, não existiria benefício. (Trabalhadora do CRAS)

.....
³¹Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício integrante do Sistema Único de Assistência Social pago pelo Governo Federal. Podem receber o BPC pessoas idosas com 65 anos ou mais que não têm direito à previdência social e pessoas com deficiência que não podem trabalhar e levar uma vida independente.

A Assistência Social é encarada como uma política direcionada a uma população específica ou para compensar uma falha do sistema de garantia de direitos, produzida pela política de Estado Mínimo. De acordo com as necessidades do mercado, as cartas são redistribuídas e

o homem que, outrora, fazia do seu trabalho e da sua qualificação algo de dignificante, encontra-se agora, qualquer que seja a sua posição, constantemente ameaçado de desgraça social: desemprego, miserável, potencialmente assistido pela segurança social. (GUATTARI; NEGRI, 1987, p. 5).

A esse respeito, cabe mencionar discursos do senso comum que afirmam que o programa tem estimulado os pobres a gerar cada vez mais filhos. Donzelot (1986, p. 33) avalia que, quando da criação e expansão do salário-família no século XIX,

[...] o que era dado como auxílio a uma mãe solteira, a quem se queria encorajar a manter seu filho, transformou-se num direito ainda mais legítimo para a viúva pobre cheia de filhos, depois, para a mãe de família numerosa e, depois, para a mulher operária a quem não se deve desencorajar de reproduzir.

Ou seja, são evidências de como as atividades reprodutivas das mulheres já foram exaltadas e estimuladas a partir de recursos fornecidos pelo Estado. A premissa desenvolvida hoje pela política neoliberal é de que todos devem se sustentar, serem empreendedores de si para seu sustento e de sua prole. Ideia de que o Estado não deve se responsabilizar pelo sustento da prole dos pobres, mas que estes, sim, devem por seus próprios esforços fazê-lo. A concepção de que o Estado deve ser provedor tem gradativamente se desfeito. Dependendo dos benefícios do Estado passou a ser sinal de fraqueza moral, atestado de fracasso perante os rearranjos da lógica de mercado.

Essas premissas indicam uma mudança de racionalidade das políticas sociais, em que a família é encarada como uma empresa, que deve ser gerida por novas regras, novos preceitos. Nesse cenário, a mãe pobre que tem muitos filhos é considerada irresponsável, já que não possui os meios para sustentá-los. Ela deve se responsabilizar pela contracepção por meio de seu acesso aos serviços públicos de saúde, que nem sempre possuem fácil acesso, ou buscar esse serviço no mercado. Estimular a maternidade, sim, para não permitir que se finde a população com a qual se possa governar, mas não em excesso que possa causar demasiado ônus aos cofres públicos e trazer a indesejada função provedora do Estado. A esse respeito, Donzelot (1986, p. 56) pondera que o Estado Liberal se constituiu a partir da seguinte premissa:

..... Ao invés de um direito à assistência do Estado, cujo papel assim aumentado, viria perturbar o jogo dessa sociedade, liberada dos entraves cuja pedra fundamental era justamente esse papel do Estado, nós forneceremos os meios para serdes autônomos através do ensino de virtudes da poupança e, de nossa parte, o mínimo direito será sancionar, através de uma tutela rigorosa, as demandas de ajuda que ainda poderíeis solicitar, já que elas constituiriam o indício flagrante de falta de moralidade.

Mecanismo perverso que ora estimula a fecundidade, por interesses ligados ao aumento da população para otimização de sua utilidade, e ora a desaprova e isenta o Estado de se responsabilizar por esse evento por meio de uma Política de Estado Mínimo. Afinal, trata-se de um jogo biopolítico de gestão da população.

Sobre a questão do estímulo à escolarização, foram observados movimentos distintos referentes a esse investimento. Ao mesmo tempo em que a escolarização foi citada principalmente com objetivo de inclusão no mundo do trabalho, o incentivo à escolarização foi aludido também com

um sentido diferente. Vemos um investimento no fato da escolarização servir para outros propósitos que questionem inclusive essa lógica de inserção no mercado:

Escolarização para entender literatura, física, química, tudo. Para quando eu perguntar a ele se ele bebe água filtrada, ele entender o porquê: para retirar as impurezas da água para ele não ficar doente. Estudar é para vida, para viver. Não só para o trabalho. Mas para eles, quando eles falam “acabei de estudar” é para o trabalho. Isso que eu quis dizer. Geralmente o adolescente fala isso: “Acabei de estudar!”. Para quê? Para ser vendedora, operadora de caixa, para trabalhar nessas funções. (Trabalhadora do CRAS)

A negativa ao trabalho como estratégia de resistência

Será a negativa ao trabalho um modo de resistência? Resistência do trabalhador a ter sua força de trabalho submetida ao mercado? Será a negativa ao trabalho um mecanismo pelo qual uma parte da população se nega a ter sua mão de obra vendida a “preço de banana” e seu tempo preenchido por trabalhos muitas vezes monótonos, precarizados e sem sentido para o trabalhador? Por que tanto investimento em controle e incentivo para o trabalho? Por se tratar de uma produção e não de uma suposta natureza que essa ideia é produzida e reproduzida incessantemente. É porque há escape que existe a necessidade de mecanismos de controle e regulamentação. Porque há multiplicidade de modos de vida que há um investimento para serializar e normatizar o conjunto da população. E esse movimento de resistência tem sido classificado pejorativamente como “preguiça” e “acomodação”.

Apesar de se admitir a difícil condição do trabalhador hoje no que se refere ao mercado de trabalho, há que se considerar também que os desempregados não são necessariamente “pobres coitados” que

não conseguiram empregos por não possuírem atributos suficientes. O desemprego também pode ser resultado de uma estratégia de resistência, ou seja, recusa de uma parcela dos trabalhadores que de diferentes maneiras não se deixaram submeter. Resistência ao modo mercantilizado de encarar a força de trabalho que produz trabalho sem sentido, tarefaista, monótono, fragmentado, desconectado de seu produto final e o reduz à aquisição de subsistência. Guattari e Rolnik (1986) assinalam que a recusa ao trabalho pode ser considerada um modo de questionamento das relações de consumo e de produção, uma revolução molecular. Um movimento capaz de criar mudanças nos modos de produção de subjetividade de indivíduos e grupos, que operam produzindo “[...] condições não só de uma vida coletiva, mas também da encarnação da vida para si próprio, tanto no campo material, quanto no campo subjetivo” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 46).

Uma das participantes da pesquisa falou sobre a necessidade incessante de produção da sociedade capitalista e afirma que trabalha pelo salário e que, portanto, está bem inserida nesta lógica. Afirma ainda que, por estar incluída nesta “roda”, acaba por reforçá-la para as pessoas que atende. Porém, existem movimentos que escapam e que desconfiam desta lógica. A mesma técnica durante a conversa apresenta dúvidas sobre as usuárias que não se enquadram nos padrões considerados normais e não seguem os encaminhamentos do CRAS, questionando se este não seria um movimento revolucionário: “A gente vive hoje pro trabalho. E talvez essa [usuária] ‘apática’ seja até uma revolucionária. Mas ela depende do Estado” (Profissional entrevistada).

Outro aspecto que parece movimentar a engrenagem de moralização e estímulo à inserção no mercado de trabalho a qualquer custo é o distanciamento produzido entre trabalhadoras e usuárias. Parece haver uma relação entre este distanciamento e a perpetuação de preconceitos como o de que as beneficiárias do PBF são preguiçosas e acomodadas.

Standing (2014) salientou que tensões entre os trabalhadores precarizados estão colocando as pessoas umas contra as outras, impedindo-

as de perceber a conjuntura social e econômica que produz as mazelas a que estão submetidas. Certa vez uma técnica questionou se de fato seria justo direcionar vários benefícios sociais para as pessoas em situação de rua. Afirmou que trabalha muito para custear tanto a sua subsistência quanto a subsistência dessa parcela da população que, segundo ela, não trabalha. A autora afirma que essas tensões indicam a degradação do universalismo e da solidariedade social nas políticas públicas: “O estado neoliberal [...] reverencia a competitividade e celebra a responsabilidade individual irrestrita, com uma antipatia a qualquer coisa coletiva que possa impedir as forças de mercado” (STANDING, 2014, p. 201).

Durante uma das conversas em grupo, provocadas sobre suas inserções no mercado de trabalho, as profissionais afirmaram que não foi fácil se empregar e que conheciam vários amigos desempregados. Esses questionamentos objetivavam colocar em análise a polarização entre trabalhadoras e usuárias, já que as profissionais da Assistência Social são trabalhadoras apenas um pouco menos precarizadas do que as pessoas que atendem e também têm dificuldades de se inserirem no mercado de trabalho. Boa parte das trabalhadoras que compõem os serviços de Assistência Social, na Grande Vitória³², possui vínculos de trabalho precarizados³³, inclusive nos municípios considerados abastados. Será que a precarização dos vínculos de trabalho possui relação com a possibilidade de controle e regulamentação das atividades desenvolvidas pelas profissionais?

Scheinvar (2006) avalia que o Estado tem funcionado de um modo que faz recair sobre as profissionais a culpa pela não efetivação dos serviços, mas não coloca em questão o próprio modo de gestão dos recursos públicos e dos funcionários públicos. E a precarização do trabalho parece fazer pender a balança da relação de forças para uma determinada

.....
³²A região metropolitana de Vitória compreende os municípios de Vitória, Vila Velha, Viana, Cariacica, Guarapari, Fundão e Serra.

³³O Censo-SUAS 2012 revela que no âmbito dos CRAS em todo Brasil, em geral, metade dos quadros técnicos desses equipamentos é formado por pessoal com vínculos não estáveis (terceirizados ou contratados temporariamente), sujeitos à alta rotatividade nas suas funções (MDS, 2013).

posição. Um dos efeitos dessa precarização é também a alta rotatividade de profissionais. Quando as profissionais começam a aprender e criar um saber, elas saem para um novo e melhor emprego. A impressão é que se começa novamente do “zero” com uma profissional que provavelmente não tem experiência na área.

A precarização do trabalho das profissionais de nível superior é diferente daquela a que são submetidas as profissionais de nível fundamental e médio, que por sua vez é diferente da precarização das usuárias da Assistência Social. De acordo com Guattari e Negri (1987), o capitalismo criou dois modelos no trato com o mercado da força de trabalho: o dos trabalhadores garantidos e dos não garantidos. As usuárias da Assistência Social podem ser consideradas esse conjunto de trabalhadoras não-garantidas, trabalhadoras mais precarizadas ou integrantes do exército de reserva, mas, também trabalhadoras. Porém, o tipo de trabalho desempenhado por essas pessoas não é considerado trabalho ou é menos valorizado.

A recusa ao trabalho precarizado parece justificável frente a essa realidade que transforma o trabalho em meio de subsistência e reserva a estes sujeitos os piores e mais degradantes postos de trabalho. Standing (2014, p. 250) afirma que a política de incentivos ao trabalho que moraliza as pessoas que estão no desemprego desconsidera que elas geralmente obtêm pouco ou nenhum prazer no trabalho e ironiza: “se os empregos são tão maravilhosos, as pessoas deveriam ser atraídas por eles, e não forçadas a assumi-los”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política neoliberal ao mesmo tempo em que produz homogeneização de modos de vida, opera pela diferenciação, produzindo severas desigualdades sociais. Simultaneamente produz a ideia de que as camadas mais pobres são fracassos sociais e um mito de que pelos esforços

individuais as classes subalternas poderiam ascender às camadas mais elevadas, isto é, o mito da ascensão social via meritocracia.

Porém, o incentivo das trabalhadoras da Assistência Social para que as usuárias se engajem no mercado de trabalho não é uma incoerência, um contrassenso ou um erro. É justamente o que aparenta ser uma incoerência que permite o funcionamento dessa engrenagem. Trata-se de mais um mecanismo que permite fazer funcionar o sistema das desigualdades. É preciso que os mais precarizados acreditem que suas vidas possam mudar de acordo com seus esforços. E que as trabalhadoras da Assistência Social se sintam privilegiadas, ou melhor, menos precarizadas frente às pessoas que atendem, que continuem a “empurrá-las” para o mercado de trabalho e acreditem que as que não conseguem são preguiçosas.

Percebe-se que se investe sobre o trabalho como um exercício da governamentalidade neoliberal, fabricando todo um aparato para produzir um corpo, uma sociedade para o trabalho, por meio de dispositivos disciplinares e de governamentalidade. Toda essa engrenagem produz seus efeitos e podemos enunciar um deles: a manutenção desse sistema de desigualdades. Os mais precarizados no mundo do trabalho não devem apenas se esforçar para conseguirem um emprego, mas também devem se esforçar para se enquadrarem nos modos de vida hegemônicos. Estar empregado é apenas um aspecto dessa produção.

Porém, há movimentos que lutam para a construção de novos possíveis. No decorrer da pesquisa, notou-se um incômodo e o desejo de algumas trabalhadoras em promover práticas que não estejam engajadas em controle. Foucault (2006b, p. 132) nos traz pistas desse caminho ao sinalizar a importância do que chamou de “um certo empirismo” e da inclusão da população nos processos decisórios e no cotidiano dos serviços, transformando em campo experimental, o campo das instituições sociais, de forma a permitir ajustes e introduzir as mudanças desejadas.

No decorrer da pesquisa, vislumbramos práticas de empirismo que escapavam aos mecanismos de controle e produziam novos possíveis.

Vimos que também coexistem modos de funcionamento que dificultam esse empirismo, jogos de forças sempre presentes no cotidiano dos serviços, como foi possível notar. Como se darão essas mudanças, não se pode prever, dependerão das práticas e dos jogos de força criados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. 1988. Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2004. Plano Nacional de Assistência Social (PNAS). **Diário Oficial da União**. 2004. Brasília, DF, 28 out. 2004.

_____. Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011 (Lei Orgânica da Assistência Social). Altera a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**. 2011b. Brasília, DF, 07 de jul. 2011.

_____. Bolsa Família: mais de 70% dos beneficiários trabalham. **Notícias MDS**, Brasília, mai 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/maio/bolsa-familia-mais-de-70-dos-beneficiarios-trabalham>. Acesso em: 11 fev. 2014.

CARIACICA. Lei nº 6.072, de 29 de junho de 2020. Acrescenta dos §§ 3º, 4º e 5º ao artigo 22 da lei nº 4.761, de 07 de janeiro de 2010. **Diário Oficial de Cariacica**. Cariacica, 29 de jun. de 2020.

CRUZ, L R.; HILLESHEIM, B. Por uma crítica das práticas psicológicas na assistência social: tantas coisas podem ser mudadas...In: BRIZOLA, Ana Lúcia Campos; ZANELLA, Andrea Vieira; GESSER, Marivete (Orgs.). **Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos**. 1. Ed. Florianópolis: ABRAPSO – NUPPE/CFH/UFSC, 2013. p. 181- 193.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª edição, 1986, 209p.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005a. p. 284-315.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005b. 158p.

_____. Poder e Saber. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). **Estratégia, poder-saber**. Coleção Ditos e Escritos Volume IV. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 223-240.

_____. Um sistema finito diante de um questionamento infinito. In: MOTTA, Manoel Barros da. **Michel Foucault: Ética, Sexualidade, Política**. Coleção Ditos e Escritos Volume V. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 126-143.

_____. Aula de 14 de março de 1979. In: _____. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a. p. 297-327.

_____. Aula de 7 de março de 1979. In: _____. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b. p. 257-295.

_____. O sujeito e o poder. 1982. In: DREYFUS, Hubert. L.; BABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2010. 348p.

GUATTARI, F.; NEGRI, T. **Os novos espaços de liberdade**. Coimbra: Centelha, 1987. 104p.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

LAGASNERIE, G. de. **A última lição de Foucault**. São Paulo: Três Estrelas, 2013. 165p.

LAZZARATO, M. **O governo das desigualdades**: crítica da insegurança neoliberal. 2012. Disponível em: <http://zillis.webnode.com/products/o-governo-das-desigualdades1/>. Acesso em: 09 fev. 2014.

LOCKMAN, K. Assistência social, biopolítica e governamentalidade neoliberal. *Textura-ulbra*, v. 15, n. 28. p. 33-48, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/issue/view/85>. Acesso em: 30 set. 2014.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro, vol. II. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

MEDEIROS, M. A trajetória do Welfare State no Brasil: Papel redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. **Repositório do Conhecimento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2001. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2058>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Orientações Técnicas Sobre PAIF**: Trabalho social com famílias do serviço de proteção e atendimento integral à Família – PAIF. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Censo-SUAS 2012**: CRAS, CREAS, Centros POP, Gestão Municipal, Gestão Estadual, Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais. Brasília, 2013.

_____. **Caderno de Orientações**: Serviço de Proteção e Atendimento Integral da Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Articulação Necessária na Proteção Social Básica. Brasília. 2016.

MONTEIRO, A. *et al.* Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 7-12, 2006. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewarticle.php?id=211>. Acesso em: 15 ago. 2014.

OLIVEIRA, C. M. C. **Atenção básica na Assistência Social: entre a miséria necessária, artes de governar e redes de solidariedade.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Institucional. PPGPSI-UFES, 2010.

PROGRAMA não transfere apenas dinheiro aos mais pobres, mas também autonomia. **10 anos de Bolsa Família: nossa vida melhorou.** Brasília, 30 out. 2013. Disponível em: <http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/node/33269>. Acesso em 12 fev. 2014.

PRONI, M. W. O debate sobre a tendência ao pleno emprego no Brasil. **Revista Economia & Tecnologia**, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/ret/article/viewArticle/28160>. Acesso em: 26 ago. 2014.

SANTOS, K. L.; HECKERT, A. L. C.; CARVALHO, S. V.. FAMÍLIA E MULHER COMO INSTRUMENTOS DE GOVERNO NA ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v.29, e158080, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100225&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2021.

SCHEINVAR, E. A família como dispositivo de privatização do social. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672006000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2014.

SIQUEIRA, K. M.; LINO, M V. Assistência Social e biopoder: produzindo “vulnerabilidades”, prevenindo “riscos” e normalizando as formas de viver. **Mnemosine**, v. 9, n. 2, 2013. p. 35-53. Disponível em: www.mnemosine.com.br. Acesso em: 15 ago. 2014.

SPOSATI, A. O. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988. 333p.

STANDING, Guy. **O precariado**: a nova classe perigosa. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014. 285p.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

GEANE ULIANA MIRANDA

Psicóloga com mestrado em Psicologia Institucional e especialização em Epidemiologia e Oratória, Transversalidade e Didática da Fala para Formação de Professores, todos pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Trabalhou como psicóloga nas políticas públicas de assistência social e saúde, além de ter sido docente do curso de Psicologia. Também foi analista de pesquisa e pesquisadora, desenvolvendo pesquisa qualitativa no âmbito corporativo. Atualmente é bolsista de doutorado (CNPQ) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0077-1158>.

E-mail: geaneuliana@gmail.com

LEANDRA LÚCIA MORAES COUTO

Doutora e Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Psicologia pela Ufes. Especialista em Psicologia do Trânsito pelo Centro Universitário de Caratinga-MG (UNEC). Atualmente é bolsista de pós-doutorado (PNPD/CAPES) no PPGP da UFES.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2706-6240>.

E-mail: leandrabj@hotmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

adolescente 9, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 98, 100, 104, 110, 126
análise documental 83, 85, 99

C

condições de saúde 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 29
criança 9, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 98, 100, 101, 102, 112

D

direitos humanos 18, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 53, 54
Direitos humanos 55
Direitos Humanos 8, 57, 131

F

fatores de risco 8, 11, 12, 13, 16, 19, 21, 23, 29

H

HIV/AIDS 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 33, 34

I

internação psiquiátrica 7, 8, 9, 69, 70, 71
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA 59
intersetorialidade 7, 9, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101
Intersetorialidade 9, 92, 99

M

mercado de trabalho 9, 105, 112, 116, 117, 118, 120, 123, 126, 127, 128, 130

P

policiais militares 7, 8, 35, 36, 37, 38, 53, 56

política de Assistência Social 111, 115, 117, 121

Política de Assistência Social 107, 114, 116, 118

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 106

psicólogo 7, 8, 9, 15, 16, 26, 28, 29, 31, 36, 44, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 76

R

resistências 68, 105

Resistências 9, 105

RESISTÊNCIAS 105

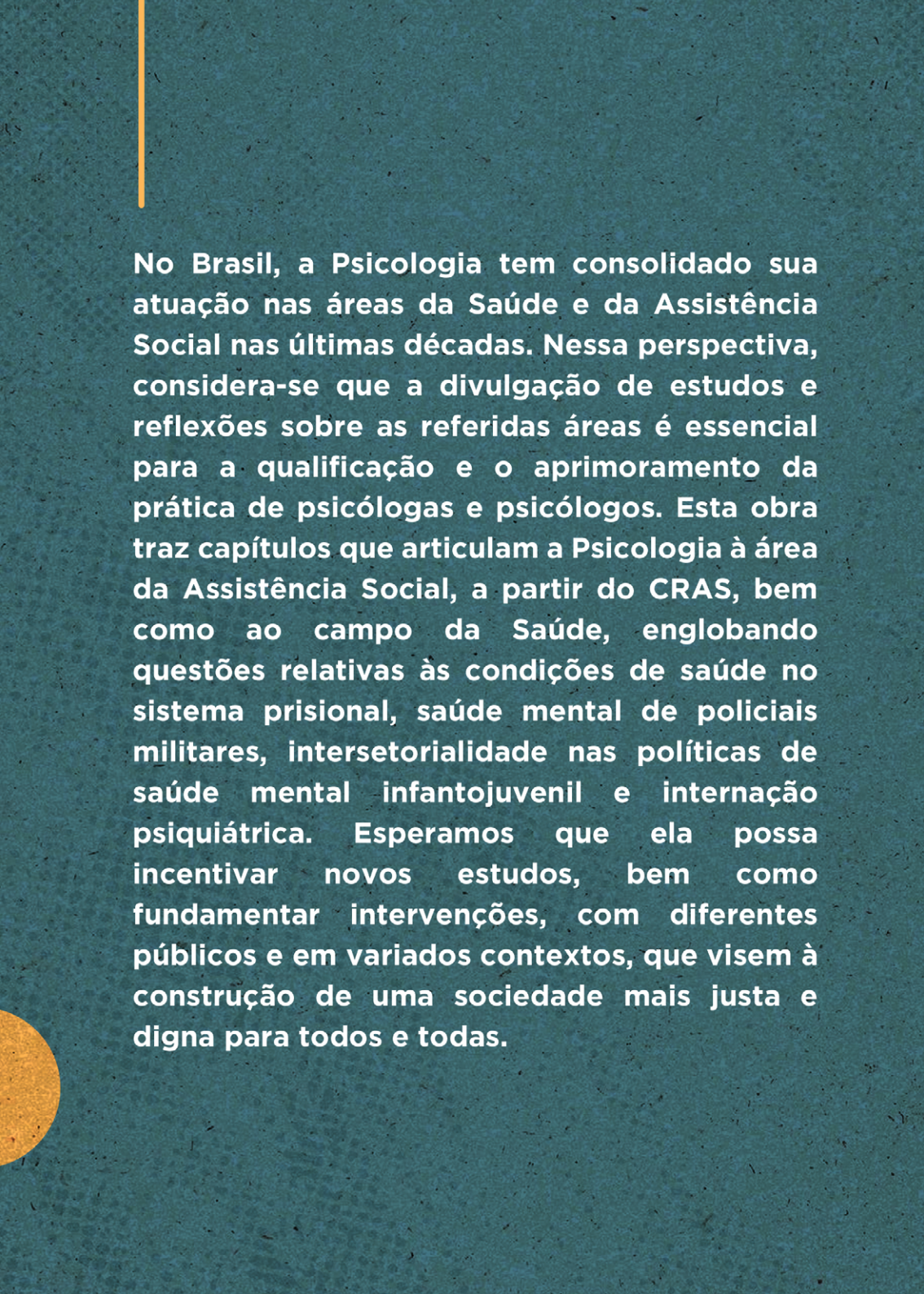
S

saúde mental 7, 8, 9, 16, 29, 36, 37, 39, 42, 44, 45, 54, 57, 60, 61, 62, 64, 68,
70, 71, 72, 81, 82, 86, 88, 89, 90, 93, 96, 98

Saúde Mental 15, 31, 44, 49, 51, 59, 74, 79, 80, 84, 85, 87, 90, 91, 92, 94, 97,
99, 100, 101, 104

sistema prisional 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29

SUAS 107, 128, 133



No Brasil, a Psicologia tem consolidado sua atuação nas áreas da Saúde e da Assistência Social nas últimas décadas. Nessa perspectiva, considera-se que a divulgação de estudos e reflexões sobre as referidas áreas é essencial para a qualificação e o aprimoramento da prática de psicólogas e psicólogos. Esta obra traz capítulos que articulam a Psicologia à área da Assistência Social, a partir do CRAS, bem como ao campo da Saúde, englobando questões relativas às condições de saúde no sistema prisional, saúde mental de policiais militares, intersectorialidade nas políticas de saúde mental infantojuvenil e internação psiquiátrica. Esperamos que ela possa incentivar novos estudos, bem como fundamentar intervenções, com diferentes públicos e em variados contextos, que visem à construção de uma sociedade mais justa e digna para todos e todas.