

The background of the cover is a vibrant orange color. It features a complex, three-dimensional geometric pattern of small, white, oval-shaped dots. These dots are arranged in a way that creates a strong sense of perspective, forming a series of parallel lines that recede into the distance, similar to the perspective of a tunnel or a long hallway. The pattern is slightly distorted, giving it a dynamic, almost vibrating appearance. The overall effect is one of depth and movement, drawing the viewer's eye towards the center of the composition.

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 45, NÚMERO 128  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2021  
ISSN 0103-1104

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Livia Angeli Silva
Diretor Administrativo:	Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Helena Rodrigues Corrêa Filho Maria Lucia Freitas Santos Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo  
Claudia Travassos  
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo  
**Suplentes | Substitutes**  
Iris da Conceição  
Jamilli Silva Santos  
Matheus Ribeiro Bizuti

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
Cornelis Johannes van Stralen  
Cristiane Lopes Simão Lemos  
Isabela Soares Santos  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Livia Millena B. Deus e Mello  
Lizaldo Andrade Maia  
Maria Edna Bezerra Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Matheus Falcão  
Rafael Damasceno de Barros  
Sergio Rossi Ribeiro

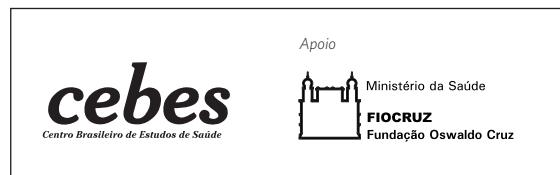
### SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



## SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

### EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil  
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil  
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha  
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil  
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil  
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina  
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil  
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil  
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil  
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil  
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia  
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina  
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)  
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)  
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO)  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)  
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 45, NÚMERO 128  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2021

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial**  
*Vaccines against Covid-19: the disease and the vaccines as weapons in colonial oppression*  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Alane Andreilino Ribeiro

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 19 **Estudo de avaliabilidade do programa de indução à pesquisa em saúde no Brasil para mitigar problemas relacionados à extrema pobreza**  
*Evaluability study of the health research induction program in Brazil to mitigate problems related to extreme poverty*  
Marilyn Bonfim, Zulmira Hartz, Tania Araujo-Jorge
- 29 **Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil**  
*Challenges for regionalizing surveillance in the perception of managers of health regions in Brazil*  
Ana Coelho de Albuquerque, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Isabella Chagas Samico, Eronildo Felisberto, Paulo Germano de Frias, Geison Cícero da Silva

- 42 **As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde**  
*Body practices as biopolitics and biopower devices in Primary Health Care*  
João Batista de Oliveira Junior, Márcia Grisotti, George Saliba Manske, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

- 54 **Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018**  
*Quality of psychiatric hospitalization services in general hospitals in Argentina, 2018*  
Sara E. Ardila-Gómez, Marina A. Fernández, José Bertagni, Lucía Dinolfo, Lucía Galíndez, Mónica Prado, Melina L. Rosales

- 66 **Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife**  
*The challenges of network organization in specialized psychosocial care: the case of Recife*  
Alexciane Priscila Silva, Heloisa Maria Mendonça de Moraes, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Maria Beatriz Lisbôa Guimarães, Tereza Maciel Lyra

- 
- 81 **Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental**  
*Power relations between professionals and users of Primary Health Care: implications for mental health care*  
Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha, Maria Salete Bessa Jorge, Ronaldo Rodrigues Pires, Rebecka Rafaella Saraiva Carvalho, Lourdes Suelen Pontes Costa, Aline Mesquita Lemos, Juliana Pessoa Costa
- 91 **Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III)**  
*Therapeutic itineraries of users that dropped treatment in Psychosocial Care Centers*  
Noemi Bandeira, Rosana Onocko-Campos
- 105 **Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas**  
*Adult Reception Unit: a look at the transitional residential service for alcohol and other drug users*  
Amanda Lima Macedo de Almeida, Marize Bastos da Cunha
- 118 **A clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis**  
*Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil*  
Fabiane Machado Pavani, Christine Wetzel, Agnes Olschowsky
- 130 **A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas**  
*The standardization of conducts carried out by the Therapeutic Communities*  
Klindia Ramos Barcelos, Kallen Dettmann Wandekoken, Maristela Dalbello-Araujo, Bruna Ceruti Quintanilha
- 141 **Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o aleitamento materno**  
*Perceptions of Health professionals regarding biopsychosociocultural factors related to breastfeeding*  
Janaine Fragnan Peres, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho, Cláudia Silveira Viera, Marialda Moreira Christoffel, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
- 152 **Estudo comparativo entre indicadores assistenciais de saúde bucal na Atenção Básica em Recife, Pernambuco**  
*Oral healthcare comparative study among indicators in Primary Care, in Recife, Pernambuco*  
Laís de Sá Menezes, Cindy Avani Silva Ceissler, Yuri Wanderley Cavalcanti, Nilcema Figueiredo, Edson Hilan Gomes de Lucena



---

ENSAIO   ESSAY		REVISÃO   REVIEW	
164	<b>Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'</b> <i>On bodies as object: a postcolonial reading of the 'Brazilian Holocaust'</i> Rodrigo Matos-de-Souza, Ana Carolina Cerqueira Medrado	216	<b>Organização do trabalho e adoecimento dos bancários: uma revisão de literatura</b> <i>Work organization and illness of bank workers: a literature review</i> Elver Andrade Moronte, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
178	<b>Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise</b> <i>Opening up possibilities in mental health care, in times of crisis</i> Fernando Sfair Kinker, Maria Inês Badaró Moreira	234	<b>Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica</b> <i>Senses about mental health care: a literature review</i> Renata Guerda de Araújo Santos, Lupicinio Íñiguez-Rueda
ARTIGO DE OPINIÃO   OPINION ARTICLE		RESENHA   CRITICAL REVIEW	
191	<b>Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários</b> <i>Madness and criminal law: clues to the extinction of judicial asylums</i> Haroldo Caetano, Silvia Tedesco	249	<b>Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado</b> Raisa Santos Cerqueira, Eduarda Ferreira dos Anjos, Nília Maria de Brito Lima Prado
RELATO DE EXPERIÊNCIA   CASE STUDY			
203	<b>Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa</b> <i>Gaining Autonomy &amp; Medication Management, from Quebec to Brazil: a participatory commitment</i> Analice Palombini, Lourdes Rodriguez del Barrio		

# Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial

Helena Rodrigues Corrêa Filho<sup>1,2</sup>, Alane Andreilino Ribeiro<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112800

**HAVIA, NO FINAL DE MARÇO DE 2021, 87 NOVAS VACINAS** em prospecção laboratorial ou ensaios com animais de experimentação contra o Sars-CoV-2 registradas no mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>. A maioria das vacinas – 28 – em teste ou protótipo são do tipo que contém subunidades de proteínas do envoltório do vírus, seguidas de 12 com vetores virais sem replicações de DNA/RNA recombinante; 10 com DNA de síntese laboratorial; 12 com vírus inativados; 12 com RNA viral; 4 com vetores virais replicantes – tecnologia de recombinantes; 4 com partículas semelhantes ao vírus; 2 com vetores virais replicantes com células apresentadoras de antígenos; 2 com vírus vivo atenuado; e 1 com vetor viral não replicante com células apresentadoras de antígenos<sup>1</sup>.

Além dos trabalhos de laboratório e animais de experimento, outras 186 vacinas já estavam em fase III ou ensaio clínico aleatório em humanos para verificação de efetividade após ensaios de eficácia na fase II. A maioria – 56 – era projetada para inoculação por duas doses, e 11 foram projetadas para dose única. Uma das vacinas foi projetada para três doses. Duas vacinas foram projetadas para uso oral, e, pelo menos, 72 eram injetáveis<sup>2</sup>. Treze não tinham ainda relatos sobre as vias de administração. O universo de tecnologias é amplo, as estratégias laboratoriais e de pesquisa são baseadas na competência de laboratórios públicos, privados; e a maioria, privada com financiamento público<sup>1,3-5</sup>. A luta internacional será contra tentativas de revogar impedimentos éticos e experimentar vacinas em populações pobres e colonizadas comparando com placebos, apesar de já existirem vacinas eficazes e efetivas. Essa luta conta inclusive a permissividade de instituições e fóruns internacionais<sup>6</sup>.

Em maio de 2020, foi lançado pela OMS, em parceria com diversos Estados-Membros, o Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP), destinado a incentivar a comunidade global a compartilhar voluntariamente conhecimentos, dados e propriedade intelectual, com vistas a acelerar o desenvolvimento de produtos necessários ao combate da pandemia. Infelizmente, Estados-Membros parecem relutar em exigir a partilha de conhecimento e da propriedade intelectual como condição para empresas receberem financiamento público mobilizado para apoiar pesquisas relevantes. Em 21 de janeiro de 2021, as organizações People's Vaccine Alliance e Health Action International (HAI) enviaram uma carta aberta ao Diretor-Geral da OMS, expressando preocupação em relação ao progresso do C-TAP, bem como fizeram recomendações relacionadas com a publicação de relatórios periódicos de monitoramento, orientações e transparência de dados e informações sobre os acordos de transferência de tecnologia<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [helenocorrea@uol.com.br](mailto:helenocorrea@uol.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Como parte da iniciativa Access to Covid-19 Tools (ACT) Accelerator (colaboração global para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso a tecnologias para Covid-19), a OMS promoveu, em 2020, a instituição de escritório multilateral para promover a compra e a distribuição mundial de vacinas – o entreposto internacional multilateral ou ‘Covax Facility’ para ação global na centralização de financiamento, encomenda, compra e distribuição equitativa denominada ‘mecanismo Covax’<sup>1,2</sup>. O lema da Covax é ‘ninguém vencerá a corrida contra o vírus até que todos ganhem’.

A iniciativa Covax, mais limitada que as demais e que se restringe ao financiamento de grandes empresas farmacêuticas em troca do fornecimento de doses limitadas de vacina contra a Covid-19 para países previamente identificados, tem recebido maior adesão de países, organizações e empresas. No entanto, a iniciativa não prevê acordos para a transferência de tecnologia, mantendo-se a lacuna de conhecimento de desenvolvimento tecnológico, bem como não dispõe sobre o compartilhamento de propriedade intelectual nem sobre transparência nos acordos com outros países<sup>8</sup>.

Apenas quatro vacinas produzidas no que se convencionou chamar de ‘ocidente’ durante a ‘guerra fria’ (1946-1989) foram listadas como aprovadas até março de 2021 para uso mundial pela Covax, excluindo as vacinas Sputnik V (Rússia – Vetor Viral Adenovírus com RNA replicante); Sinovac e Coronovac (China-Brasil – Vírus Inativado), o que transparece ser critério geopolítico mais do que pela publicação de resultados das respectivas fases III.

Como consequência, a Europa, a América do Norte e parte do Oriente Médio, incluindo Israel, confiaram suas políticas nacionais às quatro vacinas: Pfizer – BioNTech BNT162b2 e Moderna mRNA-1273 (RNA mensageiro); AstraZeneca – Oxford University AZD1222 (‘Covishield’ – RNA inserido por técnica replicante em vetor viral de chimpanzés – (ChAdOx1-S [recombinante])); e a vacina de dose única da Janssen Ad26.COV2.S contendo vetor viral adenovírus sorotipo 26 (Ad26), no qual foi introduzido RNA completo estabilizado que gera a proteína da espícula viral do Sars-CoV-2.

Somente questões de natureza geopolítica podem explicar a exclusão das vacinas russa e chinesas da Covax Facility, uma vez que os organismos nacionais de certificação de boas práticas industriais, ética em experimentos com seres humanos, procedimentos de aleatorização e anonimato nos experimentos populacionais, e qualidade científica de testes fase III, são internacionalmente bem estabelecidos<sup>9</sup>.

Promover uma distribuição global de vacina, de forma rápida, segura, sem discriminação geopolítica, étnica, de classe ou de gênero, poderia ser uma importante tarefa para a transição por outra sociabilidade baseada no cuidado à vida. No entanto, do ponto de vista do mercado, a distribuição global de vacinas é um jargão para um mecanismo de acesso sem interromper a lógica do mercado farmacêutico, de alianças de negócios, de decisão sobre quais empresas receberão os contratos, e seleção de prioridades do acesso de acordo com as condicionalidades do capital. Portanto, as vacinas para Covid-19 têm composto uma arena entre um etnonacionalismo, genocídio ecofacista, *soft power* de países centrais e ‘fome de vacina’ dos países periféricos e dependentes, assim como de ‘benevolência’ de corporações transnacionais e atores como Fórum Econômico Mundial (WEF) e Fundação Gates<sup>8</sup>.

Copresidem a Covax a Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Cepi), que é uma associação norueguesa com participação de investidores, membros independentes e observadores e, a Gavi, The Vaccine Alliance, uma fundação suíça com atividades também nos Estados Unidos da América (EUA). A Covax é financiada por meio de Fundo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm), fundo a ser reembolsado com juros aos investidores ou acordos de compartilhamento de custos com o destinatário<sup>8</sup>. Essa estrutura, por um lado,



não é nada participativa, especialmente aos países e populações que mais precisam; por outro, coloca a indústria da vacina no topo da tomada de decisão global, e o Sistema Organização das Nações Unidas (ONU) já fragilizado é derrotado em assumir essa liderança.

A Covax se tornou uma estratégia de gerenciamento das vacinas com proteção do capital do mercado farmacêutico que trava indiretamente outras estratégias, como a proposta protocolada por Índia e África do Sul na Organização Mundial do Comércio (OMC) com o objetivo da isenção temporária de algumas obrigações do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (Trips – Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) em relação à prevenção, contenção ou tratamento da Covid-19 (Trips Waiver), no qual o Brasil não foi signatário; portanto, é gerador de escassez. Com a Covax, não há obrigação de transparência de dados, e ainda está muito longe de entregar 2 bilhões de doses e garantir acesso equitativo para acabar com a fase aguda da pandemia até 2021.

Essa estrutura de escassez é reproduzida na proporção que maximiza lucros, e não a vida<sup>10</sup>. Não há solidariedade efetiva no acesso equitativo por países produtores de vacinas. Isso se reflete em outros aspectos: escassez de alimento sem veneno, escassez de água potável, escassez de vida sem violências. Essa escassez é fruto da estrutura de dependência norte-sul que alimenta o imperialismo, no qual produz aberrações como os muito ricos, inclusive em países de extrema pobreza. O que fazer com as populações sem direito à vacina? O mesmo que se faz com as populações sem direitos à autodeterminação? Serão moídas e descartadas como é feito com povos originários, com pessoas ‘sem papéis’?

As tensões militares e de economia política – como a saída da Grã-Bretanha da União Europeia, as guerras de ‘baixa intensidade’ na faixa de Gaza, Líbano, Síria, Turquia, Iraque, Azerbaijão, Nagorno-Karabach, Crimeia, Iêmen, República Árabe Saarai (Frente Polissário), Nigéria, Moçambique e Mianmar – podem explicar por que estudos recentes sobre ocorrência de doença de embolia de vasos sanguíneos em pessoas vacinadas com a vacina da AstraZeneca em 11 países da Europa motivaram a paralisação temporária do uso daquela vacina em benefício das outras 3 vacinas, sem, no entanto, interromper o lançamento de seus programas vacinais de massa (‘Vaccine Rollouts’). Países da África, da Ásia e da América Latina estão também submetidos às mesmas condições de dificuldade de acesso às vacinas, e estatísticas da própria OMS sugerem que terão muita dificuldade para vacinar suas populações no ritmo necessário para erradicar a Covid-19<sup>2</sup>.

O Brasil declarou, ainda em maio de 2020, que não iria aderir à Covax Facility por ordem expressa do presidente da república ao seu ministro de relações exteriores e embaixadores sob o silêncio do rodízio de, pelo menos, quatro ministros da saúde do último governo. Mesmo com um importante poder de compra do Brasil, em relação à maioria dos países do Sul Global, o presidente da república também tomou a decisão de buscar a imunidade do ‘rebanho’, permitindo que a doença se alastrasse, visando atingir mais de 70% de infectados com a desejada interrupção da Covid-19 por ultrapassar um limiar teórico de imunidade coletiva, caso o vírus não fosse capaz de realizar mutações e causar novas ondas. Não se importaram que, para atingir aquela meta teórica cruel, deixariam morrer em torno de 3% da população que viesse a adoecer – cerca de 4,4 milhões de pessoas teriam de morrer para o País atingir o limiar de imunidade coletiva.

Ao contrário de aderir ao confinamento (‘lockdown’), o governo brasileiro praticou seu primeiro ato de genocídio quando ainda não havia vacinas prontas. Ignorou que a China zerou a transmissão e o foco inicial em Wuhan apenas com o confinamento populacional nacional. Banqueiros, empresários e políticos lobistas brasileiros disseram que o “*O Brasil não pode*

*parar*” e soltaram a primeira onda da Covid-19 no País sem freios ou contrapesos. No dia 10 de abril de 2020, havia 20 mil casos e 1.073 óbitos por Covid-19 no Brasil, e nove meses depois, quando a Inglaterra iniciou a vacinação com a vacina Pfizer no dia 21 de dezembro de 2020, havia, no Brasil, 7,2 milhões de casos e 187 mil óbitos, indicando que ao menos 180 mil brasileiros foram mortos pela decisão de não praticar *lockdown*. Morreram idosos, pobres e trabalhadores da periferia brasileira na primeira onda do genocídio<sup>11</sup>. Há rumores de regozijo entre administradores da previdência social pública brasileira, porque os mortos significaram grande ‘economia’ de aposentadorias, pensões e licenças para tratamento de saúde que seriam pagas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) subordinado ao Ministério da Economia.

A partir de dezembro de 2020, o governo brasileiro praticou sua segunda onda de genocídio por negar-se a aderir à Covax Facility e atrasar os programas nacionais de autonomia industrial e tecnológica de fabricação das novas vacinas, que surgiram a partir de outubro seguindo até março de 2021, em um total de cinco meses de promoção governamental de tratamentos milagrosos e falsos com drogas readaptadas para uso fora da prescrição, com medicamentos destinados a tratar doenças autoimunes, malária, infestações por ectoparasitas, reumatismos articulares por gota, e inúmeras ‘mezinhas’ defendidas por grupos antivacinas radicados e financiados pela direita europeia e dos EUA. No dia 30 de março de 2021, havia 12,7 milhões de casos e 318 mil óbitos confirmados por Covid-19 no Brasil, configurando mais 91,7 mil óbitos adicionais evitáveis, na segunda onda, caso tivéssemos aplicado vacinas com 70% de efetividade<sup>11</sup>.

Assim, o Brasil totalizou genocídio de, pelo menos, 271 mil óbitos evitáveis por políticas prévias de confinamento e vacinação, sem contar medidas adicionais de natureza não farmacêutica<sup>12-16</sup>. A mortalidade brasileira foi tamanha, que a única publicação internacional sobre mortalidade hospitalar em um só país com mais de 250 mil mortos por Covid-19 é do Brasil ‘il, il, il, il!’<sup>17</sup>. A mortalidade brasileira foi comparada à prática do jogo suicida de tiros aleatórios contra a própria cabeça usando revólveres parcialmente carregados chamado por bandidos brasileiros de ‘roleta russa’<sup>18</sup>. As internações graves mataram intensamente por Covid-19, seja no piso de corredores de prontos-socorros sem camas, nas enfermarias precárias sem oxigênio, seja nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) desprovidas de medicamentos curarizantes, sedativos, tranquilizantes maiores, miorrelaxantes, e até ‘apagões’ por falta de energia elétrica, com mortes em série de pacientes entubados por parada dos respiradores artificiais.

Em março de 2021, o governo brasileiro buscou aderir à Covax Facility, dez meses depois, quando as tratativas internacionais estavam avançadas, tendo a imprensa internacional e brasileira descrito essa adesão tardia como ‘o Brasil entrando no final da fila’. Em consequência, até o dia 10 de abril de 2021, o Brasil tinha vacinado somente 10,7% de sua população apesar de contar com sistema universal de atenção à saúde – Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>19</sup>. A vacinação brasileira iniciada a conta-gotas tardiamente em fevereiro de 2021, três meses depois do início da campanha vacinal na Europa e nos EUA, baseou-se em apenas duas vacinas: a da AstraZeneca (Covishield), importada e destinada a ser produzida a partir de maio pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Rio); e a coprodução com Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) sino-brasileiro da Coronavac (vírus inativado) produzida pelo Instituto Butantan-São Paulo.

Em 2021, publicaram-se denúncias na grande mídia da imprensa internacional e na chamada imprensa alternativa ou contra-hegemônica sobre o uso de vacinas como instrumento de pressão em conflitos internacionais e guerras civis, tais como: bloqueio de fronteiras, como o bloqueio marítimo da Faixa de Gaza por Israel; negociação e troca de prisioneiros(as);

omissão deliberada de socorro internacional; bloqueio de fronteiras contra recebimento de vacinas, sob alegação de que militares vacinados seriam mais perigosos; roubo e sequestro de lotes vacinais por milícias armadas; contrabando e uso ilegal privado de vacinas. Não há como verificar várias outras alegações, porque são sujeitas ao jogo internacional de silêncio e denúncia em ambiente de guerras coloniais de ocupação e saqueio de reservas minerais, em pleno século XXI.

O panorama de soluções falsas e lucrativas, de atraso ou falta de vacinação mundial implicará a ocorrência de repetidos surtos epidêmicos da Covid-19, com mutações virais que poderão escapar às vacinas e surgimento de zonas planetárias endêmicas da doença, com surtos eventuais atravessando fronteiras de países vacinados<sup>20</sup>. O risco mundial é voltar sempre à estaca zero *'back to square one'* por não vacinar amplamente e transformar as vacinas em fontes de lucro, com patentes de custo elevado, pagando *royalties* incompatíveis com as economias nacionais de países explorados e colonizados.

Surgirão tentativas desesperadas de vacinar apenas após testes sorológicos e em determinadas idades diante das carências de vacinas para todos(as)<sup>21</sup>. Atestados de vacinação serão utilizados como instrumentos de seleção, contenção e repressão sobre trabalhadores migrantes internacionais, agravando as crises humanitárias existentes no início deste século<sup>22</sup>.

Urge o acesso universal a vacinas para todos. Além disso, é preciso suspender dívidas públicas com países do norte global, suspender atividades militares e repressões policiais, bloqueios econômicos, comerciais e financeiros, desmercantilizar e regenerar a vida planetária e produzir vida aliada a uma transição energética e ambiental<sup>23</sup>.

O fim do mito de uma era da humanidade sem fim/sem limites foi colocado em xeque com a pandemia por Covid-19 e com a vulnerabilidade ambiental e climática que já não dão mais para ocultar. É preciso disputar abordagens de solidariedade internacional e princípios éticos para uma transição baseada no cuidado à vida – pois uma gestão imunobiológica universal sozinha pode não ser suficiente contra a Covid-19 sem uma nova ética de cuidado a toda forma de vida planetária. O tempo para uma nova história e um novo modelo econômico é agora<sup>8,10,23</sup>.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), com a publicação desta revista *'Saúde em Debate'*, insere-se na luta por democratizar o acesso à defesa da vida e da saúde neste ambiente de conflito. Tem lutado para inserir a Covid-19 como doença principalmente de transmissão e letalidade ocupacional em que o adoecimento de idosos, crianças e adolescentes é fator colateral<sup>24</sup>. Os recursos para estudar, pesquisar e publicar são escassos e significam, muitas vezes, o limite da sobrevivência para o próprio Cebes, para a população pobre trabalhadora, para os migrantes e para as periferias de um país que reluta em ser lançado ao cemitério e à guerra civil pelos seus próprios governantes.

## Colaboradores

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)\* e Ribeiro AA (0000.0003.0233.9465)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. World Health Organization. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [internet]. WHO. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. Ho RJY. Warp-Speed Covid-19 Vaccine Development: Beneficiaries of Maturation in Biopharmaceutical Technologies and Public-Private Partnerships. *J. Pharm. Sciences*. 2021; 110(2):615-8.
4. Li Y, Tenchov R, Smoot J, et al. A Comprehensive Review of the Global Efforts on COVID-19 Vaccine Development. *ACS Central Science*. 2021.
5. Shrotri M, Swinnen T, Kampmann B, et al. An interactive website tracking COVID-19 vaccine development. *The Lancet Global Health*. 2021; (2):1-3.
6. Dal-Ré R, Orenstein W, Caplan AL. Trial participants' rights after authorisation of COVID-19 vaccines. *The Lancet Respiratory Medicine* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]; 9(4):e30-e1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00044-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00044-8).
7. Bucher G. Letter to Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. The People's Vaccine - Health Action International - HAI. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/HE-Dr-Tedros-Letter-from-Peoples-Vaccine-Alliance-and-Health-Action-International.pdf>.
8. Gleckman H. COVAX: A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. *TNI Longreads* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://longreads.tni.org/covax>.
9. Knoll MD, Wonodi C. Oxford&AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. *The Lancet*. 2021; 397(10269):72-4.
10. Dowbor L. O capitalismo se desloca – e abre nova disputa. *Outras Mídias - Outras Palavras*, [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/dowbor-o-capitalismo-se-desloca-e-abre-nova-disputa/>.
11. Universidade Federal da Bahia; Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Painel Rede COVIDA - Rede COVIDA, ciência, informação e solidariedade [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://painel.redecovida.org/brasil>.
12. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Congregação da FSP-USP divulga Nota Técnica: A expectativa de imunidade coletiva por contágio causa a morte de centenas de milhares de brasileiros e ameaça o SUS. [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/27251>.
13. Boghossian P. The concept of genocide. *J. Gen. Res*. 2010; (12):69-80.
14. Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*. 2020;15(9):1257-77.
15. Brasil. Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. *Diário Oficial da União* [internet]. 26 Set 2002. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4388.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm).
16. França. Decreto nº 30.822, de 6 de maio de 1952. Promulga a convenção para a prevenção e a repressão do crime de Genocídio, concluída em Paris, a 11 de dezembro de 1948, por ocasião da III Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas

- [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos/decretos/1952/D30822.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D30822.html).
17. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Resp. Med.* 2021; 9(4):407-18.
  18. Costa JGF, Ricci FJ, Gorziza A, et al. IGUALDADES = A roleta russa da Covid no Brasil. Piauí [internet]. 2021 Abr 9. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/roleta-russa-da-covid-no-brasil/>.
  19. Giscard. Painel COVID-19 - Estatísticas do Coronavírus em Tempo Real. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://giscard.com.br/coronavirus/vacinometro-covid19-brasil.php>.
  20. Koff WC, Schenkelberg T, Williams T, et al. Development and deployment of COVID-19 vaccines for those most vulnerable. *Scienc. Transl. Med.* 2021; 13(579):eabd1525.
  21. Bubar KM, Reinholt K, Kissler SM, et al. Model-informed COVID-19 vaccine prioritization strategies by age and serostatus. *Science.* 2021; 371(6532):916-21.
  22. Sadeghi R, Masoudi MR, Khanjani N. The commitment for fair distribution of COVID-19 vaccine among all countries of the world. *Res Nurs Health.* 2021; 44(2):266-7.
  23. International Week of Anti-Imperialist Struggle. International Manifesto for Life Jornada de Lutas Anti-Imperialista [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://antiimperialistweek.org/en/news/international-manifesto-for-life/?s=08>.
  24. Bandini M, coordenadora. “Ampliação do conceito de COVID-19 relacionada ao trabalho: ações necessárias e recomendadas para avançar”. Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.frenteamplast.com/post/gt-2-amplia%C3%A7%C3%A3o-do-conceito-de-covid-19-relacionada-ao-trabalho-a%C3%A7%C3%B5es-necess%C3%A1rias-e-recomendadas-p>.



# Vaccines against Covid-19: the disease and the vaccines as weapons in colonial oppression

Heleno Rodrigues Corrêa Filho<sup>1,2</sup>, Alane Andreilino Ribeiro<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042021128001

At the end of March 2021, there were 87 new vaccines in laboratory prospecting or trials with experimental animals against Sars-CoV-2 registered in the world by the World Health Organization (WHO)<sup>1</sup>. Most of the vaccines – 28 – under test or prototype are of the type that contain protein subunits of the virus envelope, followed by 12 with viral vectors without replication of recombinant DNA/RNA; 10 with laboratory synthesis DNA; 12 with inactivated viruses; 12 with viral RNA; 4 with replicating viral vectors – recombinant technology; 4 with virus-like particles; 2 with viral vectors replicating with antigen presenting cells; 2 with live attenuated virus; and 1 with a non-replicating viral vector with antigen presenting cells<sup>1</sup>.

In addition to laboratory work and experimental animals, another 186 vaccines were already in phase III or randomized clinical trial in humans to verify effectiveness after phase II efficacy trials. The majority – 56 – was designed for inoculation by two doses, and 11 were designed for a single dose. One of the vaccines was designed for three doses. Two vaccines were designed for oral use, and at least 72 were injectable<sup>2</sup>. Thirteen did not yet have reports on how administration should take place. The universe of technologies is wide, the laboratory and research strategies are based on the competence of public, private laboratories; and the majority, private with public funding<sup>1,3-5</sup>. The international fight will be against attempts to revoke ethical impediments and experiment with vaccines in poor and colonized populations compared to placebos, even though there are already efficient and effective vaccines. This struggle even contaminates the permissiveness of international institutions and forums<sup>6</sup>.

In May 2020, the Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP) was launched by the WHO, in partnership with several Member States, designed to encourage the global community to voluntarily share knowledge, data and intellectual property, with a view to accelerate the development of products necessary to combat the pandemic. Unfortunately, Member States appear to be reluctant to demand the sharing of knowledge and intellectual property as a condition for companies to receive public funding mobilized to support relevant research. On January 21, 2021, the People's Vaccine Alliance and Health Action International (HAI) sent an open letter to the Director-General of the WHO, expressing concern about the progress of C-TAP, as well as making recommendations related to the publication of periodic monitoring reports, guidance and data transparency and information on technology transfer agreements<sup>7</sup>.

As part of the Access to Covid-19 Tools (ACT) Accelerator initiative (global collaboration to accelerate the development, production and access to technologies for Covid-19), the WHO promoted, in 2020, the institution of a multilateral office to promote the purchase

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [helenocorrea@uol.com.br](mailto:helenocorrea@uol.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



and worldwide distribution of vaccines – the international multilateral warehouse or ‘Covax Facility’ for global action in centralizing financing, ordering, purchasing and equitable distribution called the ‘Covax mechanism’<sup>1,2</sup>. Covax’s motto is ‘no one will win the race against the virus until everyone wins’.

The Covax initiative, which is more limited than the others and which is restricted to the financing of large pharmaceutical companies in exchange for supplying limited doses of vaccine against Covid-19 to previously identified countries, has received greater support from countries, organizations and companies. However, the initiative does not provide for agreements for the transfer of technology, maintaining the knowledge gap of technological development, as well as it does not provide for the sharing of intellectual property or transparency in agreements with other countries<sup>8</sup>.

Only four vaccines produced in what was conventionally called ‘the west’ during the ‘cold war’ (1946-1989) were listed as approved until March 2021 for worldwide use by Covax, excluding the vaccines Sputnik V (Russia – Vector Viral Adenovirus with Replicating RNA); Sinovac and Coronovac (China-Brazil – Virus Inactivated), which appears to be a geopolitical criterion rather than the publication of results from the respective phases III.

As a consequence, Europe, North America and part of the Middle East, including Israel, entrusted their national policies to the four vaccines: Pfizer – BioNTech BNT162b2 and Moderna mRNA-1273 (messenger RNA); AstraZeneca – Oxford University AZD1222 (‘Covishield’ – RNA inserted by replicating technique in a chimpanzee viral vector – (ChAdOx1-S [recombinant])); and the Janssen Ad26.COVS single dose vaccine containing adenovirus viral vector serotype 26 (Ad26), in which complete stabilized RNA was introduced that generates the Sars-CoV-2 viral spike protein.

Only issues of a geopolitical nature can explain the exclusion of Russian and Chinese vaccines from the Covax Facility, since the national certification bodies for good industrial practices, ethics in experiments with human beings, randomization procedures and anonymity in population experiments, and scientific quality phase III tests, are internationally well established<sup>9</sup>.

Promoting a global distribution of vaccines, quickly, safely, without geopolitical, ethnic, class or gender discrimination, could be an important task for the transition to another sociability based on the care for life. However, from the market point of view, global vaccine distribution is jargon for an access mechanism without interrupting the logic of the pharmaceutical industry, of business alliances, of deciding which companies will receive contracts, and selection of market priorities. access in accordance with capital conditionalities. Therefore, vaccines for Covid-19 have formed an arena between ethno-nationalism, ecofacist genocide, soft power from central countries and ‘vaccine hunger’ from peripheral and dependent countries, as well as ‘benevolence’ from transnational corporations and actors such as the World Economic Forum (WEF) and the Gates Foundation<sup>8</sup>.

Covax co-chairs are the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Cepi), which is a Norwegian association with the participation of investors, independent members and observers, and Gavi, The Vaccine Alliance, a Swiss foundation with activities also in the United States of America (USA). Covax is financed through the International Immunization Financing Fund (IFFIm), a fund to be repaid with interest to investors or cost-sharing agreements with the recipient<sup>8</sup>. This structure, on the one hand, is not at all participatory, especially for the countries and populations that need it most; on the other hand, it puts the vaccine industry at the top of global decision-making, and the already weakened United Nations System is defeated in taking over that leadership.

Covax has become a vaccine management strategy with capital protection for the pharmaceutical market that indirectly hinders other strategies, such as the proposal filed by India and South Africa at the World Trade Organization (WTO) with the objective of temporarily exempting some obligations of the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Trips) in relation to the prevention, containment or treatment of Covid-19 (Trips Waiver), to which Brazil was not a signatory; therefore, it generates scarcity. With Covax, there is no obligation for data transparency, and it is still a long way from delivering 2 billion doses and ensuring equitable access to end the acute phase of the pandemic by 2021.

This scarcity structure is reproduced in the proportion that maximizes profits, not life<sup>10</sup>. There is no effective solidarity in equitable access by vaccine producing countries. This is reflected in other aspects: scarcity of food without poison, scarcity of drinking water, scarcity of life without violence. This scarcity is the result of the North-South dependency structure that fuels imperialism, in which it produces aberrations like the super rich, even in countries of extreme poverty. What to do with populations without the right to the vaccine? The same as with populations without rights to self-determination? Will they be crushed and discarded as it is done with native peoples, with people ‘without papers’?

Military and political economy tensions – such as Britain’s withdrawal from the European Union, ‘low intensity’ wars in the Gaza Strip, Lebanon, Syria, Turkey, Iraq, Azerbaijan, Nagorno-Karabach, Crimea, Yemen, Republic Saharawi Arab (Polissario Front), Nigeria, Mozambique and Myanmar – may explain why recent studies on the occurrence of blood vessel embolism in people vaccinated with the AstraZeneca vaccine in 11 European countries have led to the temporary halt in the use of that vaccine benefit of the other 3 vaccines, without, however, interrupting the launch of its mass vaccine programs (‘Vaccine Rollouts’). Countries in Africa, Asia and Latin America are also subject to the same conditions of difficult access to vaccines, and statistics from the WHO itself suggest that they will have great difficulty in vaccinating their populations at the rate necessary to eradicate Covid-19<sup>2</sup>.

Brazil declared, still in May 2020, that it would not join the Covax Facility by express order of the President of the Republic to its Minister of Foreign Affairs and ambassadors under the silence of the rotation of at least four Ministers of Health of the last government. Even with Brazil’s important purchase power, in relation to most countries in the Global South, the President of the Republic also made the decision to seek ‘herd’ immunity, allowing the disease to spread, aiming at reaching more than 70% of infected people with the desired Covid-19 interruption for exceeding a theoretical threshold of collective immunity, in case the virus was not capable of mutating and causing new waves. They did not care that, in order to reach that cruel theoretical goal, around 3% of the population that fell ill would die – around 4.4 million people would have to die for the country to reach the threshold of collective immunity.

As opposed to adhering to the ‘lockdown’, the Brazilian government practiced its first act of genocide when vaccines were not yet ready. It ignored that China zeroed the transmission and the initial focus on Wuhan only with the national population confinement. Brazilian bankers, businessmen and lobbyists said that “*Brazil cannot stop*” and unleashed the first wave of Covid-19 in the country without checks or balances. On April 10, 2020, there were 20,000 cases and 1,073 deaths from Covid-19 in Brazil, and nine months later, when England started vaccinating with the Pfizer vaccine on December 21, 2020, there were, in Brazil, 7.2 million cases and 187 thousand deaths, indicating that at least 180 thousand Brazilians were killed by the decision not to practice lockdown. The elderly, the poor and workers from the Brazilian periphery died in the first wave of the genocide<sup>11</sup>. There are rumors of rejoicing among administrators of the Brazilian public social security, because the deaths meant a large ‘savings’ of

retirements, pensions and health care leaves that would be paid by the National Institute of Social Security (INSS) under the Ministry of Economy.

From December 2020, the Brazilian government practiced its second wave of genocide by refusing to join the Covax Facility and delaying national industrial and technological autonomy programs for the manufacture of new vaccines, which emerged from October until March of 2021, in a total of five months of government promotion of miraculous and fake treatments with drugs readapted for use outside the prescription, with drugs intended to treat autoimmune diseases, malaria, ectoparasitic infestations, joint rheumatisms by gout, and countless 'home remedies' defended by anti-vaccine groups rooted and financed by the European and North-American far right. As of March 30, 2021, there were 12.7 million cases and 318 thousand confirmed deaths by Covid-19 in Brazil, representing an additional 91.7 thousand additional preventable deaths in the second wave, if we had made use of vaccines with 70% effectiveness<sup>11</sup>.

That way, Brazil totaled the genocide of at least 271 thousand preventable deaths due to previous policies of confinement and vaccination, not to mention additional measures of a non-pharmaceutical nature<sup>12-16</sup>. Brazilian mortality was such that the only international publication on hospital mortality in a single country with more than 250 thousand deaths by Covid-19 is from Brazil 'il, il, il, il!'<sup>17</sup>. Brazilian mortality was compared to the practice of the suicide game of random shots to the head using partially loaded revolvers referred to by Brazilian thugs as the 'Russian roulette'<sup>18</sup>. Serious hospitalizations killed intensely by Covid-19, either on the floor of emergency room corridors without beds, in precarious wards without oxygen, or in Intensive Care Units (ICU) devoid of curative medications, sedatives, major tranquilizers, myorelaxants, and even 'blackouts' due to lack of electricity, with serial deaths of patients intubated due to the stopping of artificial respirators.

In March 2021, the Brazilian government sought to join the Covax Facility, ten months later, when international dealings were advanced, with the international and the Brazilian press describing this late adherence as 'Brazil joining the end of the line'. As a result, by April 10, 2021, Brazil had vaccinated only 10.7% of its population despite having a universal health care system – Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>19</sup>. The Brazilian vaccination that started slowly and late in February 2021, three months after the start of the vaccination campaign in Europe and the USA, was based on only two vaccines: the one from AstraZeneca (Covishield), imported and destined to be produced starting in May by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz-Rio); and the co-production with Sino-Brazilian Active Pharmaceutical Ingredient (IFA) from Coronavac (inactivated virus) produced by the Butantan-São Paulo Institute.

In 2021, denunciations were published in the mainstream media of the international press and in the so-called alternative or counter-hegemonic press about the use of vaccines as an instrument of pressure in international conflicts and civil wars, such as: border blocking, such as the maritime blockade of Gaza Strip by Israel; negotiation and exchange of prisoners; deliberate omission of international aid; blocking borders against receiving vaccines, on the grounds that vaccinated military personnel would be more dangerous; theft and kidnapping of vaccine lots by armed militias; smuggling and private illegal use of vaccines. There is no way to verify several other allegations, because they are subject to the international game of silence and denunciation in an environment of colonial wars of occupation and plundering of mineral reserves, in the middle of the 21st century.

The panorama of false and profitable solutions, of delay or lack of vaccination worldwide, will imply the occurrence of repeated epidemic outbreaks of Covid-19, with viral mutations that may escape vaccines and the emergence of planetary zones endemic to the disease, with

eventual outbreaks crossing borders of vaccinated countries<sup>20</sup>. The global risk is to always go 'back to square one' for not vaccinating widely and turning vaccines into profitable sources, with high cost patents, paying royalties that are incompatible with the national economies of exploited and colonized countries.

Desperate attempts will be made to vaccinate only after serological tests and at certain ages in view of the lack of vaccines for all<sup>21</sup>. Vaccination certificates will be used as instruments of selection, containment and repression on international migrant workers, aggravating the humanitarian crises that existed at the beginning of this century<sup>22</sup>.

Universal access to vaccines for all is urgent. Furthermore, it is necessary to suspend public debts with countries in the global north, suspend military activities and police repressions, economic, commercial and financial blockades, de-mercantilize and regenerate planetary life and produce life combined with an energy and environmental transition<sup>23</sup>.

The end of the myth of an era of humanity without end/without limits was put in check with the pandemic by Covid-19 and with the environmental and climatic vulnerability that can no longer be hidden. It is necessary to dispute approaches of international solidarity and ethical principles for a transition based on the care for life – because a universal immunobiological management alone may not be enough against Covid-19 without a new ethics of care for all forms of planetary life. The time for a new history and a new economic model is now<sup>8,10,23</sup>.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes), with the publication of this journal 'Saúde em Debate', is part of the struggle to democratize access to the defense of life and health in this conflict environment. It has been struggling to insert Covid-19 as a disease mainly of occupational transmission and lethality in which the illness of the elderly, children and adolescents is a collateral factor<sup>24</sup>. The resources to study, research and publish are scarce and often mean the limit of survival for the Cebes itself, for the poor working class, for migrants and for the peripheries of a country that is reluctant to be thrown into the graveyard and civil war by its own rulers.

## Collaborators

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)\* and Ribeiro AA (0000.0003.0233.9465)\* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## References

1. World Health Organization. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [internet]. WHO. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. Ho R.J.Y. Warp-Speed Covid-19 Vaccine Development: Beneficiaries of Maturation in Biopharmaceutical Technologies and Public-Private Partnerships. *J. Pharm. Sciences*. 2021; 110(2):615-8.
4. Li Y, Tenchov R, Smoot J, et al. A Comprehensive Review of the Global Efforts on COVID-19 Vaccine Development. *ACS Central Science*. 2021.
5. Shrotri M, Swinnen T, Kampmann B, et al. An interactive website tracking COVID-19 vaccine development. *The Lancet Global Health*. 2021; (2):1-3.
6. Dal-Ré R, Orenstein W, Caplan AL. Trial participants' rights after authorisation of COVID-19 vaccines. *The Lancet Respiratory Medicine* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]; 9(4):e30-e1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00044-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00044-8).
7. Bucher G. Letter to Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. The People's Vaccine - Health Action International – HAI. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/HE-Dr-Tedros-Letter-from-Peoples-Vaccine-Alliance-and-Health-Action-International.pdf>.
8. Gleckman H. COVAX: A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. *TNI Longreads* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://longreads.tni.org/covax>.
9. Knoll MD, Wonodi C. Oxford&AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. *The Lancet*. 2021; 397(10269):72-4.
10. Dowbor L. O capitalismo se desloca – e abre nova disputa. *Outras Mídias - Outras Palavras*, [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/dowbor-o-capitalismo-se-desloca-e-abre-nova-disputa/>.
11. Universidade Federal da Bahia; Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Painel Rede COVIDA - Rede COVIDA, ciência, informação e solidariedade [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://painel.redecovida.org/brasil>.
12. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Congregação da FSP-USP divulga Nota Técnica: A expectativa de imunidade coletiva por contágio causa a morte de centenas de milhares de brasileiros e ameaça o SUS. [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/27251>.
13. Boghossian P. The concept of genocide. *J. Gen. Res*. 2010; (12):69-80.
14. Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*. 2020;15(9):1257-77.
15. Brasil. Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. *Diário Oficial da União* [internet]. 26 Set 2002. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4388.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm).
16. França. Decreto nº 30.822, de 6 de maio de 1952. Promulga a convenção para a prevenção e a repressão do crime de Genocídio, concluída em Paris, a 11 de dezembro de 1948, por ocasião da III Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas

- [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos/decretos/1952/D30822.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D30822.html).
17. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Resp. Med.* 2021; 9(4):407-18.
  18. Costa JGF, Ricci FJ, Gorziza A, et al. IGUALDADES = A roleta russa da Covid no Brasil. Piauí [internet]. 2021 Abr 9. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/roleta-russa-da-covid-no-brasil/>.
  19. Giscard. Paineis COVID-19 - Estatísticas do Coronavírus em Tempo Real. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://giscard.com.br/coronavirus/vacinometro-covid19-brasil.php>.
  20. Koff WC, Schenkelberg T, Williams T, et al. Development and deployment of COVID-19 vaccines for those most vulnerable. *Scienc. Transl. Med.* 2021; 13(579):eabd1525.
  21. Bubar KM, Reinholt K, Kissler SM, et al. Model-informed COVID-19 vaccine prioritization strategies by age and serostatus. *Science.* 2021; 371(6532):916-21.
  22. Sadeghi R, Masoudi MR, Khanjani N. The commitment for fair distribution of COVID-19 vaccine among all countries of the world. *Res Nurs Health.* 2021; 44(2):266-7.
  23. International Week of Anti-Imperialist Struggle. International Manifesto for Life Jornada de Lutas Anti-Imperialista [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://antiimperialistweek.org/en/news/international-manifesto-for-life/?s=08>.
  24. Bandini M, coordenadora. “Ampliação do conceito de COVID-19 relacionada ao trabalho: ações necessárias e recomendadas para avançar”. Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.frenteamplast.com/post/gt-2-amplia%C3%A7%C3%A3o-do-conceito-de-covid-19-relacionada-ao-trabalho-a%C3%A7%C3%B5es-necess%C3%A1rias-e-recomendadas-p>.

# Estudo de avaliabilidade do programa de indução à pesquisa em saúde no Brasil para mitigar problemas relacionados à extrema pobreza

*Evaluability study of the health research induction program in Brazil to mitigate problems related to extreme poverty*

Marilyn Bonfim<sup>1</sup>, Zulmira Hartz<sup>2</sup>, Tania Araujo-Jorge<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112801

**RESUMO** A multidimensionalidade da pobreza foi premissa central do Plano Brasil Sem Miséria (2011-2014), que visava a erradicar a extrema pobreza no País. A Fundação Oswaldo Cruz coordenou um programa de indução à pesquisa em saúde que promoveu investigações destinadas a produzir conhecimento para mitigar problemas relacionados à miséria. O estudo de avaliabilidade foi orientado pelo instrumento teórico-metodológico da Teoria da Mudança, que permitiu traçar o caminho do cenário inicial para um cenário esperado, com base nos resultados da indução, representados no modelo lógico do programa, no qual também foram descritos a estrutura, os processos e os resultados. A partir da análise documental e entrevistas com *stakeholders* das instituições envolvidas foi possível identificar os objetivos do programa, os resultados esperados, o público beneficiado pelo programa e o público beneficiado pela avaliação dos resultados do programa. Este estudo orientou o planejamento da avaliação que se seguiu, bem como a definição do modelo canadense de mensuração do retorno de investimento em pesquisa em saúde como estratégia metodológica. As limitações foram reconhecidas, bem como os pontos que favoreceram a implantação e o desenvolvimento do programa de indução. Espera-se, ainda, que este estudo possa contribuir para avaliações e/ou pré-avaliações de outros programas com escopo semelhante.

**PALAVRAS-CHAVE** Áreas de pobreza. Pobreza. Brasil. Avaliação de programas e projetos de saúde.

**ABSTRACT** *The multidimensionality of poverty was the central premise of the Brazilian Without Misery Plan (2011-2014), which aimed at eradicating misery in the country. The Oswaldo Cruz Foundation coordinated a health research induction program that promoted research aimed at producing knowledge to mitigate problems related to misery. The evaluability study was guided by the theoretical and methodological instrument of the Theory of Change, which allowed us to trace the path from the initial scenario to an expected scenario, based on the induction results, represented in the logical model of the program, in which the structure, processes, and results were also described. Through document analysis and interviews with stakeholders, it was possible to identify the objectives, expected results of the program, as well as the public benefited by it and by the evaluation of the program's results. This study guided the planning of the assessment that followed, as well as the definition of the Canadian model, to measure the return on health research investment as a methodological strategy. The limitations were recognized, as well as the issues that favored the implementation and development of the induction program. It is further hoped that this study may contribute to evaluations and/or pre-evaluations of other similarly targeted programs.*

**KEYWORDS** *Poverty areas. Poverty. Brazil. Program evaluation.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [mef.bonfim.fiocruz@gmail.com](mailto:mef.bonfim.fiocruz@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) - Lisboa, Portugal.



## Introdução

O Brasil é conhecido como um país desafiador e complexo do ponto de vista do combate à pobreza. Juntamente com o Oriente Médio e a África Subsaariana, o Brasil permanece entre as três regiões mais desiguais do mundo, de acordo com o Relatório Mundial sobre Desigualdade, de 2018, que afirma que “a desigualdade de renda permaneceu relativamente estável, em níveis extremamente altos”<sup>1(6)</sup>.

Apesar do aumento do desenvolvimento econômico nas últimas cinco décadas, quando o Brasil entrou no grupo das 10 maiores economias do mundo em Produto Interno Bruto (PIB) absoluto, o País nunca distribuiu essa riqueza em uma direção que pudesse enfrentar a desigualdade histórica. É notável que o índice de Gini, um indicador mundialmente aceito de desigualdade, diminuiu continuamente entre 2001 e 2014, e, depois das mudanças nas políticas econômicas, à medida que a crise política no Brasil se agravou, subiu novamente<sup>2</sup>.

O melhor período de redução da desigualdade no Brasil é explicado por um conjunto de medidas macroeconômicas baseadas em políticas para abrir frentes de trabalho, aumentando continuamente o valor líquido do salário mínimo e da transferência de renda, por meio do Programa Bolsa Família (PBF). Nesse período, a questão do enfrentamento à extrema pobreza ganhou destaque na agenda nacional brasileira. De fato, o PBF foi o maior programa de transferência de renda condicionado do mundo e permitiu que milhões de brasileiros saíssem da extrema pobreza. No entanto, o diagnóstico realizado em 2010<sup>3</sup> constatou a permanência de um núcleo duro de pobreza, que significava cerca de 16 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, em locais com total ausência do Estado.

Para enfrentar esse cenário, o Plano Brasil Sem Miséria<sup>4</sup> (PBSM) foi lançado em 2011. Por meio dele, o governo federal estabeleceu a meta de erradicar a extrema pobreza em 4 anos, de 2011 a 2014. Sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

(MDS), como foi nomeado e estruturado na época, a promoção de direitos estava no centro da narrativa da política oficial do plano<sup>5</sup>. O PBSM apoiou suas diretrizes sobre a articulação de ações de garantia de renda somadas as ações destinadas a melhorar as condições de vida da população extremamente pobre, considerando a multidimensionalidade da situação de pobreza<sup>6,7</sup>.

Baseado na integração e articulação de políticas, programas e ações sociais, o objetivo do PBSM era fortalecer as ações existentes e articulá-las a novos programas, com o objetivo de incluir a população mais pobre nas oportunidades geradas pelo crescimento econômico brasileiro daquele período. De acordo com o relatório do MDS<sup>8</sup>, na perspectiva da renda e pelos padrões do período, o fim da extrema pobreza foi atingido, ainda em 2013, com a inclusão de cerca de 20 milhões de brasileiros que viviam abaixo da linha da pobreza, com o alcance de todas as metas previstas no PBSM.

No campo da saúde, destacou-se o tema ‘doenças negligenciadas, erradicação da pobreza e o Plano Brasil Sem Miséria’, vinculado ao eixo de acesso aos serviços públicos. Essa inclusão foi resultado da articulação do MDS e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a decisão final da Presidência da República. Como a Fiocruz é a maior instituição acadêmica não universitária do País e responsável por mais de 25 cursos de doutorado em diferentes áreas da saúde, um dos principais desenvolvimentos dessa articulação foi a implementação de um programa de indução à pesquisa em saúde, de 2013 a 2018, por meio de uma cooperação entre Fiocruz, MDS e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), órgão oficial que coordena e financia o ensino superior em nível de doutorado.

Esse programa de indução, chamado Programa Fiocruz-Capes-Brasil Sem Miséria, foi um dos primeiros programas de indução da Capes, uma experiência inédita na Fiocruz e uma aproximação desejável entre a academia e as políticas sociais. O principal objetivo do programa foi gerar conhecimento em saúde

para mitigar problemas relacionados à pobreza extrema, por meio da implementação de bolsas de estudo para doutorandos e pesquisadores de pós-doutorado. Com o envolvimento de 16 cursos de doutorado, após o período de desenvolvimento, os produtos foram apresentados na forma de teses, artigos científicos, produções técnicas e educacionais.

Este artigo apresenta os primeiros resultados da pesquisa avaliativa desse programa de indução, aqui também denominado como intervenção, por meio do estudo de avaliabilidade<sup>9</sup>, que reuniu um conjunto de ações para planejar a avaliação, considerando as partes interessadas nos seus resultados, a fim de maximizar sua utilidade e responder se a intervenção era elegível para avaliação.

Os resultados mostraram que foi possível identificar os objetivos, a estrutura, as atividades e os produtos esperados que envolveram a intervenção e se esses elementos respondiam à situação-problema que se pretendia solucionar, assim como representá-los graficamente no modelo lógico da intervenção. O contexto político no qual a intervenção foi concebida e implementada e as perguntas avaliativas, que deveriam ser priorizadas nas etapas subsequentes da avaliação, também são resultados deste estudo.

## Material e métodos

Este estudo de avaliabilidade adotou uma abordagem descritivo-qualitativa com as seguintes etapas: i) análise dos documentos oficiais para a construção da primeira versão do modelo lógico e identificação das partes interessadas (*stakeholders*); ii) validação do modelo lógico do programa com os *stakeholders*, por meio de entrevistas semiestruturadas; e iii) formulação e seleção de questões avaliativas que subsidiaram a avaliação<sup>10,11</sup>. Obtém, ainda, o suporte teórico da ‘Teoria da Mudança’<sup>12,13</sup> como um processo pelo qual o ‘caminho da mudança’ pode ser traçado, isto é, o que era esperado dos resultados e efeitos do programa quando ele foi concebido.

A análise documental<sup>14,15</sup> reuniu seis documentos oficiais do programa de indução. A saber: i) Nota técnica nº 1/2011/IOC-Fiocruz; ii) Decreto nº 7.492, de 02/06/2011, que instituiu o Plano Brasil Sem Miséria; iii) Documento aprovado na Câmara Técnica de Ensino da Fiocruz – setembro/2011; iv) Acordo de Cooperação nº 123/2011 – Fiocruz/Capes; v) Acordo de Cooperação nº 128/2011 – Fiocruz/MDS; e vi) Planejamento estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015). Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, CAEE: 62571016.5.0000.5248, parecer nº 1.950.248.

A referida análise orientou a primeira versão do modelo lógico da intervenção, por ser uma fonte de coleta de dados considerada adequada para essa etapa, uma vez que tinha como objetivo subsidiar a descrição do programa para representá-lo graficamente<sup>16,17</sup>.

Essa versão inicial foi apresentada no final das seis entrevistas com as partes interessadas das três instituições envolvidas, para contribuições e validação. As entrevistas ocorreram no período de outubro/2017 a fevereiro/2018, seguiram um roteiro semiestruturado e permitiram a caracterização do contexto político em que o programa foi concebido, bem como os objetivos, os resultados esperados, o público beneficiado pelo programa e pela avaliação e as perguntas que deveriam ser respondidas na avaliação. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram com a gravação em áudio, que foi transcrita e analisada por meio de uma análise interpretativa<sup>18</sup>.

Os *stakeholders* (SH) foram selecionados em virtude das posições-chave que ocupavam no período de criação do programa, em uma situação de representação, com autonomia e poder de decisão nas três instituições envolvidas.

Do MDS, o formulador estratégico do PBSM, três grandes partes interessadas foram convidadas e concordaram em participar do estudo (SH1,2,3); da Capes, a agência que possibilitou a intervenção por meio de concessões de bolsas, participou o então diretor



de programas de bolsas de estudo (SH4); da Fiocruz, instituição de pesquisa, foram entrevistados um representante da coordenação geral da pós-graduação e o então coordenador de desenvolvimento institucional (SH5,6).

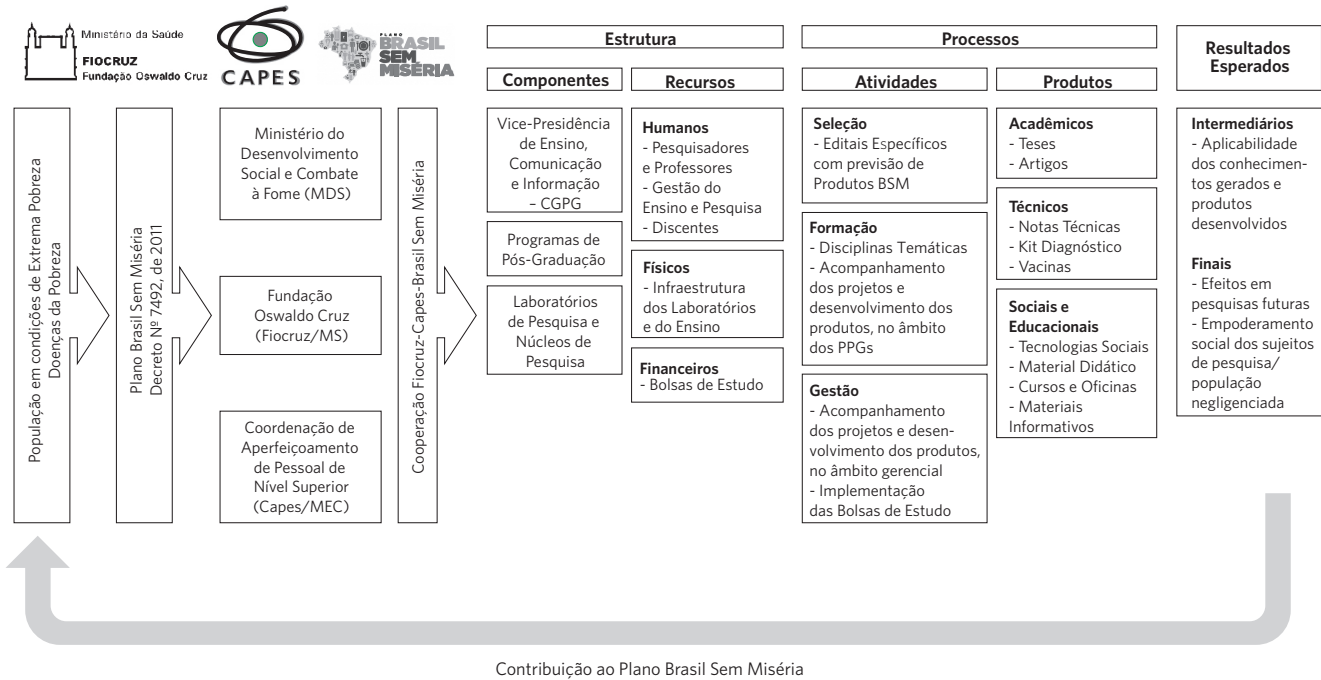
## Resultados e discussão

O primeiro resultado do estudo de avaliabilidade foi a elaboração e validação do modelo lógico da intervenção pelos *stakeholders*, apresentado na *figura 1*, no qual foi possível identificar e descrever as seguintes questões:

i) situação problemática que gerou a necessidade da criação do programa; ii) o objetivo do programa; iii) o público-alvo do programa; iv) a estrutura e as atividades do programa; e v) os resultados esperados.

É possível observar no modelo lógico que, embora a intervenção envolvesse três instituições, a responsabilidade sobre as estruturas e os processos estava centralizada na Fiocruz, o que vai ao encontro da centralidade da instituição identificada no número de documentos oficiais sobre a intervenção, objetos da análise documental.

Figura 1. Modelo lógico do programa de indução à pesquisa em saúde 'Fiocruz-Capes-Brasil Sem Miséria'



O segundo resultado deste estudo foi a caracterização do contexto político externo e interno à Fiocruz e a descrição, na perspectiva dos *stakeholders*, dos objetivos do programa e

dos resultados esperados, o que tornou possível traçar o caminho da mudança pretendida com esta intervenção.

## Caracterização do contexto político

O contexto político, geralmente, não está descrito em documentos oficiais de programas, e, no caso da intervenção em análise, não foi diferente. Contudo, é desejável conhecê-lo, para planejar a avaliação, uma vez que o sucesso ou não de uma intervenção pode ser (co)determinado pelo contexto em que está inserido.

Neste sentido, os participantes da entrevista foram convidados a descrever o contexto político sob qual o programa de indução Fiocruz-Capes-Brasil Sem Miséria foi concebido.

Foi possível identificar convergência e complementaridade nos relatos dos atores-chave, no sentido de um contexto muito favorável no País para implementação do PBSM e suas ações. Os relatos revelaram, também, a atenção/preocupação dos gestores frente à constatação da limitação dos programas sociais vigentes até 2010 e a necessidade de atuação focalizada nos extremamente pobres. Nas palavras do principal *stakeholder* do MDS:

*Sem entrar em conjuntura mais macropolítica, eu acho que tem uma questão que é bem, bem importante de se retomar. Foi um nível de adesão muito grande [ao PBSM], e isso acho que tem um elemento importante [...] E ele [o PBSM] era um desafio mesmo, nesse caso um desafio de gestão, porque não era somente dizer 'vou acabar com a miséria', era dizer 'vou acabar com a miséria nas suas múltiplas faces, vou envolver o conjunto das agendas e enfrentar a miséria de não ter água, a miséria de não ter renda, a miséria de ter esquistossomose'. Foi um desafio transversal. E não é só uma visão generosa de atuação do Estado, mas ela é uma visão muito complexa de como organizar o Estado em torno de uma determinada agenda. (SH1).*

Sobre a participação da Fiocruz, além da contribuição da reconhecida instituição acadêmica, buscavam-se parceiros para dar legitimidade ao PBSM. Dessa forma, dois aspectos foram considerados pelos gestores do MDS: um gerencial, a capacidade de apresentar

resultados e produzir conhecimento em saúde, com foco em doenças negligenciadas; e outro político, o potencial simbólico da instituição.

Embora o contexto externo fosse favorável e a proposta fosse convergente com a agenda da Fiocruz e com sua própria missão frente às desigualdades sociais, houve resistência por parte da academia, ao ser pautada pela agenda política, como destaca o então coordenador de gestão e desenvolvimento institucional:

*Na Fiocruz, nós tínhamos, também, um momento bastante positivo de integração, de unidade, que possibilitou a incorporação dessa agenda, internamente. Então nós tivemos uma conexão com o MDS, que se desdobraram em várias atividades [...]. A nota técnica foi precursora desse processo, mas o envolvimento político, ele facilitou muito avançar no projeto, que mesmo assim enfrentou a questão cultural da autonomia científica. (SH6, Fiocruz).*

Essa constatação revelou que não havia consenso na Fiocruz sobre a cooperação e orientou um aspecto nas próximas etapas da avaliação, que era identificar o motivo da não adesão e/ou baixa adesão de pós-graduações ao programa de indução, assim como a concentração das pesquisas em uma única pós-graduação: Medicina Tropical, que teve 40% das bolsas de indução.

Cabe ressaltar que o contexto interno favorável na concepção do programa, mesmo que não consensual, não se manteve durante sua implementação, visto que a fundação passou por um momento de divisão interna, que teve efeitos diretos à intervenção avaliada. Entre os efeitos, destaca-se a reestruturação do comitê gestor do programa de indução, com a saída de atores-chave desde sua concepção. À luz da teoria da mudança e do caminho que se buscou representar no modelo lógico, essa constatação foi fundamental para definição de indicadores de gestão na avaliação dessa intervenção.

Na perspectiva da Capes, que vivia um momento de expansão, com aumento de previsão orçamentária para fomento à pesquisa,

por meio de bolsas de pós-graduação, o diretor do programa de bolsas da época iniciou fomentos às induções temáticas, o que veio ao encontro da proposta da Fiocruz, de induzir pesquisas em saúde para enfrentamento das doenças da pobreza:

*A Capes estava passando por um momento de muita euforia. Euforia de crescimento. Achamos interessante fazer não só essas bolsas como balcão. Havia um interesse muito grande em criar bolsas para a indução de programas, induções que dessem possibilidade de criarmos cenários de expansão da pós-graduação em determinados momentos, então eu comecei a fazer alguns programas de indução, envolvendo ministérios, quer dizer, o ministério A, ministério B entraria no programa com algum recurso para custeio e nós custearíamos as bolsas pra aquele programa [...]. (SH4).*

Embora a Capes tenha sido fundamental para essa intervenção, seja pelos recursos destinados às bolsas de estudo, seja pelo entusiasmo em fomentar pesquisa em saúde com foco no público do Plano Brasil Sem Miséria, a instituição não acompanhou o processo de implementação e resultados do programa. Um dos motivos a serem ressaltados sobre esse não envolvimento é o histórico problema de descontinuidade das ações públicas brasileiras que refletem características e dinâmicas dos tomadores de decisão do momento, com uma sequência de interrupções e rupturas que interfere, diretamente, no alcance dos resultados de programas<sup>19</sup>.

### Objetivos do programa de indução

Ao serem questionados sobre o que se esperava, em 2011, da indução à pesquisa em saúde e que resultados foram projetados, os entrevistados destacaram a aplicabilidade do conhecimento, ou seja, que de alguma forma o conhecimento gerado retornasse direta ou indiretamente aos mais pobres e à sociedade de forma geral.

Para os representantes da Fiocruz, a maior contribuição do programa de indução

ao PBSM era o conhecimento sistematizado, e um dos principais meios eram as Notas Técnicas, fruto das pesquisas, para orientar gestores e tomadores de decisão na formulação de políticas públicas.

*Contribuir para erradicação da pobreza, produzindo teses e produção de notas técnicas para o Ministério da Saúde, era uma exigência nossa. (SH5).*

Os *stakeholders* 1 e 4, representantes do MDS e da Capes, respectivamente, compartilhavam a ideia de que a academia precisava se preocupar com os problemas do País:

*A academia se preocupar com a solução dos problemas do País, do nosso país. (SH4).*

*Ele [PBSM] não tinha uma meta de resultado das pesquisas, ele tinha uma meta de colocar a campo, também envolver a área de pesquisa, nesse sentido, eu acho que ele foi bem sucedido. Colocar luz para pesquisadores do Brasil.*

*Eu acho que, além de olhar pra doença em si, até o pesquisador da bancada ter que sair da bancada e pensar, afinal... pra que que eu tô aqui na bancada? (SH1).*

A articulação das políticas públicas para o aperfeiçoamento das próprias políticas públicas, com consequente melhoria de vida para a população, também era um resultado esperado da intervenção.

Sobre os audaciosos objetivos dos *stakeholders*, é importante destacar que o programa de indução tinha um caráter experimental, e, no âmbito de formação de pesquisadores, os objetivos eram, em alguma medida, muito mais ‘vontade’ do que algo a ser possível de ser realizado. Essa constatação foi muito importante durante o traçado do caminho da mudança, uma vez que a translação do conhecimento e o aperfeiçoamento de políticas públicas com efeitos diretos na população são desafios históricos do País.

## Público beneficiado pelo programa de indução

O público beneficiado pelo programa de indução, de acordo com os entrevistados, é muito diversificado, passando pelos próprios pesquisadores, por atores políticos, gestores e tomadores de decisão, a partir do aperfeiçoamento e/ou da implementação de políticas públicas à população em geral, por meio da aplicação do conhecimento gerado.

*A ideia inicial de que esses produtos... eles precisam ser entregues para quem gerencia política. A produção acadêmica (tese, artigo), é fantástico, mas publica para um público restrito, então vamos tentar dar a essa produção um caráter de utilidade maior [...]. (SH6).*

*A população que vivia em extrema pobreza, num país que tem carência de recursos na educação, ciência e tecnologia, precisamos saber se a indução atendeu à prioridade. (SH4).*

*Talvez a gente não vá conseguir fazer nem uma vinculação direta ao que aconteceu com os resultados específicos, mas eu honestamente acho que interessa muito à população, então eu acho vai ter resultados específicos que vai ajudar a população, ou seja, tecnologias, métodos, processos que nos ajudem a superar doenças mesmo, que vinham atingindo essa população. Segundo: eu acho que ganhou certamente a pesquisa no Brasil. O público beneficiado também são os pesquisadores, você tem uma linha a mais [...]. (SH1).*

A amplitude e a diversidade do público beneficiado pelo programa de indução, identificado durante a construção do caminho da mudança, refletem as imensas lacunas e carências de um dos países mais desiguais do mundo. Refletem, também, a falsa dicotomia entre o saber acadêmico e a ideia de ‘utilidade’, revelada durante as entrevistas.

## Público beneficiado pela avaliação do programa de indução

O público beneficiado pela avaliação do programa, de acordo com os entrevistados, são especialmente as instituições envolvidas, assim como os formuladores de políticas públicas e tomadores de decisão, uma vez que os resultados podem reorientar a formulação de programas com escopo semelhante.

*Além da Fiocruz, o próprio cidadão que foi entrevistado, que participou da pesquisa. Para o próprio governo, tem gente ainda no governo preocupada com o país, com a questão da desigualdade. Há brecha, e nós também precisamos criar essas brechas. (SH5).*

*Eu diria que a quem financiou... principalmente a Capes... a Fiocruz que foi a demandante e toda a sociedade... de modo a mostrar que o investimento que foi feito nessa linha de prioridade foi (ou não) um sucesso. (SH4).*

*Para quem elabora políticas públicas, para aperfeiçoar, para pensar em novas propostas. (SH3).*

Os benefícios da avaliação do programa, na perspectiva dos *stakeholders*, convergem para a perspectiva de aprendizagem das autoras, quando assumiram o compromisso de avaliar e aprender com essa experiência, para verificar se esse caminho era promissor. A expectativa é que, a partir de uma pesquisa avaliativa, que tem início com este estudo de avaliabilidade, seja produzido conhecimento para novas ações com características semelhantes.

## Perguntas avaliativas

Este estudo nasceu e foi conduzido sob a premissa de que a avaliação em andamento consideraria, fortemente, a perspectiva dos interessados no programa. Dessa forma, as perguntas avaliativas levantadas pelos representantes das três instituições foram estratégicas para este estudo de avaliabilidade, e foram

determinantes para a decisão da estratégia metodológica da avaliação.

As perguntas estão organizadas por instituição, propositalmente, para permitir que as diferentes perspectivas institucionais sejam visualizadas.

- Fundação Oswaldo Cruz – *Stakeholders* 5 e 6:

1. Houve, na formação dos pesquisadores, um olhar diferencial sobre a pobreza e/ou sobre as políticas sociais?
2. As Notas Técnicas contribuíram para a formulação de políticas públicas?
3. Quais os motivos da diferença de adesão entre as pós-graduações da Fiocruz?
4. Houve aplicação do conhecimento? Translação do conhecimento?

- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – *Stakeholder* 4:

1. Esse investimento trouxe coisas realmente portadoras de futuro ou portadoras de soluções para a sociedade?

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – *Stakeholders* 1, 2 e 3:

1. As pesquisas podem contribuir para otimizar/aperfeiçoar as políticas públicas?
2. Essas pesquisas contribuíram para os protocolos da saúde, na qualificação dos profissionais, na agenda cotidiana dos profissionais da saúde?
3. O programa contribuiu para situar a Fiocruz em políticas sociais amplas?
4. O programa teve resultados para além do

esperado, como engajamento de estudantes não bolsistas?

Identificar as perguntas avaliativas dos *stakeholders* foi um passo importante para o planejamento da avaliação. Esse levantamento permitiu compreender o que era importante ser respondido para quem concebeu o programa e permitiu, também, identificar que o momento da entrevista foi, para alguns, o primeiro momento em que refletiram sobre essa avaliação, fato que corrobora o desafio de institucionalização da avaliação nas instituições públicas do País<sup>20</sup>.

A última etapa foi selecionar quais dessas perguntas poderiam ser respondidas, considerando questões como: tempo para realização da pesquisa, viabilidade da coleta e análise dos dados e possibilidades metodológicas. As questões selecionadas foram as que envolviam produtos acadêmicos e técnicos, incluindo a análise qualitativa. Questões que tinham uma proposta mais ampla sobre mudanças institucionais e efeitos ou consequências do conhecimento produzido não se enquadraram no escopo da avaliação, embora tanto o mérito quanto a legitimidade sejam reconhecidos.

## Considerações finais

Os objetivos do estudo de avaliabilidade foram alcançados a partir dos seguintes resultados: i) o modelo lógico do programa elaborado e validado pelos interessados; ii) o contexto político descrito como favorável à implantação e realização do programa; e iii) as perguntas avaliativas foram identificadas e reconhecidas, em grande parte, como possíveis de serem respondidas.

Este estudo também foi decisivo para a escolha da estratégia metodológica da avaliação, que foi o modelo desenvolvido pela Academia Canadense de Ciências em Saúde, disponível no documento ‘Making an Impact: A preferred Framework and Indicators to Measure Returns on Investment in Health

Research<sup>21</sup>, uma vez que a grande orientação para avaliação foi a de responder se o investimento público na produção de conhecimentos retornou ao público e/ou à sociedade.

Cabe reconhecer que a descontinuidade das políticas públicas no Brasil é a principal limitação deste estudo e da própria avaliação *a posteriori*, especialmente sob a perspectiva de aprendizagem adotada para avaliação que sucedeu este estudo, ou seja, que a partir dos resultados e das recomendações dessa avaliação, novos programas de indução à pesquisa em saúde pudessem ser fomentados e aperfeiçoados.

Visto, ainda, que parte importante dos resultados do programa de indução servia, a partir do conhecimento produzido, para subsidiar a (re)orientação de políticas públicas vigentes e/ou orientar a formulação de novas políticas, e que isso dependia de articulações políticas com o governo, que foi interrompido em 2016, a linearidade esperada e apresentada no modelo lógico não aconteceu e muito dificilmente acontecerá no atual governo, que possui um projeto político diametralmente oposto ao que concebeu o programa de indução.

Contudo, segue-se com mais de 15 milhões de brasileiros vivendo, em 2018, abaixo da linha da extrema pobreza, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>22</sup>. Se forem considerados novos estudos do Banco Mundial, que têm em conta as múltiplas dimensões de bem-estar, chegamos ao número de 50 milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza. Esses dados demonstram a atualidade do objeto do estudo e o reconhecimento de que há muito a se fazer para erradicação da miséria no País, e tanto a academia quanto o campo da saúde têm papel central no cuidado a milhões de brasileiros que se mantêm no ciclo pobreza-doença-pobreza.

## Colaboradoras

Bonfim M (0000-0001-5634-1689)\*, Hartz Z (0000-0001-9780-9428)\* e Araujo-Jorge T (0000-0002-8233-5845)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Alvaredo F, Chancel L, Piketty T, et al., coordenadores. World inequality report: english version. [Paris]: World Inequality Lab; 2018.
2. Neri MC. What was the impact of the crisis on poverty and income distribution? Rio de Janeiro: FGV; 2018.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Universo preliminar do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; [2010].
4. Brasil. Decreto nº 7.492, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Diário Oficial da União. 3 Jun 2011.
5. Paes-Sousa R. Plano Brasil Sem Miséria: incremento e mudança na política de proteção e promoção social no Brasil. Work. pap. 2013; Ago 113.
6. Paes-Sousa R, Vaitsman J. The zero hunger and Brazil without extreme poverty programs: a step forward in brazilian social protection policy. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(11)4351-4360.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



7. Campello T, Mello J. O processo de formulação e os desafios do plano Brasil sem miséria: por um país rico e com oportunidades para todos. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). O Brasil sem miséria. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2014.
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Plano Brasil sem miséria: caderno de resultados (junho/2011 a dezembro/2014). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2015.
9. Leviton LC, Collins CB, Laird BL, et al. Teaching evaluation using evaluability assessment. London: Evaluation; 1998.
10. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of survivors of a torture program: lessons learned. *Can. J. Program Eval.* 2005; (20):1-25.
11. Mendes MF. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
12. Anderson AA. The community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development. New York: Aspen Institute Roundtable on Community Change; 2006.
13. Arnold M. Theories of change in internacional development: communications, learning or ccountability? London: Justice and Security Research Programme; 2014.
14. Cutolo LR, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família: uma análise documental. *Arq. Catarin. Med.* 2010; 39(3):79-84.
15. Prates JC, Prates FC. Problematizando o uso da técnica de análise documental no serviço social e no direito. *Soc. Debate.* 2009; 15(2):111-125.
16. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
17. Cassiolato MM, Guerresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, DF: Ipea; 2010.
18. Vianna IO. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU; 2001.
19. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
20. Carvalho AL, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface.* 2017; 21(60):23-33.
21. Canadian Academy of Health Sciences. Making an impact: a preferred framework and indicators to measure returns on investment in health research. Canadian Academy of Health Sciences: Canada; 2009.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

---

Recebido em 14/10/2019  
Aprovado em 20/07/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil

## *Challenges for regionalizing surveillance in the perception of managers of health regions in Brazil*

Ana Coelho de Albuquerque<sup>1</sup>, Eduarda Ângela Pessoa Cesse<sup>2</sup>, Isabella Chagas Samico<sup>1</sup>, Eronildo Felisberto<sup>1</sup>, Paulo Germano de Frias<sup>1</sup>, Geison Cícero da Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112802

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi descrever a percepção de gestores sobre os desafios da regionalização da Vigilância em Saúde em seis regiões de saúde no Brasil. Adotaram-se abordagem qualitativa e roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado a partir de categorias de análise previamente definidas, aplicado a seis gestores estaduais da vigilância. Identificaram-se convergências e divergências entre regiões a partir das narrativas, examinadas por meio da técnica de análise temática de conteúdo. Constatou-se que a regionalização da vigilância é influenciada pelo contexto local, caminha de forma assimétrica, com o protagonismo dos estados, porém com escassas estratégias de fortalecimento. Entre os desafios, observaram-se dificuldades na apropriação de espaços de pactuação e cogestão e pouca participação da Vigilância em Saúde nas pautas de discussão da Comissão Intergestores Regional; na integração das ações da vigilância e atenção básica; na atuação da vigilância nas redes de atenção à saúde; e inexistência de normativas que regulem o financiamento regional. Ainda que as convergências identificadas indiquem um caminho para implementação da regionalização da Vigilância em Saúde, as contradições entre o legitimado como desejável e o instituído como prática representam limites concretos de efetivação da regionalização.

**PALAVRAS-CHAVE** Vigilância em saúde pública. Regionalização. Políticas. Política de saúde.

**ABSTRACT** *The article aims to describe the perception of managers regarding the challenges of regionalization of Health Surveillance (HS) in six health regions in Brazil. A qualitative exploratory approach was adopted with data from semi-structured interviews, with a road map elaborated from previously defined categories of analysis, applied to six state managers of surveillance. Convergences and divergences were identified between regions based on the interviewees' discourses, which were examined through the thematic content analysis technique. The results showed that the regionalization of surveillance is influenced by the local context, its course is asymmetrical, with the states leading the process, but with few strengthening strategies. Among the challenges for its consolidation, there were difficulties in the appropriation of spaces for co-ordination and co-management, with little participation of HS in the discussion guidelines of the Regional Interagency Committee; in the integration of surveillance and basic care actions; in the performance of surveillance in health care networks; in addition to the lack of regulations ruling regional financing. Although the identified convergences indicate a way to implement the regionalization of HS, the contradictions between what is legitimized as desirable and what is established as practice represent concrete limits to the accomplishment of regionalization.*

**KEYWORDS** *Public health surveillance. Regional health planning. Policy. Health policy.*

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde (Geas) – Recife (PE), Brasil. ana\_albuquerque1@hotmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.



## Introdução

A Lei Orgânica da Saúde integra o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), trata dos seus princípios e diretrizes e referenda a regionalização como parte do processo de descentralização político-administrativa do sistema<sup>1</sup>. No entanto, há tensionamentos quanto às atribuições e às competências do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e municipais de saúde no processo de implementação da regionalização<sup>2</sup>, decorrente do ‘federalismo sanitário brasileiro’ e sua configuração em gestão, organização e funcionamento espelharem o sistema federativo nacional<sup>3</sup>.

A política de saúde no Brasil desenvolveu mecanismos de indução e coordenação, que acomodaram as tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS<sup>4,5</sup>. A regulação realizada pelo MS baseada na edição de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, favoreceu a adesão e a implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais<sup>6</sup>, bem como o aprendizado institucional das secretarias de saúde<sup>7</sup>. Ainda assim, a maioria dos municípios e muitos estados não têm condições para prover autonomamente as ações e serviços necessários à sua população, sendo indispensável transcender suas fronteiras sem, contudo, desconsiderá-las, para planejar e conformar uma rede de atenção integral à saúde no território<sup>8-10</sup>.

Nesse sentido, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes e os critérios para a regionalização e o planejamento regional integrado do SUS, considerando que o seu fortalecimento promove a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos. De acordo com as resoluções, uma vez definidas as prioridades sanitárias regionais, é necessário pactuar as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federado no âmbito regional, abrangendo ações

de assistência à saúde, de promoção, de assistência farmacêutica e de Vigilância em Saúde (VS), a serem realizadas no território<sup>11,12</sup>.

A legislação brasileira vigente compreende a VS como um processo sistemático que envolve desde a coleta e análise até a disseminação de dados sobre eventos relacionados com a saúde, articulando saberes e práticas relativas às vigilâncias: epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária, com vistas à implementação de políticas públicas de promoção da saúde, proteção, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças<sup>13</sup>. Porém, estabelecer os limites entre as ações locais e as que necessitam de articulação regional relacionadas com a VS permanece como desafio, em particular, pela ausência de instruções normativas sobre o compartilhamento de atribuições, de recursos humanos, de materiais, além do financiamento regional<sup>14</sup>, sugerindo um insuficiente acúmulo gerencial da VS para esse nível organizacional<sup>15</sup>.

Esse contexto mostra a organização da VS no Brasil com dimensões claramente instituídas, representada por sistemas de normas, história e valores que orientam as organizações, enquanto outra dimensão instituinte tensiona ao mostrar necessidade de incorporar transformações nas concepções e modo de operar tradicionalmente e nas relações de poder onde esteja agindo<sup>2,16</sup>.

A municipalização priorizada e induzida pela instância nacional, com a criação de mecanismos estáveis de financiamento por meio da transferência fundo a fundo federal para o nível municipal<sup>17</sup>, e as iniciativas de qualificação das ações locais, como o Projeto Vigisus<sup>18</sup> e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)<sup>19</sup>, secundarizaram o processo de regionalização. Ainda assim, por meio de estímulos técnico-políticos, a regionalização do SUS vem sendo construída por gestores estaduais e municipais influenciados por ciclos de implementação das políticas e pelo grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais que compõem os espaços de governança do setor<sup>20</sup>.

É possível que esse contexto institucional interfira na regionalização da VS no Brasil, tensionando a relação entre o normatizado e o que é operacionalizado nas regiões de saúde. Assim, este artigo tem como objetivo descrever a percepção de gestores com relação aos desafios para implementação da regionalização da VS em seis regiões de saúde no Brasil.

## Material e métodos

Este estudo é um recorte de pesquisa maior sobre Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil<sup>21</sup>, em que o público-alvo foi composto por gestores estaduais de VS. Devido à natureza do objeto investigado, o método escolhido foi qualitativo, o qual utilizou entrevista semiestruturada como técnica de coleta das informações. Por meio da narrativa dos sujeitos, é possível apreender as percepções sobre os desafios para a implementação da regionalização da vigilância.

Para compor a amostra de sujeitos, partiu-se da seleção das regiões de saúde baseada em tipologia desenvolvida por Viana et al.<sup>22</sup>, que adotaram a análise de *cluster* para desenvolvimento socioeconômico e a oferta e complexidade dos serviços de saúde no contexto regional como condições estruturais de regionalização. Foram diferenciados cinco agrupamentos de regiões de saúde: 1) baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; 2) médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta; 3) médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; 4) alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e 5) alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

Selecionou-se uma região de cada grupo, além de outra interestadual por sua representatividade ímpar, de unidades federadas distintas, totalizando seis regiões: V Diretoria Regional de Saúde do estado de São Paulo; Região de Saúde do entorno de Manaus e Alto Rio Negro, Amazonas; Região

de Saúde da Baixada Cuiabana, Mato Grosso; Região de Saúde 9 – Carbonífera/Costa Doce, Rio Grande do Sul; VIII Região de Saúde de Pernambuco; e Núcleo Regional de Saúde Norte, Bahia. A partir dessas regiões, identificaram-se os gestores estaduais da VS como condutores políticos e técnicos da regionalização, os quais foram contatados previamente pela equipe de pesquisadores e entrevistados nos seus locais de trabalho entre agosto de 2015 e maio de 2017. Não houve recusas dos gestores.

As entrevistas realizadas obedeceram a roteiro semiestruturado previamente testado, organizado em tópicos baseados nas categorias de análise para a regionalização da VS: planejamento/programação das ações; estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão; recursos financeiros e serviços de interesse disponibilizados no nível regional; integração das ações de VS e atenção básica em nível regional; papel da instância estadual; papel da Comissão Intergestores Regional (CIR); papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos o sigilo e o anonimato dos envolvidos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Utilizou-se a análise temática de conteúdo com a codificação da informação nas categorias supracitadas. Para dar sentido ao material estudado, a análise envolveu uma etapa de pré-análise, abrangendo a escolha do material, a formulação de hipóteses, objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; a análise do material, que consistiu na codificação, categorização e quantificação da informação; e o tratamento dos resultados, que envolveu procedimentos diversos. Após a leitura das transcrições, foram identificados os conteúdos mais relevantes por meio da observação das convergências e divergências nas narrativas relacionadas com as categorias analíticas descritas. Os dados

relevantes foram inseridos e ordenados em uma matriz de análise<sup>23,24</sup>. Buscou-se identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas para entender a lógica interna desse grupo, em diálogo comparativo com a literatura.

A pesquisa cumpre os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (FMUSP) com o número de protocolo 071/2015.

## Resultados e discussão

A partir da percepção dos gestores estaduais da VS entrevistados, protagonistas do processo de regionalização na região de saúde, foi elaborada a matriz abaixo (*quadro 1*).

Quadro 1. Convergências e divergências temáticas referentes ao processo de regionalização da Vigilância em Saúde (VS), segundo a percepção de gestores estaduais da VS

<b>Categoria analítica</b>	<b>Convergências</b>	<b>Divergências</b>
Planejamento/programação das ações da VS	<p>Importância do planejamento ascendente das ações de VS, com a participação ativa da instância regional.</p> <p>A programação das ações de VS não pode estar desconectada do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde.</p>	<p>Reconhecimento de que a regionalização ainda não se efetivou.</p> <p>A VS monitora periodicamente a execução das ações programadas, como também indicadores de desempenho definidos por sua gestão.</p>
Estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão	Existência de práticas integradas de atuação e compartilhamento da gestão por parte do estado (nível central e regional) e municípios.	Estratégias de atuação conjunta somente em função de demandas específicas e pontuais.
Recursos financeiros e serviços de interesse da VS disponibilizados no nível regional	<p>Apesar da deficiência de instruções normativas que regulem o financiamento regional, a alocação/repasso dos recursos do nível central é diretamente influenciada pelas instâncias regionais.</p> <p>Dificuldade das Secretarias Estaduais em executar o recurso disponível, devido a questões burocráticas e administrativas, tais como licitações.</p> <p>Existência de ações e serviços de interesse da VS disponibilizados em escala regional.</p>	O recurso destinado à instância regional é suficiente para executar as ações programadas.
Integração das ações de VS e Atenção Básica em nível regional	<p>A integração das ações de VS e atenção básica em nível regional contribui positivamente com o planejamento de ações regionalizadas, com a otimização de recursos e encaminhamento efetivo dos problemas de saúde e de suas soluções.</p> <p>A integração figura como um dos principais desafios do sistema de saúde.</p>	
Papel da instância estadual e da CIR na regionalização da VS	<p>Os estados são protagonistas do processo.</p> <p>Dificuldade de legitimação da CIR como locus de governança regional da VS.</p>	Descrição de uma estratégia para o fortalecimento da instância regional.

Quadro 1. (cont.)

Categoria analítica	Convergências	Divergências
Papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região	<p>Para que a integração da VS às redes de atenção à saúde seja efetiva, é necessário que a indução aconteça no nível estratégico da gestão.</p> <p>Os gestores da VS reconhecem a necessidade de que a inserção e a atuação da vigilância sejam transversais à discussão das redes de atenção.</p> <p>Porém, esse reconhecimento ainda não é uma realidade por parte dos demais atores do sistema de saúde, a exemplo da atenção à saúde.</p>	

Fonte: Elaboração própria.

## Planejamento/programação das ações da VS em nível regional

Os gestores reconheceram a importância do planejamento ascendente das ações de VS, com a participação ativa da instância regional, que é ‘o braço no estado mais próximo dos municípios’, e apontaram que essas ações não podem estar desconectadas do Plano Estadual de Saúde e da Programação Anual de Saúde, os quais retratam a política de saúde e o planejamento das ações no estado. No entanto, em um estado que enfrenta dificuldades no processo de planejamento/programação com a inserção do nível regional, um gestor comenta:

*Nunca tivemos uma divisão em regionais totalmente efetiva. Até pelas próprias características do estado. Nós temos o estado, digamos, de dimensões continentais e municípios idem. E isso, consequentemente, dificulta muito esse processo. [...] a gente tem que trabalhar muito com foco na realidade de cada município que compõe essas regionais. Até porque a regional aqui no estado ela funciona mais como uma questão de referência para a atenção à saúde. (Gestor 5).*

Esse relato corrobora os achados de Viana e Lima<sup>25</sup>, ao investigar a regionalização nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo mostrou que a implementação da regionalização é dependente do contexto estadual e das regras mais gerais que conformam a política, sendo influenciado pela direção que se deseja imprimir ao processo.

Apesar do reconhecimento acerca da importância do planejamento das ações de VS por parte da maioria dos gestores entrevistados, apenas um relatou que a VS em seu estado monitora periodicamente a execução das ações programadas, como também indicadores de desempenho definidos pela gestão.

*A gente monitora a cada reunião de colegiado [...] uma parte dessas prioridades. De modo que, pelo menos uma vez por mês, cada prioridade dessa seja monitorada a partir do que foi planejado. Também aqui a gente faz um monitoramento de indicadores de desempenho da gestão de Vigilância em Saúde. (Gestor 2).*

A trajetória de desenvolvimento da VS no SUS sugere caminhos para uma avaliação sistêmica de seu desempenho<sup>14,17,26</sup> e para iniciativas locais de monitoramento qualificado



capazes de melhorar a performance da VS<sup>27</sup>. Assim, o processo avaliativo da vigilância nos territórios deve construir pontes teórico-práticas entre as abordagens e a metodologia utilizada, ponderando sobre sua coerência e efetividade em relação aos princípios do SUS e das políticas e agendas promotoras da saúde, com a valorização do empoderamento local<sup>28</sup>.

### **Estratégias integradas de atuação para o enfrentamento de situações que exigem o compartilhamento da gestão**

Outro núcleo de significação que emerge na fala dos gestores refere-se à prática integrada de atuação e compartilhamento da gestão por parte do estado (nível central e regional) e municípios. Os entrevistados apontaram a existência de grupo técnico (Gestor 1) e de reuniões mensais (Gestores 2 e 4) como estratégia para viabilizar a atuação compartilhada. O Gestor 2 exemplificou essa prática após a identificação da necessidade nas reuniões:

*Um exemplo é [...] o controle do vetor do Aedes aegypti. É uma ação que é feita em parceria. O UBV pesado, por exemplo, fica com o nível central. O nível central é que avalia o município e vê se ele tem condições de receber o UBV pesado [...] junto com a Geres [Gerência Regional de Saúde] [...] O inseticida das bombas costais fica na Geres, então o município precisando, é a Geres quem se responsabiliza para ir. O controle mais da visita do agente de endemias, aí é com o município. Ele é quem vai, quem coloca o larvicida, então é uma ação compartilhada entre os três níveis de gestão. (Gestor 2).*

Apesar disso, os outros gestores afirmaram que, nos seus estados, a discussão de estratégias conjuntas acontece para demandas específicas e pontuais, em função de situações momentâneas, como descrito pelo Gestor 6: “Então às vezes o ‘fogo’ faz com que a gente se integre, mas às vezes faz com que a gente se distancie”.

Entende-se que a regionalização cooperativa conseguirá resolver alguns problemas gerados pela descentralização autárquica (unilateral, sem cooperação entre os entes)<sup>29</sup>, ao criar ações sinérgicas entre os gestores com maior compartilhamento de responsabilidades, ainda que, na prática, as questões relativas ao financiamento do sistema e à infraestrutura da rede de serviços sejam prioritárias na agenda da gestão, constituindo-se em um entrave ao pleno estabelecimento do processo de regionalização<sup>3,30,31</sup>.

### **Recursos financeiros e serviços de interesse da VS disponibilizados em nível regional**

Um dos desafios para o avanço do processo de regionalização da VS é a ausência de instruções normativas que regulem o financiamento regional<sup>14</sup>. Os gestores expressaram que, apesar dessa deficiência, a alocação/repasso dos recursos do nível central é diretamente influenciada pelas instâncias regionais.

*No planejamento, que é onde se define e que norteia a aplicação do recurso, as prioridades e a alocação do recurso, onde vai ser o maior número de investimento, a gente não tem a menor dúvida que eles influenciam porque eles é que vão ajudar a Secretaria a definir onde está a maior carência, onde a vigilância precisa mais de sustentação financeira. (Gestor 4).*

Quando questionados sobre a suficiência desses recursos, o posicionamento dos gestores foi divergente, destacando como dificuldade maior a execução financeira do recurso por parte das secretarias estaduais, devido a questões burocráticas e administrativas, a exemplo das licitações.

A existência de ações e serviços de interesse da VS disponibilizados em escala regional pode ser vista como indutora da regionalização<sup>32</sup>. A presença de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) (Gestor

1 e 6), de laboratórios regionais (Gestor 1, 2 e 6), de serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade para doenças e agravos de interesse à VS (Gestor 2 e 6), de câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos (Gestor 1, 2 e 4) e de centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos e inseticidas (Gestor 2 e 4) pode potencializar o processo de regionalização da VS.

Entretanto, alguns gestores (Gestor 1 e 5) discordam dessa necessidade, apontando para maior responsabilidade do nível municipal no provimento desses serviços: “Como, a princípio, as ações na Vigilância em Saúde são descentralizadas, os municípios deveriam dar conta das suas ações” (Gestor 1).

Apesar disso, todos os gestores concordaram que a oferta de ações e serviços em escala regional contribui para a integralidade e para a ampliação do acesso ao sistema de saúde. Ao se reconhecer que municipalização não foi capaz de proporcionar a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem a formação de arranjos mais cooperativos na saúde<sup>33</sup>, a regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia organizativa do sistema de saúde brasileiro<sup>14</sup>.

*Não tem outro jeito. Essa é a única forma que a gente vai poder realmente chegar mais próximo e estar junto e conseguir resolver os problemas de uma forma muito mais coerente. [...] Imagine, eu tenho uma equipe aqui [...] ainda [...] fazendo execução [...] o tamanho que nós temos, a diferença geográfica que a gente tem, ter que sair daqui pra executar, planejar e fazer tudo pro estado, a equipe aqui? (Gestor 6).*

Assim, para que a regionalização de ações e serviços de saúde seja consolidada, o desenvolvimento das relações intergovernamentais deve ser considerado, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados<sup>3</sup>.

## Integração das ações de VS e atenção básica em nível regional

Os entrevistados enfatizaram que a integração das ações de VS e atenção básica em nível regional contribui positivamente para o planejamento de ações regionalizadas, para a otimização de recursos e encaminhamento efetivo dos problemas de saúde e de suas soluções. Porém, percebe-se, nas falas, que essa integração ainda figura como um dos principais desafios do SUS<sup>34,35</sup>.

*Não dá pra pensar, por exemplo, a estratégia saúde da família sem as ações de vigilância. Porque existe muito ainda essa fala de que as ações de vigilância são executadas por pessoas que trabalham na vigilância e isso não é verdade. Vigilância a gente tem desde a atenção primária até o hospital. Então não dá mais pra ter esse pensamento. Então eu acho que essa integração era fundamental pra que muita coisa desse certo. Inclusive, que a gente conseguisse desafogar muito as emergências, que a gente conseguisse acabar com a superlotação dos hospitais. Eu acho que se essa integração se desse na ponta mesmo, onde tem que dar lá na atenção básica, eu acho que a gente conseguiria muitos avanços. (Gestor 2).*

A ação integrada necessita ser planejada e executada de forma horizontal, aglutinando o saber dos sujeitos considerando as singularidades da prática de cada um, na perspectiva de construir propostas e ações coerentes com as necessidades da população<sup>34</sup>.

## Papel da instância estadual e da CIR na regionalização da VS

Os discursos apontaram para os estados como protagonistas do processo de regionalização da VS.

*[...] é o condutor da política de regionalização. [...] Ele que deflagra, ele que articula, ele que [...] prepara todo o arcabouço legal para que isso aconteça. Que aconteça todo processo de regionalização*

*em todas as instâncias. Ele que envolve os municípios. Se o estado não se movimentar pra isso, a regionalização não acontece. Ele é o indutor. (Gestor 4).*

Apesar de reconhecer a importância do âmbito estadual, apenas um entrevistado mencionou a existência de uma estratégia para o fortalecimento da instância regional, a qual contemplava ações de estruturação, a exemplo da contratação de apoiadores institucionais, repasse regular de recursos financeiros e aquisição de veículos; e de qualificação, por meio de um plano de formação continuada dos profissionais a partir das necessidades locais.

Um estudo realizado por Vargas et al.<sup>36</sup>, ao analisar a regionalização no Brasil, concluiu que esse processo apresenta baixa implantação e desenvolvimento, pois depende de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada corresponsabilização dos níveis estadual e federal. Isso porque o processo de regionalização vem se associando, em cada estado, à dinâmica socioeconômica, às políticas de saúde anteriores, ao grau de articulação existente entre os diferentes atores e sua capacidade de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e desenhos regionais adotados<sup>37</sup>. Entende-se, portanto, que a capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores e gerar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa<sup>31</sup>.

No que se refere à CIR, é notório que existe uma fragilidade na participação da VS, com presença esporádica e geralmente voltada para as ações de controle de vetores ou discussão de repasses e recursos financeiros. Essa instância de pactuação e cogestão ainda encontra dificuldade de ser legitimada como locus de governança regional da VS. Ao propor essa problematização, o intuito não é anular o papel da CIR no processo de regionalização da VS, mas destacar que essa fragilidade pode comprometer o fortalecimento da VS nesse

âmbito de atuação regional. O aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação na CIR fortalece a gestão intergestores e se apresenta como importante componente para construção do processo de regionalização<sup>38</sup>.

## **Papel da VS na condução da rede de atenção à saúde na região**

Para o Gestor 1, o papel da VS é “trazer informação, dados. Subsidiar informação, ajudar o diagnóstico. E a outra seria a própria execução de algumas ações”. A VS, portanto, é responsável pela informação para a ação e por intervenções que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, integrada às redes de atenção à saúde, um de seus principais desafios na atualidade. Assim, é imperativo que a vigilância se reconheça na agenda da determinação social da saúde, produzindo conhecimentos e práticas intersetoriais<sup>39</sup>.

Entretanto, segundo relato dos entrevistados, para que essa integração às redes seja efetiva, é preciso que a indução aconteça no nível estratégico da gestão.

*Eu penso que a diretriz, a indução tem que partir do nível estratégico da Secretaria. Pra poder trabalhar e trazer a vigilância para junto das redes. Para fazer parte, de alguma maneira, das redes. Porque a vigilância, por si só, não consegue ‘startar’ um processo dessa natureza. Agora, ela pode entrar como partícipe do processo. (Gestor 4).*

Um avanço pode ser percebido à medida que os gestores da VS reconhecem a necessidade de que a inserção e a atuação da vigilância sejam transversais à discussão das redes de atenção, ainda que os envolvidos na atenção nem sempre considerem assim. Isso pode se dever ao fato de que o contradiscurso dos profissionais da assistência seja mais forte em relação aos da vigilância.

*Pra gente que faz a vigilância é muito claro a importância da vigilância ser transversal a toda essa discussão das redes. Mas é muito interessante*

*como na prática quem é da atenção à saúde não consegue captar muito e ver essa [...] importância! [...] Como é que cabe? Como é que vai caber a vigilância nessa discussão de redes se a gente tá falando em maternidade. [...] De onde é que a gente vai ter maternidade no estado, onde é que não vai ter? Onde é que vale a pena ter? Como é que vai se constituir essa rede? (Gestor 2).*

A publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, aponta para necessidade de inserção das ações de VS em todas as instâncias e pontos da rede de atenção do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção<sup>40</sup>.

Essa política destaca como estratégias para organização da VS a regionalização das ações e serviços articulados com a atenção em saúde no âmbito da região de saúde; processos de trabalho integrados com a atenção à saúde, que devem considerar o planejamento integrado da atenção como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta; e a inserção da VS na rede de atenção, que deve contribuir para a identificação de riscos e situações de vulnerabilidade. Com isso, espera-se que a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados com a VS alinhe-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade de suas ações sobre a determinação do processo saúde-doença<sup>40</sup>.

## Considerações finais

O estudo, apesar de restrito à percepção de gestores estaduais, traz contribuições relevantes, pois permitiu identificar que o processo de implementação da regionalização da VS no Brasil acontece de forma assimétrica e é diretamente influenciado pelo sistema organizacional no

qual se insere. Por meio das entrevistas, foi possível identificar convergências e divergências de concepções acerca das categorias de análise utilizadas, o que reafirma o tensionamento entre o que está instituído nas bases normativas e o que é operacionalizado no nível local.

Em que pese a regulação da esfera federal por meio de normas e portarias, o processo instituído de regionalização da VS esbarra em contextos locais, cujo enfoque operacional ainda é marcado pela busca de soluções municipais para problemas regionais. Ademais, mesmo com os avanços, a exemplo da publicação da PNVS, e os esforços dos gestores do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), a regionalização ainda não se encontra efetivamente na agenda prioritária da instância estadual, a não ser no que se refere à organização assistencial dos serviços.

A abordagem utilizada demonstrou que, se, por um lado, os estados figuram como protagonistas do processo de regionalização da VS, por outro, a existência de estratégias e mecanismos para o fortalecimento do nível regional ainda é escassa. Ressalta-se que o aprimoramento de processos de planejamento ascendente e de práticas de monitoramento e avaliação com a participação ativa dos atores regionais pode apontar um caminho para a regionalização cooperativa, uma vez que o âmbito regional não é um novo ente político, mas dependente da capacidade e da solidariedade das três esferas de governo.

Ressalta-se que, apesar das narrativas não fazerem referência alguma aos objetos e práticas das vigilâncias sanitária e de saúde do trabalhador, todos os entrevistados eram gestores de VS, e, portanto, também responsáveis pelas ações das referidas vigilâncias. Além disso, o instrumento de pesquisa abordou de forma explícita o conceito de VS adotado pelo estudo, pautado na Portaria nº 1.378, de 9 de junho de 2013<sup>13</sup>. Sabe-se que esse conceito foi sendo ressignificado e que o lançamento da PNVS reflete o esforço e os debates, nem sempre consensuais, em torno do seu escopo de atuação<sup>41</sup>. No entanto, é possível perceber uma certa

fragmentação institucional das ações de VS, organizadas em bases de conhecimentos e de práticas por vezes independentes, o que desperdiça um enorme potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença.

A apropriação de espaços de pactuação e cogestão, como é o caso da CIR, ainda é um desafio para consolidação da regionalização da VS, especialmente pela pouca participação da vigilância nas pautas de discussão, frequentemente permeada por questões referentes à oferta insuficiente de serviços, majoração dos salários e procedimentos (particularmente de médicos); superlotação em hospitais; Estratégia Saúde da Família pouco resolutiva, entre outros<sup>37</sup>. Contudo, é necessário não perder de vista a compreensão de que a CIR representa um mecanismo potente para legitimar relações de corresponsabilidade.

Identifica-se, na fala dos gestores, um discurso coerente com os resultados de pesquisas que investigaram a integração das ações de VS e atenção básica no nível local<sup>34,35</sup>. O reconhecimento de que essa integração propicia uma maior efetividade na solução dos problemas de saúde e a otimização de recursos acompanha a constatação de que esse é um dos principais desafios do sistema. Concomitantemente, destaca-se o importante papel da VS na identificação de riscos e situações de vulnerabilidade, uma vez inserida na rede de atenção à saúde. Todavia, a dificuldade em reconhecer o lugar de atuação da vigilância nessa discussão de redes também é apontada pelos entrevistados como um desafio a ser superado.

A inexistência de normativas que regulem o financiamento regional pode ser considerada um gargalo para o avanço do processo de regionalização da VS. Não obstante, a efetivação da

regionalização pressupõe laços cooperativos interinstitucionais e compromisso político que transcendam o atendimento a preceitos legais e normativos. Em síntese, isso exigirá um esforço no sentido de obter uma maior precisão quanto ao papel de cada ente federativo na organização do SNVS regionalizado, particularmente o papel do estado no direcionamento do processo de regionalização e na identificação dos entraves que impedem sua consolidação.

Ainda que as convergências identificadas nas falas dos gestores entrevistados apontem para um caminho de implementação da regionalização da VS, as contradições entre o legitimado como desejável e o instituído como prática representam limites concretos de efetivação da regionalização, não só no sentido político-institucional, mas também definidas pelos sentidos que os agentes verbalizam e reproduzem em práticas de saúde.

## Colaboradores

Albuquerque AC (0000-0001-6305-4127)\* realizou a coleta e análise dos dados, participou da concepção e planejamento do estudo, redação do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. Cesse EAP (0000-0001-5745-3981)\*, Samico IC (0000-0002-8338-7946)\*, Felisberto E (0000-0002-2316-2251)\* e Frias PG (0000-0003-4497-8898)\* participaram da concepção e planejamento do estudo e colaboraram na redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Silva GC (0000-0002-5247-8386)\* realizou a coleta e análise dos dados, participou da revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
2. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(supl):1819-1829.
3. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(1):204-211.
4. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados.* 2002; 45(3):431-458.
5. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):807-817.
6. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(9):2113-2126.
7. Viana ALd'A, Heimann LS, Lima LD, et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B, Viana ALd'A, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.* São Paulo: Sobrevive; 2002. p. 471-488.
8. Campos GWS. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizadora. *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha.* Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 417-442.
9. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(3):1671-1680.
10. Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Noronha JC, Pereira TR, organizadores. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 73-139.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 18 Ago 2017.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. 26 Mar 2018.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013.
14. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, et al. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2017; 17(supl1):135-151.
15. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate.* 2015; 39(104):255-267.
16. Lins AM, Cecilio LCO. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis.* 2008; 18(3):483-499.
17. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigi-



- lância em Saúde [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS; 1998.
  19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União. 16 Ago 2013.
  20. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1155-1164.
  21. Viana ALd'A, Ferreira MP, Cutrim MA, et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2017; 17(supl1):27-43.
  22. Viana ALd'A, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc.* 2015; 24(2):413-422.
  23. Minayo MCS, organizadora. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
  24. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
  25. Viana ALd'A, Lima LD, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra-capa; 2011.
  26. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, et al. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis.* 2015; 25(4):1141-1163.
  27. Hartz Z. Do Monitoramento do Desempenho ao Desempenho do Monitoramento: Novas Oportunidades para Avaliação na Gestão da Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(5):1201-1216.
  28. Gallo E, Setti AFF. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de Agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(6):1433-1446.
  29. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
  30. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 2010; 28(6):446-455.
  31. Lima LD, Viana ALd'A, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2881-2892.
  32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de gestão da Vigilância em Saúde. Brasília, DF; 2009.
  33. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al., organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS.* Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2005. p. 451-477.
  34. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(6):1923-1932.
  35. Barbosa MCL, Costa MCN, Teixeira MG, et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família. *Epidemiol Serv Saúde.* 2010; 19(4):347-354.
  36. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in

- Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan.* 2014; 30(6):705-717.
37. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 10(supl1):157-172.
38. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2014; 48(4):622-631.
39. Franco Neto G, Villardi JWR, Machado JMH, et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(10):3137-3148.
40. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). *Diário Oficial da União.* 12 Jul 2018.
41. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, et al. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (23):1811-8.

---

Recebido em 02/12/2019

Aprovado em 08/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde

*Body practices as biopolitics and biopower devices in Primary Health Care*

João Batista de Oliveira Junior<sup>1</sup>, Márcia Grisotti<sup>1</sup>, George Saliba Manske<sup>2</sup>, Rodrigo Otávio Moretti-Pires<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112803

**RESUMO** Este trabalho teve como objetivo analisar de que maneira as práticas corporais podem servir como instrumentos de controle dos corpos na Atenção Primária à Saúde, avaliando os discursos de profissionais da saúde que compõem uma Unidade Básica de Saúde, a partir dos conceitos de biopoder e biopolítica levantados por Michel Foucault. Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado como um estudo de caso. Foram realizados cinco grupos focais, um com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e quatro com as equipes de Saúde da Família. Para a apreciação dos dados foi utilizada a Análise Temática. A pesquisa revela uma aplicação das práticas corporais ainda pautada em uma matriz biomédica, voltadas para a prevenção, o controle e o tratamento de doenças, com foco nas crônicas não transmissíveis. Tais práticas acabam por configurar dispositivos do biopoder e da biopolítica na Atenção Primária à Saúde, como controladoras dos corpos e como componentes estratégicos de uma medicalização social. No entanto, ao fim, também aponta para as possibilidades de exercícios de resistência e fissuras nas relações de poder estabelecidas nas práticas corporais, tomando-as potências de recriação de outros sentidos, para além daqueles hegemônicos, calcados em discursos biologicistas.

**PALAVRAS-CHAVE** Medicalização. Atenção Primária à Saúde. Atividade física. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *This work aimed to analyze how body practices can serve as instruments to control bodies in Primary Health Care, evaluating the speeches of health professionals of a Basic Health Unit based on the concepts of biopower and biopolitics raised by Michel Foucault. This is a qualitative study, characterized as a case study. Five focal groups were carried out, with the Extended Family Health and Primary Care Center team and four as Family Health Teams. Thematic Analysis was used to approve the data. The research reveals that body practices continue to be a biomedical tool, aimed at prevention, control and treatment of diseases, focusing on chronic non-communicable diseases. Such practices end up configuring biopower and biopolitics devices in Primary Health Care, as body control and as strategic components of a social medicalization. However, in the end, it also points to the possibilities of resistance exercises and fissures of power relations established in body practices, taking these as a power to recreate other senses in addition to those hegemonic ones based on biologicist discourses.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. [jj.educauel@gmail.com](mailto:jj.educauel@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí (Univali) – Itajaí (SC), Brasil.

**KEYWORDS** *Medicalization. Primary Health Care. Motor activity. Family Health Strategy.*



## Introdução

Ainda que as Práticas Corporais (PC) e atividades físicas já existissem e fossem utilizadas por profissionais da área, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), sua inserção torna-se mais intensa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, e com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, que, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, teve seu nome alterado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)<sup>1</sup>. Então, o aumento da oferta dessas práticas justifica a necessidade de uma reflexão crítica sobre o modo como atualmente estão inseridas no SUS, em especial, no cotidiano da APS.

Algumas controvérsias são identificadas quando se pensa em PC e atividades físicas inseridas na saúde pública: por um lado, como na PNPS, há o entendimento de que o processo saúde-doença é resultante dos determinantes sociais, o que coloca as PC e atividades físicas como ações prioritárias; por outro lado, existe uma concepção reducionista, pautada em parâmetros biológicos e fatores de risco, atrelando as PC a comportamentos passíveis de mudança com responsabilização dos indivíduos<sup>2</sup>.

A delimitação teórico-conceitual adotada neste trabalho referente ao conceito de PC se dá em uma perspectiva que não desconsidera as ciências naturais, mas que busca uma aproximação com as ciências sociais e humanas com o intuito de ampliar as possibilidades das PC no campo da saúde. Carvalho<sup>3(33-34)</sup> descreve que:

Essas práticas ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas, de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde, que podem ser os parques, as praças e as ruas.

Deste modo, as PC são pensadas como um modelo alternativo, se diferenciando da concepção restritiva de atividade física/exercício físico pautada em uma racionalidade biomédica. Apesar das grandes possibilidades das PC, sua concepção na saúde pública muitas vezes parte de parâmetros comportamentais, atrelados a transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, sendo as atividades físicas apontadas como fatores de proteção contra as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Deste modo, as ações são voltadas para a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, com atuações preventivas, baseadas no comportamento e na ação individual<sup>4,5</sup>, partindo de um modelo centrado na dimensão biológica. E isto se dá pelo fato de que este modelo é fortemente reproduzido na formação de grande parte dos cursos das áreas da saúde<sup>6</sup>.

Essa concepção biologicista, voltada para as ações do corpo individual, e dos hábitos e estilos de vida das famílias e comunidades, se atrela à discussão da medicalização social, através da qual se pode compreender que tal processo acontece quando o modo de vida das pessoas é apropriado pela medicina, influenciando diretamente na moral, nas normas, nos comportamentos sociais e costumes populares. Assim, o modelo de vida dessas pessoas acaba sendo influenciado por um pensamento medicalizante, mediado por um viés de pensamento e uma matriz biomédica<sup>7-10</sup>.

Em uma sociedade de normas, a medicina se mostra como uma técnica de intervenção que possui essa função normalizadora; seu efeito disciplinar sobre os corpos orgânico e biológico tem poder regulamentar sobre a população. Deste modo, o poder sobre a vida perpassa desde uma disciplina voltada para o corpo individual, até uma regulação da população<sup>11,12</sup>. Então, as duas formas de poder levantadas por Foucault<sup>11</sup>, o biopoder e a biopolítica, têm se mostrado fundamentais nas relações entre o Estado e a população, pois, através do poder do corpo individual, pelas normas e comportamentos, se obtém o poder sobre o corpo social.

Através da disciplina, a medicina passa a exercer um papel de controle, determinando as condutas individuais e coletivas, não somente com relação à doença, mas também nos comportamentos, como sexualidade, fecundidade e fertilidade, entre outros<sup>8</sup>. Deste modo, ela controla diversos acontecimentos dos campos social, coletivo, individual e até mesmo político.

Sendo assim, dependendo da maneira como são utilizadas, as PC no âmbito da saúde podem ser instrumentos de poder e controle dos corpos, pois os discursos dos profissionais são passíveis de controlar a existência das pessoas, de modo a prevenir o desgaste do corpo biológico. Para isto, a pessoa deve ter governo sobre si, controlar seus hábitos, suas práticas e seus comportamentos, porque estes envolvem não só sua vida, mas as de toda a população. Se há muitos indivíduos adoecendo, isto é sinal de que o Estado não está cuidando das pessoas e nem conseguindo fazer com que elas cuidem de si mesmas<sup>12</sup>.

Mediante uma noção foucaultiana de biopoder, percebe-se que o discurso científico exerce domínio e controle sobre as pessoas, pois, através dele, estas são examinadas e classificadas, tendo suas verdades estabelecidas por outros sujeitos<sup>13,14</sup>. Através desse discurso, as pessoas passam a ser culpabilizadas e responsabilizadas por sua situação de saúde, que, na maioria das vezes, é de cunho social, e está fora de sua governabilidade. Desse modo, 'criou-se' uma educação em saúde autoritária, através da qual os técnicos e profissionais transmitem seus saberes biomédicos e reducionistas, por meio de imposições verticais sobre o que consideram sadio, assim moldando os comportamentos através de normas para estilos de vida ativos e saudáveis<sup>5,14,15</sup>.

Com base nisso, o objetivo do presente trabalho foi de analisar como as ações relacionadas às PC na APS podem ser dispositivos de controle dos corpos, considerando os conceitos de biopoder e biopolítica de Michel Foucault.

## Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido com profissionais que compõem as quatro equipes de Saúde da Família (eSF) e os profissionais da equipe de Nasf-AB de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Itajaí (SC). Ao todo, 38 profissionais de saúde atuantes na APS participaram da pesquisa: 27 compunham as 4 equipes de eSF da UBS – 4 médicos, 4 técnicas de enfermagem, 17 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e 2 enfermeiros (1 homem e 1 mulher). Ainda, participaram 11 profissionais que compunham a equipe de Nasf-AB prestadora de apoio para as 4 eSF, sendo 2 fonoaudiólogos (1 homem e 1 mulher), 3 psicólogas, 2 fisioterapeutas, 1 farmacêutica, 1 nutricionista (mulher), 1 profissional de educação física e 1 terapeuta ocupacional (mulher).

A totalidade dos profissionais da APS foi incluída porque eles entenderam que, com uma maior ou menor atuação, todos acabam lidando com as PC, seja através de aconselhamentos, orientações ou prescrições, já que esta é uma modalidade de prevenção e promoção da saúde bastante utilizada no campo da saúde pública, especialmente na APS.

Foram realizados cinco Grupos Focais (GF): quatro com as equipes de eSF e um com a equipe de Nasf-AB que lhe presta apoio matricial, abarcando, assim, todos os atores que fazem parte da UBS em questão.

O GF foi escolhido por se tratar de um método utilizado para o entendimento de como se formam diferentes percepções e atitudes sobre um fato, uma prática, um produto ou serviço. Pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, e seu intuito é apoiar a interação dos participantes, a fim de colher dados. Uma das maiores vantagens do GF é se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, diferentemente do que acontece nas entrevistas e nos questionários individuais<sup>16</sup>.

Os grupos foram norteados por um roteiro de debate dividido em duas partes: a primeira, envolvendo questões relacionadas ao perfil

dos participantes; e a segunda, promovendo uma discussão coletiva quanto à percepção dos participantes em relação às concepções de PC, e à maneira como eram utilizadas na APS. As intervenções foram registradas por meio de gravador digital e transcritas na íntegra, com média de duração de 45 minutos cada.

Para a apreciação dos dados transcritos, foi utilizado o método da Análise Temática<sup>17</sup>. Conforme apresentado por Minayo<sup>17</sup>, ela compreende três etapas: 1ª) pré-análise mediante a escolha dos documentos que serão analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, podendo reformulá-las, confrontando-as com o material coletado e na elaboração de indicadores que possam orientar a interpretação final dos dados; 2ª) exploração do material, quando o investigador busca categorias que configurem expressões ou palavras com significados relativos ao conteúdo de uma fala – esta categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; 3ª) tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Durante o percurso da análise, as seguintes etapas foram concluídas: leituras flutuantes das fontes de pesquisa (conjunto de gravações/transcrições dos GF); identificação de núcleos temáticos; discussão dos temas encontrados que apresentavam o referencial teórico trabalhado anteriormente; e estabelecimento de conclusões com base nos resultados do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer 3.230.229).

## Resultados e discussão

### Concepções de práticas corporais levantadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde

O debate referente às diferenças e tensões sobre as noções de atividades físicas e PC

tem ocupado espaço relevante nas produções acerca desses termos no campo da saúde, nos últimos anos<sup>1-3</sup>. Tais apontamentos expõem, sobretudo, a atribuição de sentidos possíveis em torno dessas concepções, destacando um caráter mais prescritivo e biologicista para as atividades físicas, e outro, com maior valorização cultural, que advoga pela autonomia dos usuários, vinculado às PC. Estes discursos, na medida em que conformam redes de saber-poder nas quais profissionais se valem para atuar, medeiam as propostas e os registros das entrevistas aqui realizadas, como se poderá perceber nos trechos selecionados a seguir.

Entre as principais concepções levantadas no GF dos profissionais do Nasf-AB, as PC foram relacionadas, em grande parte, ao movimento humano, atreladas ao exercício físico sistemático, de maneira prescritiva, terapêutica, para prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo sido levantada também a possibilidade da criação de vínculos por meio das práticas:

*Práticas corporais é toda e qualquer manifestação do movimento humano, ou seja, dança, ou jogo, uma luta, o exercício físico, a caminhada, a corrida, toda ação humana que gera uma cultura corporal. (GF Nasf-AB).*

É importante salientar que a promoção da saúde levantada pelos profissionais foi relacionada à prevenção de doenças, ainda com foco no controle das DCNT.

*Além de estratégias terapêuticas e de vínculo, também vejo como estratégia de prevenção de agravos e de promoção de saúde, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, tanto coletivamente quanto individualmente. (GF Nasf-AB).*

Assim como no GF do Nasf-AB, os grupos da eSF também apontaram as PC como relacionadas ao movimento humano em geral, sendo entendidas como atividade física e exercício físico. Deste modo, fica claro que o conceito de PC se dá de forma mais restrita no âmbito teórico, sendo que, no campo da vida prática,



os profissionais, de maneira geral, não diferenciam os conceitos de exercício físico, atividade física e PC, utilizando-os como sinônimos e encarando todas as formas de movimentos corporais dentro destas macrocategorias. Poucas vezes foram mencionadas as PC sob a perspectiva sugerida por Carvalho<sup>3</sup>, mencionada anteriormente neste trabalho, principalmente entre os profissionais da eSF. Esta análise demonstra que, apesar de existir uma diferenciação entre os termos, inclusive nos documentos oficiais (como, por exemplo, na PNPS), percebe-se que tal diferenciação ocorre com predominância no campo ortográfico.

*Me lembra atividade física, movimento, algo como sinônimo de atividade física; qualquer coisa que você vá exercitar no seu corpo; a movimentação do corpo, os exercícios laborais, tudo aquilo que envolve algum tipo de movimento. (GF eSF O4).*

Nesse sentido, cabe destacar que, para os profissionais investigados, embora a distinção entre os termos e as concepções possa ocorrer mais no plano teórico do que nos sentidos atribuídos às PC realizadas de forma empírica, isto não significa, necessariamente, que, para os usuários, tais ações não tenham diferentes benefícios e efeitos, incluindo o de autonomia, mesmo diante de atividades prescritivas de cunho biologicista. Tais registros indicam a necessidade da abordagem de pesquisas sobre essa temática do ponto de vista dos usuários, para além dos profissionais envolvidos, assim como da ampliação das pesquisas desenvolvidas em âmbito acadêmico.

Também foram mencionadas as práticas com o intuito de integrar, de oportunizar vivências de novas culturas e facilitar mudanças de hábitos. Mesmo em uma perspectiva mais pontual, tais aspectos retratam uma compreensão das PC aproximada de uma concepção ampliada de saúde, considerando as diversas potencialidades destas ferramentas, pois, os benefícios das PC em uma perspectiva biológica e individual, com um viés de tratamento e prevenção das diversas disfunções do corpo

biológico, estão mais do que consolidados. No entanto, outras dimensões que consideram as potencialidades biopsicossociais também foram consideradas.

Nesse contexto, fica perceptível que, apesar de os profissionais associarem outros benefícios oriundos das PC, seu maior intuito ainda é voltado para os benefícios atrelados à melhoria da condição física, e os demais benefícios acabam ficando em segundo plano. Mas a maioria das demandas que se utilizam das PC ainda parte de uma escuta técnica e voltada para o corpo biológico.

*Entendo essas práticas como uma possibilidade para adquirir hábitos saudáveis, atrelados a uma boa alimentação, qualidade de sono; auxilia para pessoas que precisam modificar hábitos prejudiciais, como parar de fumar, ajuda para fazer amizades. Então, essas práticas, além de se exercitar, podem promover outros benefícios. (GF eSF O2).*

A partir das concepções elaboradas, tanto nos GF das eSF quanto nas do Nasf-AB, percebe-se uma concepção das PC predominantemente baseada no modelo biomédico, atrelando-as ao comportamento, estilo de vida e movimento geral, com finalidades voltadas à prevenção e/ou tratamento de doenças. Ceccim et al.<sup>18</sup> apontam que os profissionais que aplicam as PC pautadas neste modelo realizam um trabalho fundamentalmente técnico e com pouco espaço para escuta; com foco na dimensão orgânica, buscando prevenir doenças, aumentar aptidão, ou a prescrição do exercício como medicamento. Isto restringe as potencialidades das PC, que, para além de benefícios biológicos, podem trabalhar na efetivação de direitos, de cidadania, e na produção da autonomia de sujeitos e coletividades, quando da tomada de decisões sobre suas vidas e sobre sua saúde.

Nessa lógica, não se trata de orientar que as pessoas se movimentem mais, ou que aumentem seu gasto energético, mas que elas tenham autonomia para acessar e lutar por seus direitos – como o lazer, por exemplo –,

bem como por um maior envolvimento nos espaços de construções coletivas, para melhoria das condições de vida e saúde<sup>1</sup>.

Nesse sentido, se mostra fundamental a atuação a partir de um cuidado integral, conciliando as ações que tenham benefícios na saúde individual das pessoas, a partir de um viés biológico, aplicando os conhecimentos e técnicas de ordem fisiológica, mas que estas ações também considerem aspectos da promoção da saúde e se alinhem aos princípios do SUS e aos preceitos da saúde coletiva<sup>19</sup>.

### Práticas corporais como dispositivo do biopoder e da biopolítica

Ao se referirem sobre as potencialidades e o modo como utilizam as PC enquanto ferramentas na APS, os profissionais trazem um discurso carregado por uma concepção biológica, pontuando sua utilização principalmente para a prevenção, o tratamento ou o controle das DCNT.

*[...] as atividades corporais aparecessem como aliado no tratamento e acompanhamento de alguns pacientes, principalmente hipertensos, diabéticos, obesos, pacientes com dores crônicas, pacientes que precisam melhorar a qualidade de vida. (GF eSF 01).*

Nesse sentido, as PC passam a ser encaradas como dispositivos de medicalização social, pois surgem como estratégias de controle dos corpos, sendo utilizadas como intervenções para o combate aos comportamentos considerados indesejados, controlando e medicalizando as condutas e atitudes das pessoas.

Assim como nos grupos das eSF, os profissionais do Nasf-AB associam as potencialidades e o uso das PC, principalmente, nas DCNT, a fim de modificar os comportamentos dos indivíduos e das famílias, favorecendo a inserção de hábitos 'saúdáveis', bem como associam as PC a técnicas terapêuticas voltadas à reabilitação.

*As equipes, na verdade, pelo que eu vejo nas solicitações, é mais quando tem alguma doença crônica, para prevenção, diabetes, obesidade. É nesse momento que elas lembram dessa parte. Aquele velhinho que não sai de casa... E não sei se eles associam isso como uma atividade física, ou como uma prática corporal, mas associam isso simplesmente como: 'Vai dar uma voltinha para ficar melhor'. Mas, geralmente, pelo que eu vejo, é esse público específico. Aí chamam o PEF [Profissional de Educação Física] porque é obeso, ou tem diabetes, hipertensão, ou porque quer emagrecer. É mais nesse sentido que eu vejo. (GF Nasf-AB).*

Nesse caso, as PC se mostram como técnicas de controle sobre a vida das pessoas, com uma função normalizadora e o efeito de regularizar a vida da população. Para Foucault<sup>7</sup>, a sociedade atual está vivendo uma biopolítica evidenciada pela estatização do biológico, que se preocupa com a vigilância, o controle, as ordenações, intervenções que visam ao bem-estar da população. Desta forma, as doenças devem ser tratadas e prevenidas, pois diminuem a força e o tempo de trabalho, impactando na economia. Com a biopolítica, as intervenções biomédicas passam a medicalizar as pessoas e a discipliná-las, através de campanhas de aprendizado, com o intuito de uma higiene pública. A partir desta discussão, considera-se que, dependendo da maneira como as PC são trabalhadas na APS, elas podem ser inseridas no quadro de uma estratégia biopolítica, promovendo o controle da vida das pessoas, com o intuito de diminuir os riscos de ocorrências de doenças, o que torna a inatividade física e o sedentarismo fatores de risco.

Nesse sentido, as PC fazem parte dessa estratégia de poder, que atua diretamente no corpo dos indivíduos. Foucault<sup>13(82)</sup> aponta que:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica.

Além disso, nos GF das eSF, foi mencionada a utilização das PC relacionadas à saúde mental, e muitos profissionais relataram a necessidade da utilização destas como ferramentas para a saúde do trabalhador.

*A saúde mental dos pacientes melhora bastante, e isso está comprovado: que, para os pacientes com saúde mental, você inserir a atividade física, você tem resultados bem positivos. Começa a socializar o usuário, começa a inserir ele nessas atividades. (GF eSF 04).*

*Acho que isso está fazendo falta para a gente enquanto funcionário também, porque antes, tínhamos esse espaço, onde a gente relaxava, se alongava, e isso fazia muito bem, isso ajudava muito no estresse do dia a dia. Às vezes, você estava bem estressada, depois faz um relaxamento e já melhorava. O dia e o trabalho rendem mais, as coisas funcionam melhor, porque está todo mundo assim, na gota. (GF eSF 03).*

A preocupação demonstrada pelos profissionais, com o cuidado de si como profissionais de saúde, através de algumas práticas mencionadas, parte de um discurso interiorizado, de vigilância sobre as suas práticas sociais relacionadas à própria saúde, com o intuito de obterem mais rendimento no trabalho. Desse modo, assim como a biopolítica, o biopoder também estatizou o biológico; a morte deve ser evitada, através de cuidados com o corpo, que devem ser tomados para resistir e negá-la, ou à sua aproximação<sup>7</sup>. Esses discursos de vigilância passam a controlar a existência das pessoas, e elas subjetivam que devem governar a si mesmas, controlando suas práticas e seus hábitos para se distanciarem do adoecimento.

Para além de parâmetros biológicos, os profissionais da eSF relataram as PC como dispositivos de disciplina sobre o corpo, mas, dessa vez, deslocados do controle voltado para o corpo biológico, de fato, partindo para um controle do corpo enquanto ser político e social, mencionando os jovens e adolescentes como públicos-alvo, controlando, assim, suas

atitudes, suas condutas, ensinando valores impostos socialmente, com um objetivo final de corpos economicamente rentáveis e normatizados.

*Se quiser disponibilizar alguma coisa no período da tarde, o que tem de molecada à toa... Quanto que custa para contratar dois professores, por exemplo, de 'taekendo' e 'konf-fu', para colocar essa molecada a começar a ter disciplina, começar a ter respeito, e, ao mesmo tempo, expor não só à prática de um esporte, mas também a uma cultura... Tem que fazer uma prática com algo de cultura oriental, porque as pessoas são movidas muito por curiosidade. Você põe algo diferente, começa expor a filosofia, a comida deles diferente. Pelo menos, ganha um gás maior de pessoas, do que com algo que já é mais batido. (GF eSF 03).*

*[...] e também penso que o esporte pode ser utilizado com os jovens, para que, ao invés de eles estarem na praça fazendo o que não deve fazer, possam estar praticando uma atividade física. (GF eSF 04).*

Entender os esportes como dispositivos para 'educar' os jovens possibilita uma concepção ainda mais voltada para a disciplinarização dos corpos. Soares<sup>20</sup> aponta que os esportes foram e continuam sendo modos eficazes encontrados pela biopolítica para executar a produção do corpo-espécie, além de fabricarem seres generificados, através das normas sexistas, sempre presentes nas práticas esportivas. Esse controle sobre a vida também se mostra nas relações de gênero, pois o esporte tornou-se algo ainda mais separador, sexista e difusor da heteronormatividade. Essas afirmações podem ser comprovadas em diversos outros trabalhos, nos quais seus autores apontam que os esportes configuram um território masculino por excelência<sup>21-23</sup>.

Outro ponto levantado, tanto no GF do Nasf-AB quanto nos GF das eSF, foi a centralização das PC em profissionais que as tinham como técnicas, mais fortemente atribuídas aos profissionais de educação física,

e, algumas vezes, relacionadas aos fisioterapeutas. Pode-se observar que, mesmo as PC sendo cotidianamente trabalhadas por toda a APS, os membros das equipes ainda carregam uma concepção bastante técnica e centrada no profissional, desconsiderando essa proposta de trabalho na APS, que visa a um trabalho pautado no compartilhamento, na troca e na articulação entre os profissionais do Nasf-AB e eSF<sup>23</sup>.

*Para o profissional de educação física, até culturalmente, não tem como desvincular da prática corporal. E até como uma forma de concretizar a política pública de promoção da saúde, que incentiva e, na verdade, inclui as práticas corporais/atividades físicas como uma estratégia de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis. Então, está muito interligado na prática profissional e, principalmente, na formação de grupos, ou na prática em grupos, que seria, em termo de proporção, em torno de 90% da participação em grupos, com atividades lúdicas ou exercícios sistemáticos. E aí, 10% em consultas, em visitas, em orientações e matriciamento, que é muito pouco. (GF Nasf-AB).*

É importante pensar que essas relações de poder exercidas pelos profissionais de saúde não se demonstram de maneira intencional ou calculada. Os profissionais passam a utilizar as variadas ferramentas de saúde com a intenção de promover saúde a determinadas pessoas e comunidades, assim como foram ensinados, mas acabam reproduzindo uma relação de poder encontrada em todas as instituições disciplinares. Foucault aponta que as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas, e, mesmo sendo inteligíveis, elas não resultam da escolha ou decisão de um sujeito ou uma equipe<sup>13</sup>.

Desse modo, a formação dos profissionais de saúde é um ponto crucial, ainda bem distante do ideal para uma prática voltada ao cuidado integral, sendo pautada na doença, na clínica tradicional e no especialista. Desta forma, ainda se encontra nos serviços de saúde uma especialização dos cuidados, de caráter

curativo e imediatista, centrado na figura do médico, ocasionando um distanciamento do profissional e do paciente. Cabe destacar que tais relações não são totalitárias, e é no espaço dos encontros que se estabelece, entre os sujeitos, que se pode pensar e agir de maneiras distintas, muitas vezes, inclusive, isto se traduzindo na postura de um usuário requerer para si justamente a posição de sujeito que envolve ser direcionado. Talvez, aqui, resida uma forma de autonomia regulada.

Silva et al.<sup>25</sup> apontam, através de uma revisão sistemática, que a formação dos profissionais da saúde ainda é focada na atenção curativo-individual, e desconsidera os aspectos socioculturais e o contexto das famílias que atendem. Os autores ainda apontam que os acadêmicos de saúde têm uma visão de que as pessoas são leigas, e que elas precisam ser curadas, prevalecendo na APS uma hierarquia de saberes.

Deste modo, a formação dos futuros profissionais da saúde, bem como a educação permanente e a formação continuada dos profissionais que já estão inseridos nos serviços de saúde se mostram como imprescindíveis para que seja possível pensar uma maneira ampliada de fazer saúde, tendo profissionais que considerem os aspectos sociais e humanos, ampliando, de fato, as possibilidades de intervenção, adequando-as às realidades das pessoas e comunidades.

### **Práticas corporais como ferramentas para a consolidação da APS**

Como analisado nos tópicos anteriores, as ações relacionadas às PC na APS apareceram nos GF realizados com predominância do controle do corpo biológico, servindo como dispositivo do biopoder e da biopolítica, quando se relacionam com os conceitos desenvolvidos por Michel Foucault.

Entretanto, algumas falas no GF dos profissionais do Nasf-AB foram de encontro ao conceito de PC desenvolvido por Carvalho, já citado anteriormente, tornando esta

ferramenta condizente com os princípios do SUS e da APS, demonstrando que tais profissionais percebem as PC levando em consideração a determinação social no processo saúde-doença das pessoas, assim ampliando as possibilidades dessas práticas na APS.

*Acho que outra potencialidade que eu vejo nas práticas corporais é até a questão da formação política nesse sentido de que é meu e o que eu posso fazer a respeito disso, e de que forma me relacionar com esse território e com as pessoas que estão aqui. Então, eu vejo uma potencialidade também na formação política, no controle social, tudo isso. (GF Nasf-AB).*

*E até da possibilidade de vínculos que são construídos a partir disso, porque muitas dessas práticas são feitas coletivamente, e elas ganham outro sentido quando é feito coletivamente também. Então, o vínculo se estabelece nesses movimentos, e dão outro sentido para a pessoa na sua saúde. (GF Nasf-AB).*

A valorização cultural das pessoas e do território foi um ponto bastante abordado no GF do Nasf-AB, onde os profissionais apontaram que, por meio desses aspectos, se pode estabelecer uma problematização da realidade dos indivíduos, além de uma construção compartilhada dos conhecimentos, assim demonstrando uma valorização dos aspectos sociais no processo de saúde e doença das pessoas.

*A valorização da cultura daquela população, daquele território, a integração dessas pessoas na comunidade, com a Unidade Básica de Saúde e com outros serviços, como a cidade em si. Fazer uma clínica também coletiva, diferente, com várias técnicas, corporais ou não; várias dinâmicas que considerem a importância da territorialização e de toda a questão social, psicossocial que existe, e que necessita, na socialização, na interação da comunidade, no protagonismo, a autonomia, enfim, da clínica, da saúde. Precisa, enfim.... Não é só isso aqui. (GF Nasf-AB).*

A fala acima corrobora os achados de Beccalli et al.<sup>26</sup>, ao afirmar que as PC, no campo da Saúde Coletiva, têm um papel amplo, não se reduzindo ao tratamento de doenças, podendo fazer com que as pessoas se apropriem dos espaços sociais presentes no território, como praças, parques e calçadas, entre outros. E que esta apropriação se dê para além do espaço geográfico propriamente dito, como um espaço de produção de sentidos e subjetividades, sendo um espaço de promoção de saúde.

É importante ressaltar que tais apontamentos não retiram das PC o seu caráter também biológico e, conseqüentemente, seus benefícios físico-corpóreos. Pelo contrário, ressalta-se, também, que as PC possuem elementos discursivos e empíricos relacionados a concepções biologicistas e os efeitos que destas decorrem. Porém, as PC não se apresentam de forma restritiva a uma única concepção, sendo, portanto, mais abrangentes. Assim, quando as PC se relacionam a noções culturais e biológicas – incluindo o entendimento de que a própria biologia é também cultural –, tal concepção se aproxima mais da noção de saúde ampliada, e pode promover, nessas relações, reflexões, práticas e sentidos atrelados ao desenvolvimento de autonomia, por exemplo.

Nesse contexto, se mostra a importância dos profissionais do Nasf-AB, no sentido de consolidar a APS, não só ampliando ações e serviços, mas também qualificando o trabalho, através de um olhar ampliado em saúde, e de um suporte às eSF pautado nos princípios da APS, levando em conta o território, o trabalho em equipe, a ação interdisciplinar e intersetorial, bem como se preocupando com a autonomia individual e coletiva da população.

Nesse sentido, como levantado por Foucault<sup>13</sup>, em seu termo amplo, as PC podem ser encaradas como formas de resistência ao poder, tensionando os modos de vida, inflando certos hábitos e comportamentos que não são tão modificáveis quanto o sugerido pelo modelo comportamental, tensionando também as diversas maneiras de vida, desigualdades e tipos de comportamento.



## Considerações finais

Este trabalho relacionou a utilização das PC na APS com o conceito de biopoder e biopolítica, na perspectiva de Michel Foucault, problematizando como tais ferramentas vêm sendo utilizadas, na maioria das vezes, em desacordo com os princípios do SUS e da própria APS.

Através dos achados deste trabalho, foi possível verificar que as ações que envolvem as PC ainda são realizadas predominantemente voltadas para o biológico, com o intuito de controle e prevenção das doenças, assim regulando a vida das pessoas, normalizando seus comportamentos, seus hábitos e suas práticas de vida.

Mesmo se tratando de uma PC, ela ainda é medicalizada por conta da formação dos profissionais, pautada na fragmentação dos problemas de saúde das pessoas, com pouca formação interdisciplinar e com foco mais especializado, dificultando um olhar integral e voltado para o trabalho em equipe.

Apesar da grande predominância das PC pautadas em uma matriz biomédica, em todos os GF, os profissionais do Nasf-AB mencionaram algumas perspectivas pautadas em uma concepção de saúde mais ampliada, se aproximando do conceito de PC utilizado neste trabalho, demonstrando a importância desses profissionais no âmbito da APS, com o intuito de consolidá-la e ampliar as possibilidades das eSF.

É importante salientar que não se pode desconsiderar a importância da dimensão biológica na saúde das famílias e comunidades, pois os parâmetros fisiológicos são fundamentais e devem fazer parte do trabalho em saúde na APS. Porém, restringir-se a esses parâmetros, utilizando as PC de forma prescritiva e reducionista, é tornar tais ferramentas dispositivos do biopoder, controlando os indivíduos e os culpabilizando por seus processos de saúde-doença. Além disso, as PC se mostraram como técnicas de controle sobre a vida das pessoas, com uma função normalizadora e um efeito de regulamentar a vida da população. Vale ressaltar que existe uma demanda por maiores investigações sobre o que foge e resiste à perspectiva reducionista, especialmente em relação a como as PC, na APS, podem vir a contribuir para construir/consolidar autonomias, tal como foi identificado em algumas falas dos profissionais de saúde.

## Colaboradores

Oliveira-Junior JB (0000-0002-4232-8165)\* e Moretti-Pires RO (0000-0002-6372-0000)\* contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados, a elaboração e revisão crítica da versão preliminar, e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Grisotti M (0000-0003-0389-7100)\* e Manske GS (0000-0003-0117-7927)\* contribuíram significativamente para a revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



---

## Referências

1. Gonzales FJ. Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: desafios para a intervenção profissional. In: Gomes IM, Fraga AB, Carvalho YM. Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p. 135-162.
2. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas Corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1829-1838.
3. Carvalho YM. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. *Revista Saúde Família* 2006; 7(2):33-45.
4. Carvalho FFB. Análise crítica da carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2019; 18(1):227-236.
5. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(supl1): S1699-S1708.
6. Félix J, Silva AM, Silva MS. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física. *Motrivivência* 2014; 26(42):222-237.
7. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1999.
8. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto de medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface Botucatu* 2012; 16(40):21-34.
9. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: revista de saúde coletiva* 2009; 19(2):529-549
10. Manske GS, Barcelos TS. Práticas corporais medicalizantes: diagnosticando a revista vida simples. *Rev. Movimento* 2016; 22(1):233-246.
11. Foucault M. Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault M. Em defesa da sociedade: cursos no Collège de France (1975/1976). 4. ed. São Paulo: Mantins Fontes; 2005, p. 285-315.
12. Sousa C, Baracuh R. Biopolítica, biopoder e cuidado de si na campanha antitabagista das embalagens de cigarro. *Ilha Desterro* 2015; 68(3):131-146.
13. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
14. Moreira J, Santos HR, Teixeira RF, et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. *Contrapontos* 2009; 7(3):507-521.
15. Carvalho YM, Edison JM. A survey of body practices and primary health care in a district of São Paulo, Brazil. *Motriz: rev. educ. fis.* 2015; 21(1):75-83.
16. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública.* 1996; 30(3):285-293.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2010.
18. Ceccim RB, Bilibio LF. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: Fraga AB, Wachs F, organizadores. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007, p. 47- 62.
19. Oliveira Junior JB, Wachholz LB, Manske GS, et al. Promoção da saúde através da educação popular e práticas corporais: potencializando o cuidado e fortalecendo os vínculos sociais. *Motrivivência* 2020; 32(62):01-15.

20. Soares CL. Pedagogias do corpo: higiene, ginásticas, esporte. In: Rago M, Veiga Neto, A, organizadores. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 75-85.
21. Anderson E. In the game: gay athletes and the cult of masculinity. Albany: State University of New York; 2005.
22. Rosa RBC. Homofobia e esporte na produção da educação física brasileira (1979-2007). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Faculdade de Educação Física.
23. Moraes e Silva M. Escola e Educação Física: Maquinaria disciplinar, Biopolítica e generificante. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte* 2012; 34(1):343-357.
24. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017; 41(114):694-706.
25. Silva PA, Silva GML, Rodrigues JD, et al. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. *ConScientia e Saúde*. 2013; 12(1):153-160.
26. Becalli MB, Gomes IM. Práticas corporais/atividade física e saúde: da mobilização do sujeito ao movimento da constituição de espaços. In: Wachs F, Almeida UR, Brandão FFF. *Educação física e saúde coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016, p. 199-222.

---

Recebido em 05/03/2020

Aprovado em 19/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018

## *Quality of psychiatric hospitalization services in general hospitals in Argentina, 2018*

Sara E. Ardila-Gómez<sup>1</sup>, Marina A. Fernández<sup>1</sup>, José Bertagni<sup>2</sup>, Lucía Dinolfo<sup>3</sup>, Lucía Galíndez<sup>4</sup>, Mónica Prado<sup>5</sup>, Melina L. Rosales<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112804

**RESUMEN** Objetivo: evaluar la calidad de atención en servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales desde los enfoques de derechos y comunitario. Métodos: estudio multicéntrico, observacional descriptivo. Se seleccionaron cuatro servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales ubicados en centros urbanos de distinta población en Argentina. En cada uno de ellos se analizaron los registros estadísticos, se realizaron observaciones no participantes y se entrevistó a gestores, trabajadores y usuarios. La guía de observación y entrevista se elaboró a partir de la revisión de instrumentos de la OMS y del proyecto Idea. Los resultados se analizaron a partir de las categorías de enfoque de derechos y orientación comunitaria de los servicios. Resultados: respecto del enfoque de derechos se observa que el que requiere mayor desarrollo es el de capacidad jurídica. En relación a la orientación comunitaria, se observa un mayor desarrollo de esta perspectiva a través de la implementación de diversas estrategias y el trabajo con las familias como la más común. Conclusiones: en términos de procesos y resultados de la atención se observan algunas diferencias entre los servicios que cuentan con sala especializada y los que no, y que estos últimos requieren de otros estudios para poder ser analizados.

**PALABRAS-CLAVE** Hospitales generales. Servicio de psiquiatría en hospital. Evaluación en salud. Salud mental.

**ABSTRACT** Objective: To evaluate, based on the human rights and community care frameworks, the quality of hospitalization psychiatric services in general hospitals. Methods: Multisite, descriptive observational study. There were analyzed four psychiatric hospitalization services, located in general hospitals of urban districts with different sizes in Argentina. Data collection included analysis of statistical records, non-participant observations of services, and interviews with service managers, service staff and users. The observation and interview guides were based on two international tools: Idea project interview guide, and QRTK of the WHO. Results were analyzed using two main categories: human rights-based care approach and community orientation of care delivery. Results: Regarding human rights-based care, legal capacity is the right that requires more improvement in services. About community orientation of care, different strategies were observed, with the work with the families as the most common. Conclusions: One aspect that requires further research is the specific type of psychiatric hospitalization service in the general hospital, given the fact that some differences in process and results were observed between general and specialized wards.

**KEYWORDS** Hospitals, general. Psychiatric department, hospital. Health evaluation. Mental health.

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones - Buenos Aires, Argentina. saraardi.cursos@gmail.com

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Rosario (UNR), Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social (CleCITS) - Rosario, Argentina.

<sup>3</sup>Dirección de Salud Mental Comunitaria, Sistema Integrado de Salud Pública - Municipio de Tandil, Argentina.

<sup>4</sup>Universidade Nacional de Córdoba (UNC), Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (OSM) - Córdoba, Argentina.

<sup>5</sup>Hospital General Las Heras - Tupungato, Mendoza, Argentina.



## Introducción

La atención de las personas con padecimientos mentales ha sido objeto de reforma en el último siglo, y la orientación comunitaria y el enfoque de derechos las dimensiones teórico-prácticas condensan dicha transformación<sup>1</sup>. El enfoque de derechos implica la salvaguarda de los derechos como ciudadanos y como pacientes de las personas con padecimiento mental, y la orientación comunitaria plantea que las intervenciones deben guiarse por la permanencia de las personas en su medio comunitario<sup>2</sup>. En tal contexto, los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales son un dispositivo necesario de la red de servicios, que reemplaza a los hospitales psiquiátricos tradicionales. Estos servicios permiten la descentralización de la atención así como la inclusión de servicios de salud mental en servicios de salud general, lo cual trae varios beneficios. Entre estos se cuenta su aceptabilidad, con la consecuente reducción del estigma y menor probabilidad de que se presenten situaciones de vulneración de derechos, su accesibilidad y un costo de la atención menor al de instituciones especializadas<sup>3-5</sup>. Específicamente en Argentina, la Ley de Salud Mental (N° 26.657/2010)<sup>6</sup> indica que las internaciones por motivos de salud mental deben realizarse en hospitales generales y plantea la meta de la sustitución de los hospitales psiquiátricos por una red integrada de servicios de salud mental para 2020.

Así, el desarrollo de los servicios de salud mental en hospitales generales es un objetivo de la transformación de la atención en salud mental, y un indicador de la misma<sup>1,7,8</sup>. La distribución del número de camas psiquiátricas de acuerdo al tipo de servicio constituye un indicador mucho más específico de la reforma. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la región de las Américas el número de camas psiquiátricas en hospitales generales es pequeño en comparación con el de hospitales psiquiátricos: 1,7 camas por 100.000 habitantes en hospitales generales y 16,7 en psiquiátricos<sup>9</sup>.

Los datos de Argentina también evidencian esta situación; un estudio de 2011 indica que sólo un 10,8% de las camas en salud mental en servicios públicos del país se localizaba en hospitales general, cifras que permanecían sin cambios significativos en 2017<sup>10,11</sup>.

Aunque el número de camas por tipo de servicio es un indicador necesario del proceso de reforma de la atención en salud mental, resulta insuficiente para caracterizar el modo en el cual se transforman las prácticas de atención al modificarse el lugar en el cual ocurren las internaciones. En este sentido, es necesario evaluar la calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales. La calidad de la atención evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados esperados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia, que en salud mental tienen como marco la garantía de derechos humanos<sup>12</sup>. Por ejemplo, puede ocurrir que los períodos de internación psiquiátrica en hospitales generales sean tan prolongados como los de los hospitales psiquiátricos, que la internación en ambos lugares no sea respetuosa de los derechos de las personas internadas, o que la internación en uno y otro espacio conlleve aislamiento, ruptura de vínculos de la persona internada con su medio social y la presencia de situaciones de estigma y discriminación.

Así, algunos estudios han buscado caracterizar la internación en salud mental en hospitales generales; por ejemplo, uno realizado en Italia a nivel nacional analizó 262 servicios de salud mental en hospitales generales. Entre los resultados se destaca que en aproximadamente el 20% de los servicios no se realizaban evaluaciones clínicas regularmente o sesiones de apoyo de 30 minutos de duración; y que las intervenciones de rehabilitación sólo se llevaban a cabo en la mitad de los servicios, lo cual se relacionaba con la creencia de los trabajadores de que la rehabilitación era propia de dispositivos de base comunitaria<sup>13</sup>. Otro estudio, realizado en Argentina, analizó la internación en servicios de tres hospitales generales

y observó indicadores de atención no acordes con los principios de reforma psiquiátrica, entre ellos obstáculos para el mantenimiento de los vínculos significativos durante la internación, restricciones a la autonomía personal y escasa participación en espacios colectivos<sup>14</sup>. A su vez, un informe del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires indicó una serie de problemas de las internaciones en los hospitales generales, tales como la prolongación de las internaciones en el servicio de guardia, la discriminación por parte del personal médico y de otros pacientes, la resistencia a intervenir en casos vinculados a adicciones y la ausencia de lugares para realizar actividades de recreación y rehabilitación<sup>15</sup>. Otro estudio, desarrollado también en Argentina, analizó las perspectivas de los trabajadores de salud mental de ocho hospitales generales acerca de los desafíos para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Los resultados indicaron que los trabajadores consideraban que la infraestructura de los hospitales generales era inadecuada para la internación psiquiátrica, dado que en la mayoría se realizaba en salas generales y esto era visto como problemático. Los trabajadores tampoco se sentían preparados para atender a estos pacientes, sólo aceptaban la internación de aquellos con patología menos severa, y percibían como perjudicial para otros pacientes la convivencia con quienes estaban internados por motivos de salud mental<sup>16</sup>.

En lo que respecta a estudios que hayan analizado específicamente el respeto y salvaguarda de derechos es posible citar dos que emplearon el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, herramienta fundamentada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que incluye entrevistas con familiares, personas usuarias y profesionales, así como observaciones y análisis documental<sup>17</sup>. Uno de estos, realizado en España, evaluó nueve unidades de hospitalización aguda en hospitales generales. Los resultados indicaron que las instalaciones físicas, aunque cumplían con varios de los estándares contemplados, requerían mejoras en lo referido al derecho a

la privacidad, por ejemplo para recibir visitas, para guardar pertenencias personales de las personas internadas, o en lo que respecta a los baños. En cuanto a los derechos vinculados a la capacidad jurídica se indicó que eran los que tenían menor cumplimiento total de los estándares respectivos, y que se observaron deficiencias en la información que recibían usuarios y familiares, y poca sistematicidad en el uso del consentimiento informado<sup>18</sup>. El otro estudio, realizado en Somalia, evaluó un servicio de psiquiatría del hospital general de referencia del país, y encontró que al momento de realizarse la evaluación no se cumplía con ninguno de los estándares de derechos y calidad<sup>19</sup>.

Respecto de la orientación comunitaria de los servicios de internación en hospitales generales, es difícil hallar estudios que la analicen. Ello, presumiblemente, porque una representación predominante en el campo de la salud ha sido la de asociar lo comunitario en salud mental con la prevención primaria, y a esta, a su vez, con el primer nivel de atención. Por ello, los servicios ubicados en otros niveles de complejidad del sistema de salud no serían percibidos como competentes, o al menos no de manera privilegiada, para el abordaje comunitario<sup>12,20</sup>.

A partir de lo anterior, y en el contexto del proceso de reforma de la atención en salud mental que se encuentra en desarrollo actualmente en Argentina y en otros países del mundo, contexto marcado por disputas y resistencias, resulta necesario producir mayor evidencia sobre los servicios que se proponen como alternativos, identificando en qué medida las transformaciones en la oferta de servicios se traducen en mejoras en los indicadores de calidad de la atención. Específicamente, los servicios de internación, con su rol en la atención de situaciones de crisis, constituyen un punto nodal para dar luces sobre la discusión respecto de la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud mental, y la sustitución o complementariedad entre tipos de servicios, discusión que aún no está saldada<sup>21</sup>. A partir de lo anterior, el objetivo de este estudio fue

evaluar la calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales desde los enfoques de derechos y comunitario.

## Material y métodos

El estudio fue observacional transversal de tipo descriptivo<sup>22</sup>, y se llevó a cabo entre mayo de 2017 y abril de 2018. Se incluyeron cuatro servicios de internación psiquiátrica de hospitales generales localizados en distintas provincias de Argentina y en municipios de distinta población: dos grandes aglomerados urbanos de más de un millón de habitantes, uno de más de 100.000 habitantes y otro de un poco más de 30.000 habitantes.

Se realizó un análisis documental para contextualizar los servicios estudiados; para esto se identificaron indicadores sociosanitarios de la localidad en la cual estaban ubicados, así como datos estadísticos básicos del servicio de internación psiquiátrica. Cabe señalar que en la mayoría de los casos estos datos debieron ser construidos pues no contaban con un relevamiento rutinario específico de atención en salud mental. También se hicieron observaciones no participantes en el servicio para describir su estructura y se realizaron entrevistas semiestructuradas con su responsable, trabajadores y personas usuarias que hubiesen estado internados. El instrumento de registro de observación y el formato de las entrevistas fueron construidos a partir de la revisión de las siguientes herramientas: Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Módulo E. Servicios de Internamiento Psiquiátrico<sup>23</sup>; Instrumento del Proyecto Multicéntrico 'Idea'<sup>24</sup>, e Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS<sup>17</sup>.

En relación a las personas entrevistadas, las muestras se seleccionaron intencionalmente por criterios de inclusión<sup>25</sup>. En el caso de los trabajadores del servicio esos criterios fueron: trabajar 10 horas semanales o más en el servicio y tener mínimo un año de antigüedad en el mismo. En el caso de los usuarios, se incluyó a las primeras seis personas internadas

en el servicio de modo consecutivo a partir del primer día del séptimo mes del estudio, y que aceptaron participar. Así, la muestra estuvo compuesta por cuatro responsables de servicios, 15 trabajadores y 22 personas usuarias. En uno de los servicios no fue posible completar el número de entrevistas planificado de trabajadores y usuarios.

El análisis de los datos fue mixto; los datos cuantitativos se analizaron de forma estadística descriptiva y los cualitativos a partir de las categorías predefinidas en el estudio, es decir, orientación comunitaria y respeto y salvaguarda de derechos. La orientación comunitaria se definió como la forma de atención que propende a la permanencia de la persona en su medio comunitario, dentro de sus redes sociales, promoviendo su inclusión plena en el medio en el que vive<sup>2</sup>. El análisis del respeto y salvaguarda de derechos se focalizó en cinco aspectos: la información acerca del diagnóstico y tratamiento, la toma de decisiones sobre el tratamiento, el resguardo de la privacidad, la conservación de vínculos durante toda la internación, y la no discriminación<sup>26,27</sup>. Cada entrevista fue analizada por dos investigadores de forma independiente y luego se realizó una triangulación del análisis y discusión de las categorizaciones por parte del equipo ampliado de investigación<sup>25</sup>. El protocolo de investigación cumplió con las normas éticas nacionales e internacionales y fue aprobado por un comité de ética de la provincia de Buenos Aires, de acuerdo con la legislación local sobre el tema, y se utilizó consentimiento informado en todas las entrevistas.

## Resultados

### Caracterización de los servicios

Como se señaló, el estudio se llevó a cabo en cuatro servicios de salud mental de hospitales generales ubicados en distintas provincias de Argentina y en municipios de diverso tamaño poblacional y características (*cuadro 1*).



Cuadro 1. Características generales de los servicios

	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio 4
Tamaño municipio	Gran aglomerado urbano (más de 1.000.000 hab.)	Gran aglomerado urbano (más de 1.000.000 hab.)	Más de 100.000 hab.	Más de 30.000 hab.
Hospital psiquiátrico especializado público en el municipio	Sí	Sí	No	No
Cantidad de camas hospital general	169	26	128	25
Sala de internación especializada de salud mental	No	No	Sí	No
Cantidad de camas disponibles para internación por salud mental	- 2 en servicio de guardia - Según demanda en otros servicios	- Según demanda	14	4
Cantidad de trabajadores en el servicio de salud mental	- 3 médicos psiquiatras - 6 psicólogos - 4 trabajadores sociales - Enfermeros no específicos del servicio	- 1 médico psiquiatra - 1 psicólogo - 1 trabajador social no específico del servicio	- 2 médicos psiquiatras - 2 psicólogos - 2 trabajadores sociales - 1 terapeuta ocupacional - 1 enfermero jefe - 2 enfermeros por turno de 6 horas	- 2 médicos psiquiatras - 3 psicólogos - 1 trabajador social - 1 acompañante terapéutico - 1 tallerista
Cantidad de internaciones por salud mental en un año	112	38	180	105
Cantidad de reinternaciones salud mental en un año	4 (4%)	4 (10%)	44 (24%)	5 (5%)
Días promedio de internación en un año	8	13	16	5
Internación más prolongada al momento puntual del estudio	42 días	60 días	133 días	3 días

Fuente: Elaboración propia.

En dichas características se puede observar que en todos los servicios los tiempos de internación tienden a ser cortos, con un promedio y una moda inferior a los 30 días. Al mismo tiempo, que existe entre ellos una importante heterogeneidad, algo que dificulta realizar algunas comparaciones. Por ejemplo, no todos tienen salas especializadas de internación en salud mental, y entre los que no cuentan con dicha sala no todos tienen camas específicas disponibles para la internación psiquiátrica. Se observa también que el equipo básico de trabajo está compuesto por médicos psiquiatras y psicólogos, pero que también se cuenta

con otros trabajadores que en ocasiones son compartidos con otros servicios, como es el caso de trabajadores sociales y enfermeros. Finalmente, es de señalar acerca de los motivos de internación que su clasificación fue difícil pues no se utilizaban las mismas categorías en todos los servicios. Aun así fue posible establecer que en todos se atendía a personas con diagnósticos de trastorno mental y de abuso de sustancias, aunque variando la proporción entre los servicios; el porcentaje más bajo de personas con diagnóstico de abuso de sustancias se observó en el Servicio 3, que tiene sala especializada.

## Enfoque de derechos en los servicios

Se indagó por cinco derechos: a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento; a la toma

de decisiones, a conservar los vínculos durante la internación, a no ser discriminado (*cuadro 2*) y a la privacidad.

Cuadro 2. Grado de cumplimiento de estándares de calidad de la atención basados en derechos

	Responsable del servicio	Trabajadores	Usuarios
<b>Derecho a ser informado sobre el diagnóstico y tratamiento</b>			
Servicio 1	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 2	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 3	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 4	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
<b>Derecho a tomar decisiones</b>			
Servicio 1	No se alcanza	No se alcanza	Parcialmente alcanzado
Servicio 2	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 3	No se alcanza	No se alcanza	No se alcanza
Servicio 4	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
<b>Derecho a conservar los vínculos durante la internación</b>			
Servicio 1	Totalmente alcanzado	Totalmente alcanzado	Sin dato
Servicio 2	Sin dato	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 3	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Servicio 4	Sin dato	Totalmente alcanzado	Totalmente alcanzado
<b>Derecho a no ser discriminado</b>			
Servicio 1	Totalmente alcanzado	Totalmente alcanzado	Totalmente alcanzado
Servicio 2	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Servicio 3	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Totalmente alcanzado
Servicio 4	Totalmente alcanzado	Sin dato	Sin dato

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al derecho a ser informado sobre el diagnóstico y el tratamiento, las respuestas fueron categorizadas de modo ordinal. Así, se consideró que era alcanzado totalmente si se utilizaba consentimiento informado para tal fin y se administraba en forma verbal y se confirmaba por escrito; parcialmente alcanzado si esto sólo se realizaban verbalmente; y no alcanzado si no se informaba a la persona internada sobre su diagnóstico y tratamiento. Cabe destacar que si bien en todos los servicios se brindaba información a los usuarios o a sus familiares desde el inicio de la internación, esta solía darse únicamente de forma verbal.

En el caso del derecho a tomar decisiones, se categorizaron las respuestas en función del documento voluntario que contiene las instrucciones que manifiesta una persona en pleno uso de sus facultades mentales para ser utilizadas cuando no pueda expresar su voluntad. En el caso de las personas con padecimiento mental se realiza en un momento en el cual esta no se encuentra en un periodo de crisis, e incluye cuestiones tales como a qué servicio asistencial o a qué profesional desea acudir en caso de crisis, cuestiones relativas a la medicación, al sistema de apoyos elegido, entre otros aspectos. Las decisiones

anticipadas están contempladas en la legislación argentina y fundamentada en pactos internacionales sobre derechos humanos<sup>28</sup>. Teniendo esto en cuenta se consideró que el derecho a tomar decisiones era alcanzado totalmente si la persona internada podía tomar algunas decisiones durante su internación y se había cumplimentado el documento de decisiones anticipadas y estas se seguían; parcialmente si podían tomar algunas decisiones durante la internación pero no se había completado el documento con sus decisiones anticipadas; y que no se cumple si no podían tomar decisiones durante su internación y no se lo habían considerado sus decisiones anticipadas. Los resultados indicaron que en ningún servicio se utiliza el documento de decisiones anticipadas, que en algunos los usuarios podían tomar decisiones respecto de la internación o el momento del alta, mientras que en otros esta posibilidad estaba restringida y sólo podían decidir sobre cuestiones más cotidianas, como la hora de levantarse o las actividades en las cuales participar.

Sobre el derecho a conservar los vínculos durante la internación, se consideró que el mismo se alcanzaba totalmente si el servicio se adecuaba y era flexible frente a las necesidades de la persona internada y sus vínculos para que se mantuviese el contacto; parcialmente si se permitía el contacto pero el mismo se organizaba a partir de las necesidades del servicio; y no se cumplía si se restringía el contacto de la persona internada con sus vínculos o se la aislaba de manera intencional. Es de señalar que el cumplimiento de este derecho es a su vez un indicador de la orientación comunitaria del servicio. Los resultados permiten observar que en los casos en los cuales este derecho se alcanzó totalmente, los usuarios podían hacer y recibir llamados cuando querían desde su teléfono celular o el teléfono de la sala, y recibir visitas irrestrictamente. En los casos en los cuales se alcanzó parcialmente, el equipo decidía el momento en el que los usuarios podían empezar a recibir visitas o quién podía visitarlos. Además, en algunos

casos los usuarios no podían conservar su teléfono celular o hacer llamadas cuando lo necesitaban.

En lo referido al derecho a no ser discriminado, se lo consideró alcanzado si las condiciones de atención eran similares a las de cualquier otra persona internada en el hospital, o no alcanzado si se identificaban diferencias negativas en la atención por salud mental. Cabe mencionar que en el caso del Servicio 3 se observaron algunas restricciones para internar a personas menores de 15 años y a personas comprendidas en el Programa de Asistencia Médica Integral (Pami); este corresponde al subsector de obras sociales o de seguridad social, uno de los tres en los que se divide el sistema de salud argentino (público, privado y obras sociales) y que cubre a jubilados, pensionados y veteranos de la guerra de Malvinas<sup>29</sup>.

El derecho a que se resguarde la privacidad se analizó desde la perspectiva y experiencias de los usuarios. Se consideró totalmente alcanzado cuando no manifestaron reclamos respecto de la privacidad y consideraban que era respetada tanto en la habitación como en el momento de las visitas; parcialmente alcanzado cuando señalaron que su privacidad no fue resguardada en la habitación o al momento de recibir visitas; y no alcanzado cuando su privacidad no fue resguardada en ninguno de los dos casos. En todos los servicios este derecho fue parcialmente alcanzado. En sus respuestas los usuarios hicieron referencia a las características edilicias, ya que en la mayoría de los casos las habitaciones eran compartidas por dos o tres personas. Resultó llamativo que algunos explicaron que el lugar en el que sentían que este derecho se garantizaba totalmente era en el baño, pues era allí donde podían estar solos.

Por último, cabe señalar que en términos generales hubo coincidencias en la valoración entre los distintos grupos de personas entrevistadas en un mismo servicio, y que cuando hubo diferencias en la misma, la valoración tendió a ser más positiva por parte de los usuarios que por los trabajadores y responsables de los servicios.

## Orientación comunitaria de los servicios

Las estrategias para garantizar la permanencia de la persona en su medio comunitario

mencionadas por los trabajadores y responsables de los servicios se organizaron en cinco categorías (*cuadro 3*).

Cuadro 3. Estrategias de orientación comunitaria de la atención

Estrategias	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio 4
Trabajo con las familias durante la internación	Sí	Sí	Sí	Sí
Actividades fuera del servicio durante la internación. Permisos de salida	Sí	--	--	Sí
Inclusión de acompañantes terapéuticos como puente entre la internación y el alta	--	--	Sí	--
Articulación con el primer nivel de atención para contrarreferencia	Sí	--	Sí	--
Articulación con otros servicios de salud mental	--	--	Sí	--

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, la única estrategia mencionada por todos los servicios fue el trabajo con las familias durante la internación, mientras que sobre las restantes sólo lo hicieron algunos. Es de señalar que en todas las entrevistas se identificó la falta de recursos para el trabajo comunitario, y también que se indicó que cuando las internaciones se prolongaban más allá de lo necesario se debía a la escasez de lugares a los cuales derivar a los pacientes para continuar su tratamiento o para contar con los apoyos necesarios para su vida en la comunidad.

## Discusión

Como se observa, los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales estudiados resultan heterogéneos en varias de sus características, lo cual, sumado a la baja calidad de la información estadística con la que se cuenta, hace que sea difícil realizar ciertas comparaciones.

Pese a ello, es posible señalar que los tiempos de internación psiquiátrica en estas instituciones son mucho más breves que en las

instituciones especializadas en psiquiatría. En estas últimas el tiempo promedio de la última internación es de 8 años, con una mediana de 2 años, y sólo el 36,7% de las personas llevan internadas menos de un año<sup>30</sup>, mientras que los datos del estudio que aquí se presenta muestran un promedio y una moda de tiempo de internación inferior a los 30 días, y en uno de los servicios un tiempo de internación máximo de 5 meses. Pese a que es claro que los tiempos de internación responden a diversas variables, y a que puede ser difícil comparar entre tipos de instituciones ya que pueden atender a poblaciones diferentes, también lo es que en términos generales la prolongación de las internaciones afecta el derecho a vivir en comunidad y que, en este sentido, la internación en hospitales generales puede resguardar tal derecho.

Otro aspecto a considerar es que sólo uno de los servicios estudiados tenía sala especializada de internación psiquiátrica. Comparado con los restantes, contaba con un equipo interdisciplinario más amplio, era el que desarrollaba mayores actividades enmarcadas en la orientación comunitaria, pero a su vez era el que tenía los tiempos de internación más prolongados,

el mayor promedio de reinternaciones y las mayores restricciones para la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Otra diferencia se refiere al porcentaje de personas atendidas con algún diagnóstico vinculado al abuso de sustancias, que en el que contaba con sala especializada el porcentaje era más bajo que en los restantes.

Las razones de estas diferencias pueden responder a diversas variables que requerirían una comparación más sistemática entre servicios con sala especializada y sin ella ubicados en un mismo territorio, de modo tal de poder controlar variables contextuales. En el caso del presente estudio pueden resultar variables de confusión; por ejemplo, la red de servicios de salud mental con la que cuenta el municipio puede incidir en algunas características de la población atendida o de los tiempos de internación<sup>31</sup>. Aun así, y pese a que no es posible establecer conclusiones sobre tal diferencia, la misma resulta llamativa. En este sentido, un aspecto que debe monitorearse de manera constante en los servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales es que se focalicen en el objetivo de la resolución de crisis agudas y los usuarios no tengan largas estadías. Una discusión pendiente para los tomadores de decisión, es si deben optar por equipar con mayor personal especializado los servicios de internación en hospitales generales (si deben ‘especializar más tales servicios’), o si tal personal debe ser redirigido a otros servicios comunitarios de la red de atención.

Por otro lado, en términos generales la calidad de la atención evaluada desde la perspectiva de derechos requiere mejoras específicas por parte de los servicios. Se necesita, como en otros países<sup>18,19</sup>, afianzar lo referido a la capacidad jurídica; específicamente, implementar el uso rutinario del consentimiento informado escrito así como la inclusión de las personas usuarias en la toma de decisiones. A su vez, es indispensable dar a conocer entre los trabajadores y usuarios la existencia del documento de decisiones anticipadas. Es claro que la evaluación de la calidad de la atención

desde estándares basados en derechos aporta una dimensión de análisis necesaria para poder valorar si se cumplen o no los objetivos de la transformación en salud mental. Ya se ha dicho, pero lo repetimos: el cambio de lugar de la atención no es garantía suficiente de que se cumplan los estándares de derechos en la atención, y la investigación debe orientarse a revisar estos aspectos en los llamados ‘servicios alternativos al hospital psiquiátrico tradicional’.

Finalmente, cabe señalar que se observó una mayor presencia de estrategias de orientación comunitaria de la atención que la descrita en estudios anteriores<sup>14,20</sup>. Esto podría dar cuenta de cierta transformación en las representaciones y prácticas de los trabajadores de los servicios en lo que respecta, por ejemplo, a las ideas de aislamiento de las personas con problemáticas de salud mental, y también a una mayor responsabilización desde este nivel del sistema de salud para que sea posible implementar un enfoque comunitario, aunque se ponga de manifiesto la carencia de una red de servicios apropiada. También cabe señalar que la estrategia vinculada a la orientación comunitaria más común fue la del trabajo con las familias durante la internación, la cual constituye una intervención de carácter más clínico que psicosocial<sup>32</sup>. Por todo esto, resulta recomendable seguir afianzando los conocimientos y las prácticas de los trabajadores vinculados a lo psicosocial y a lo territorial. Un posible aporte para la evaluación de los servicios de la orientación comunitaria sería el establecer indicadores que den cuenta de una mayor o menor orientación en este sentido, al modo de otras escalas que hablan, por ejemplo, de niveles de participación<sup>33</sup>.

Así pues, el presente estudio presenta ciertos logros de la internación psiquiátrica en hospitales generales en Argentina en términos de adecuación a los enfoques de derecho y comunitario, y a su vez evidencia algunos problemas que, a 10 años de sancionada la Legislación Nacional en material de salud mental y a 30 años de los principios

sobre reforma de la atención psiquiátrica a nivel regional, son causa de preocupación e interrogación. Sin duda, seguir aportando elementos técnicos a una discusión, que muchas de las veces es más política e ideológica, es el compromiso necesario desde la comunidad científica con las personas que ya no sólo son internadas prolongadamente o de por vida en instituciones psiquiátricas, sino que incluso en internaciones breves siguen experimentando procesos de atención que lesionan su vínculo con los sistemas de atención y su dignidad como personas.

## Colaboradores

Ardila-Gómez SE (0000-0002-0022-7438)\* y Fernández MA (0000-0001-5767-4047)\* estuvieron al frente de la elaboración del manuscrito y a cargo de las modificaciones sugeridas por los evaluadores y la revista. Bertagni J (0000-0001-6266-8821)\* y Dinolfo L (0000-0003-1481-899X) \* y Galíndez L (0000-0002-5952-244X)\* y Prado M (0000-0001-9034-5253)\* y Rosales ML (0000-0001-5707-9467)\* revisaron el manuscrito e hicieron aportes que ameritan su autoría. ■

---

## Referencias

- Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas: OPS; OMS; 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington: OPS; 2002.
- Larrobla C. Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. Rev. Psiq. Urug. 2007; 71(2):125-134.
- World Health Organization. Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization; 2003.
- República Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la protección de la salud mental [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26\\_ley-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf).
- González de Chávez M. Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. In: Aparicio V, coordinador. Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993. p. 53-94.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



8. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud Versión 2.1. Ginebra: OMS; 2005.
9. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, et al. Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Rev. Argentina de Salud Púb.* 2011; 2(8):43-46.
11. Centro de Estudios Legales y Sociales. El recrudescimiento del dispositivo manicomial. En Centro de Estudios Legales y Sociales, coordinador. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2017. p. 201-222.
12. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2003.
13. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, et al. Process of care in general psychiatric hospital units: national survey Italy. *Austral. New Zealand J. Psych.* 2007; (41):509-518.
14. Ceriani L. La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la Provincia de Buenos Aires. [Buenos Aires]: Comisión Nacional Salud Investiga; 2014.
15. Argentina. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Ministerio Público; 2014.
16. Velzi Díaz A, Tosi A, Benítez P, et al. Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Rev. Arg. Psiquiat.* 2018; (XXIX):255-262.
17. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Calidad y Derechos Humanos. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social. Santiago de Chile: OMS; 2012.
18. Gobierno del Principado de Asturias. Evaluación de los servicios de salud mental del Principado de Asturias. Segunda fase: Evaluación de derechos humanos y calidad en instalaciones con internamiento. Oviedo: GPA; 2010.
19. Currie J. Assessment of the mental health ward, Hargeisa Group Hospital in Somalia using the WHO Quality Rights Tool Kit. [project report]. [Somalia]: International diploma in mental health law and human rights; 2012.
20. Ardila S. Lo comunitario y la transformación de la atención en salud mental en el contexto de las reformas sanitarias pro-mercado: estudio de caso. *Bogotá: Rev. Invest. Psicol.* 2009; 14(2):7-23.
21. Perera IM. The Relationship Between Hospital and Community Psychiatry: Complements, Not Substitutes? *Psych. Serv* [internet]. 2020 [acceso en 2020 mayo 5]; (3). Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201900086>.
22. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
23. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Calidad de la atención en salud mental. Ginebra: OMS; 1994. V. 1.
24. Sartorius N, Thornicroft G. IDEA Project Protocol V2.0: Inpatient Discharge: Experiences and Analysis. An International Collaborative Study. London: King's College; 2012.
25. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3. ed. Newbury Park: Sage; 2002.
26. Organización de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolu-

- ción 46/119, 17 de diciembre de 1991 [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>.
27. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: OMS; 2006.
28. Lamm E. Directivas médicas anticipadas [internet]. [acceso en 2020 ene 15]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>.
29. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Historia da PAMI, INSSJP [internet] 2020. [acceso em 2020 jul 23]. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/historia>
30. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Buenos Aires: DNSM; 2019.
31. Katz G, Durst R, Shufman E, et al. A comparative study of psychiatric inpatients in a general hospital and a psychiatric hospital in Israel: demographics, psychopathological aspects and drug abuse patterns. *IMAJ*. 2011; (13):329-332.
32. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Abordaje de la salud mental en hospitales generales. Buenos Aires: DNSM; 2018.
33. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J. Americ. Instit. Planners*. 1969; 35(4):216-224.

---

Recibido el 18/02/2020

Aprobado el 08/06/2020

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

# Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife

*The challenges of network organization in specialized psychosocial care: the case of Recife*

Alexciane Priscila Silva<sup>1</sup>, Heloisa Maria Mendonça de Moraes<sup>1</sup>, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque<sup>1</sup>, Maria Beatriz Lisbôa Guimarães<sup>1</sup>, Tereza Maciel Lyra<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112805

**RESUMO** Objetivou-se analisar a atenção especializada em saúde mental da cidade do Recife e seu processo de regulação assistencial. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de análise documental, observação, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Os sujeitos da pesquisa foram gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e da regulação em saúde do Recife. Trabalhou-se com análise de conteúdo do tipo temática, a partir da técnica de condensação de significados. Apesar do histórico de alinhamento com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos avanços nos processos de desinstitucionalização, a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial/tipo III é insuficiente e há fragilidades de comunicação entre os componentes da rede. Além disso, os ambulatórios de saúde mental atuam em complementaridade ao modelo manicomial. A regulação assistencial é incipiente na saúde mental e centrada no fluxo de marcação de consulta especializada, sem dispositivos de conversação entre os profissionais. Portanto, a atenção na saúde mental com suporte logístico da regulação assistencial se configura como um desafio para a gestão municipal. Por último, ressalta-se que as fragilidades na organização da rede na cidade do Recife podem, ainda, ser agravadas pela agenda antirreformista que vem instituindo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Regulação e fiscalização em saúde. Saúde mental. Serviços de saúde mental. Assistência à saúde. Serviços comunitários de saúde mental.

**ABSTRACT** *The objective was to analyze the specialized mental health care in the city of Recife and its assistance regulation process. It is a qualitative study, carried out through document analysis, observation, semi-structured interviews and field diary. The research subjects were managers and professionals from the Psychosocial Care Network and health regulation in Recife. Thematic content analysis was performed, based on the condensation of meanings technique. Despite the history of alignment with the Brazilian Psychiatric Reform and the advances in deinstitutionalization processes, the coverage of the Psychosocial Care Centers/type III is insufficient and there are weaknesses in communication between the components of the network. In addition, mental health clinics are complementary to the asylum model. Assistance regulation is incipient in mental health and centered on the flow of scheduling specialized consultations, without devices for conversation between professionals. Therefore, mental health care, with logistical support for assistance regulation, is a challenge for municipal management. Finally, it is emphasized that the weaknesses in the organization of the network in the city of Recife may, still, be aggravated by the anti-reform agenda that has been instituting changes in the National Mental Health Policy in Brazil.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. alexcia\_silva@hotmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.

**KEYWORDS** *Health care coordination and monitoring. Mental health. Mental health services. Delivery of health care. Community mental health services.*



## Introdução

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) surgiu no final da década de 1970, em um cenário de luta contra a ditadura militar e pela democratização da saúde. No período, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental denunciava o descaso e as violências praticadas nos hospitais psiquiátricos, trazendo para o debate a luta social por direitos humanos. Na segunda metade dos anos 1980, com a ampliação da participação social, assumiu-se o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, propondo crítica radical ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que o sustentavam<sup>1</sup>. Gradualmente, esse movimento induziu a mudanças na política de saúde mental do Estado brasileiro, pelo que foi instituída uma nova legislação com a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe, entre outras questões, sobre o cuidado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

Todavia, a trajetória da RPB apresenta-se marcada por tensões, interesses e forças que disputam modelos e recursos públicos entre uma perspectiva com ênfase na lógica da saúde como direito universal e garantia do cuidado em liberdade e uma outra, privatizante e com reforço à remanicomialização do cuidado<sup>2</sup>.

Apesar de a RPB em curso não se restringir a mudanças nos serviços e tecnologias de cuidado, foi decisiva na reorganização da atenção às pessoas em sofrimento psíquico ao redirecionar a lógica manicomial para o cuidado no território, com ênfase em serviços comunitários<sup>3</sup>. Em 2011, impulsionada pela institucionalização do formato organizativo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser configurada em Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com a promulgação da Portaria nº 3.080/2011<sup>4</sup>.

A Raps se organiza em sete componentes – Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção

Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial –, nos quais estão dispostos serviços como as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos hospitalares de atenção integral e outros.

Apesar da polissemia acerca do conceito de redes de saúde, a política brasileira define as RAS como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>5(33)</sup>.

Qualquer que seja a definição adotada, relaciona-se à noção de integralidade, existência de relações horizontais poliárquicas entre os serviços e coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>6</sup>.

Considerando a importância da articulação em rede e da organização dos fluxos assistenciais, a regulação assistencial em saúde desponta no Brasil como potente processo que possibilita viabilizar tais fluxos, com a finalidade de promover o acesso equânime e o cuidado integral. Oliveira e Elias<sup>7</sup> assinalam que apesar de não possuir definição conceitual unificada, a ideia de regulação encontra-se vinculada a noções de sistema e complexidade.

Neste estudo, compreende-se o processo de regulação como instrumento de equilíbrio entre demanda do usuário e prestação de serviços de saúde ofertados por entes públicos ou privados, com objetivo de assegurar o acesso às ações e tecnologias de saúde, de modo a oferecer eficiência ao sistema e equidade à população<sup>8</sup>.

Frente ao exposto, esta pesquisa torna-se relevante ao produzir conhecimento acerca do arranjo organizacional dos serviços de saúde mental estruturados na Raps, ao mesmo tempo que discute a regulação em saúde enquanto dispositivo organizativo dessa rede. Assim,

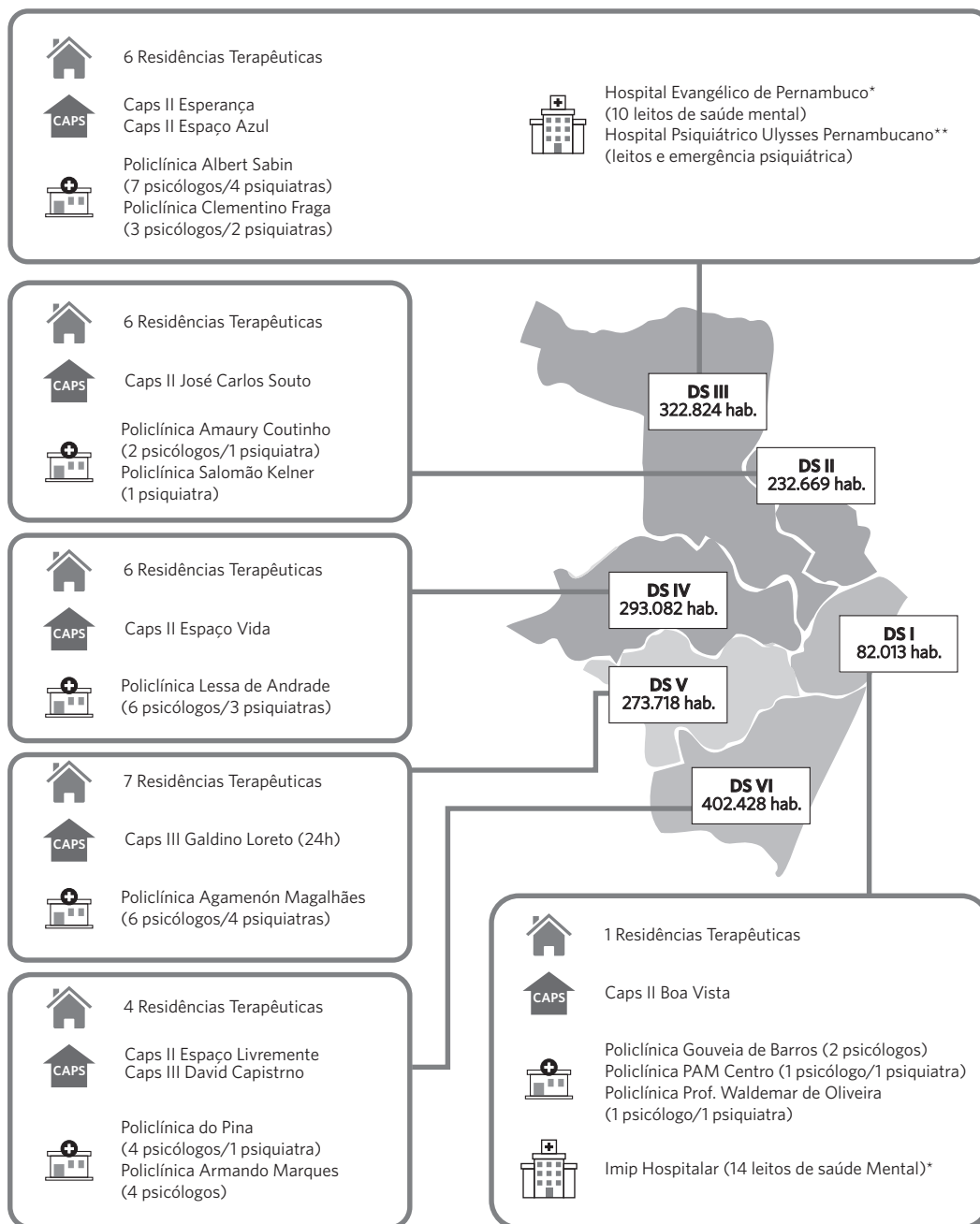
tem por objetivo analisar a organização da atenção especializada em saúde mental (Caps e ambulatórios de saúde mental para adultos) na Raps da cidade do Recife e os processos de regulação da atenção que permeiam essa rede.

## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso<sup>9</sup>, ao qual se integrou uma ampla variedade de evidências, tais como documentos, entrevista, observação não participante e diário de campo. A pesquisa teve como espaço de observação a rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife, Pernambuco, no ano de 2015.

Em 2015, a Raps do Recife para adultos com sofrimento mental estava distribuída em seis Distritos Sanitários (DS), o que, para esta pesquisa, equivale aos territórios de saúde. Genericamente, cada DS comportava a seguinte configuração de rede: USF, Nasf, policlínicas, nas quais funcionam os ambulatórios de saúde mental, Caps e SRT. Na dimensão macro, somavam-se a essa rede distrital os leitos integrais, distribuídos em dois hospitais filantrópicos pertencentes à rede hospitalar complementar do município. Além disso, a Raps municipal conta com um hospital psiquiátrico público estadual, que se constitui em hospital de referência principalmente para as situações de urgências e emergências psiquiátricas. A referida rede consta na *figura 1*.

Figura 1. Atenção especializada da Raps Recife para adultos em sofrimento ou com transtorno mental por Distrito Sanitário em 2015



Fonte: Elaboração própria.

\*Hospital filantrópico pertencente à rede hospitalar complementar do município.

\*\*Hospital da rede estadual.



Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2015, inicialmente, por observação não participante, na qual a pesquisadora realizou uma imersão, no período de janeiro a fevereiro de 2015, acompanhando as reuniões da rede de saúde mental e da Gerência de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (GSMAD) enquanto ator externo e na posição de pesquisadora. Na ocasião, foram elaborados diários de campo. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com trabalhadores e gestores, cujos critérios de inclusão foram: exercer atividade profissional na Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (Sers) ou na Raps do Recife (GSMAD, Caps e DS) e ter idade maior ou igual a 18 anos.

Os participantes da entrevista foram selecionados por meio das seguintes etapas: 1) convite feito no local de atuação do profissional; 2) indicação de profissionais a partir dos entrevistados; e 3) profissionais indicados pelo gestor (*quadro 1*). As fontes documentais analisadas foram os relatórios de gestão (relatórios anuais de saúde, relatórios de supervisão dos Caps), planos municipais de saúde e planos anuais de saúde, projetos (projeto módulos de reabilitação psicossocial e projeto de fortalecimento da Raps) e atas de reuniões da equipe de desinstitucionalização, todos elaborados no período de 2010 a 2015.

Quadro 1. Demonstrativo do grupo investigado

Local de atuação	Grupo investigado
Sers	4 trabalhadores Sers
Raps Recife	2 gestores da GSMAD
	2 trabalhadores dos Caps
	2 gestores - 'referência distrital em saúde mental'

Fonte: Elaboração própria.

\*São responsáveis pela condução da Política Municipal de Saúde Mental em uma unidade territorial delimitada, com a atribuição de ser elo entre a GSMAD e a rede de serviços de saúde dessa unidade que corresponde a um Distrito Sanitário.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e seguiram roteiro prévio contendo as seguintes questões: identificação das prioridades e dos objetivos da política municipal de saúde mental; organização e estrutura da Raps – Recife, para adultos com sofrimento mental; e a interface entre regulação em saúde e saúde mental. Cada entrevistado recebeu uma codificação (trabalhador ou gestor – número arábico – localização institucional Raps Recife ou Sers). Das falas dos entrevistados emergiram temas como papel do Caps na Raps, interlocução entre atenção especializada e APS, e as reverberações manicomiais dos ambulatórios de saúde mental.

As entrevistas e os documentos foram analisados mediante análise de conteúdo temática,

a partir da técnica de condensação de significado<sup>10</sup>. Assim, adotaram-se as seguintes etapas: leitura cuidadosa para apreensão do sentido do todo; identificação das 'unidades naturais'; definição dos temas centrais extraídos a partir da compreensão acerca das unidades naturais; interrogação quanto à relação entre as ideias centrais e os objetivos propostos pelo estudo; e descrição sintética dos temas identificados conforme a interpretação do pesquisador acerca dos objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 818.711/2014), e foram respeitados os aspectos éticos conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

## Resultados e discussão

Os resultados a seguir estão organizados em três temáticas, que emergiram a partir do *corpus* do estudo. Foram elas: o lugar dos Caps na Raps do Recife; a interlocução entre os componentes da Raps (Caps, as unidades de APS e os ambulatorios de saúde mental); e a regulação assistencial na saúde mental.

### O lugar dos Caps na Raps na cidade do Recife

A conformação atual da Raps local reflete décadas de construção de uma rede assistencial com propósito de operar no modo psicossocial, todavia, essa conformação se deu no contexto desafiador de desmontagem do aparato manicomial de um dos maiores polos hospitalocêntricos com características asilares e excludentes do País. Até 2001, havia sob gestão municipal sete hospitais psiquiátricos, que correspondiam a 60,2% do total de leitos do município<sup>11</sup>.

A partir dessa época, Recife promoveu um processo de desinstitucionalização e implantação de serviços extra-hospitalares impulsionado pelo contexto de mudança de gestão para uma gestão popular, pela aglutinação de atores-chave vinculados à luta pela RPB à gestão municipal e devido à municipalização de serviços estaduais de saúde mental<sup>12</sup>.

Assim, o município implantou uma rede regionalizada de serviços substitutivos na qual atualmente existem 17 Caps. Em 2015, a cidade do Recife possuía uma cobertura de 1,2 por 100.000 habitantes, o que indicava uma ‘cobertura muito boa’ segundo os parâmetros do Ministério da Saúde<sup>13</sup>. Contudo, estudo desenvolvido em 2010<sup>14</sup> analisou os indicadores de cobertura por região geográfica e demonstrou que o uso desse indicador de cobertura global é falacioso, na medida em que não representa as realidades regionais e mascara as regiões deficientes.

Ressalta-se que, para além da expansão da rede extra-hospitalar, há evidências de que o município incorporou o território enquanto

componente central do trabalho para o processo de desconstrução da cultura manicomial, particularmente, com a implantação de mecanismos de desinstitucionalização como as residências terapêuticas<sup>11</sup>:

*[...] eu nunca tinha supervisionado as SRTs, e aí eu me deparei com usuários, com moradores, que, antigamente, eles tinham sido meus usuários em uma determinada instituição (psiquiátrica), há anos [...] E, hoje... quando eu cheguei na casa, eu realmente me surpreendi, me emocionei realmente de vê-lo com o resgate da cidadania, a liberdade dentro da própria comunidade, o poder estar participando, interagindo dentro da casa. (Trabalhador 01 - Sers).*

Quanto à tipologia dos Caps, existem cinco modalidades, a saber: Caps I, II e III (com funcionamento 24 horas), Caps i (infanto-juvenil) e Caps ad (álcool e outras drogas), os quais se diferenciam conforme o porte, a ordem crescente de complexidade e segundo a clientela atendida. Entre os 17 Caps da rede do Recife, oito deles são da modalidade adulto transtorno, sendo que apenas dois funcionavam durante as 24 horas<sup>15</sup>.

Considerando que quase todos os territórios de saúde da cidade do Recife possuem mais de 150.000 habitantes<sup>16</sup>, a cidade encontrava-se em desacordo com a normativa nacional<sup>4</sup>, que preconiza a existência de Caps tipo III para territórios com esse quantitativo populacional. Destaca-se que outros municípios também possuem uma cobertura insuficiente de serviços Caps III, sugerindo dificuldades assistenciais na atenção à crise das pessoas em sofrimento psíquico<sup>3</sup>.

Ademais, os Caps do tipo II foram apontados pelos entrevistados como insuficientes para atender à demanda do território ao qual são referenciados. Afirmam, também, que a escassez de Caps III repercute em sobrecarga de trabalho e fragmentação da atenção, levando esses serviços, por vezes, a atuarem sob a lógica do ‘apagar fogo’, conforme mencionado por um dos entrevistados.

Onocko-Campos e colaboradores<sup>3</sup> sinalizam o risco de retorno às práticas segregadoras que ocorriam em instituições psiquiátricas quando há uma insuficiência na disponibilidade de Caps. Além disso, a falta de recursos humanos e financeiros adequados às necessidades dos Caps interfere no processo de trabalho desses serviços<sup>17</sup>. E, no município, apesar da ampliação da rede extra-hospitalar e do fechamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos, os recursos oriundos do fechamento desses leitos não foram revertidos para a rede psicossocial<sup>11</sup>.

Apesar da limitação de cobertura de Caps III, os sujeitos entrevistados destacam a importância do dispositivo Caps e o compreendem como estratégico para consolidar a saúde mental nos territórios, particularmente, devido ao movimento que provoca no agenciamento de redes intersetoriais e de encontros dos sujeitos. Ademais, as avaliações sobre os serviços substitutivos indicam avanços na garantia de cuidado humanizado, participativo e comunitário<sup>18</sup>.

No modelo inicial de superação das práticas manicomial, o Caps, enquanto dispositivo estratégico, ocupava uma posição centralizada no desenho de rede e tinha como atributos organizar, regular e articular os dispositivos do território sob sua responsabilidade, tais como unidades de saúde e outras redes intersetoriais<sup>19</sup>. Com a mudança no desenho organizativo no formato de Raps, o Caps mantém sua característica estratégica de articulador, mas a ordenação do cuidado passa a ser compartilhada com a APS<sup>4</sup>, uma vez que esta se configura em centro de comunicação e ordenação de cuidado e assume a centralidade no desenho organizativo<sup>20</sup>.

Para os trabalhadores entrevistados neste estudo, essas duas configurações de desenhos de redes coexistem e reverberam divergências sobre o papel do Caps na Raps.

*[...] o Caps deveria ser o centro de saúde mental, o centro dessa rede. O Caps é um modelo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, então, teoricamente, emergência, urgência e tudo, a gente deveria dar conta. (Trabalhador 07 – Raps Recife).*

*O Caps é mais um equipamento de saúde, dentro dessa rede, tão importante quanto o Nasf, o consultório na rua, a atenção básica, as unidades da assistência social. (Trabalhador 10 – Raps Recife).*

Faz-se necessário diferenciar a função de organizar e articular a rede de saúde mental de um determinado território em contraste com assumir a centralidade no desenho dessa rede. Ao presumir que o papel do Caps seria o de ‘dar conta’ de todas as dimensões de cuidado, corre-se o risco de condicionar o avanço da RPB a uma resolatividade utópica desse serviço. A compreensão de que ser estratégico não significa acolher a totalidade das questões que envolvem a saúde mental, mas relaciona-se com o articular e tecer redes<sup>21</sup>, é imprescindível para se pensar o trabalho compartilhado inter e intrasetorial e, assim, avançar no desafio de garantir a reinserção social e o respeito às subjetividades.

Além disso, ao incorporar a atenção psicossocial como premissa do cuidado em saúde, ampliaram-se as possibilidades de atuação na saúde mental. Nesse sentido, as intervenções em saúde mental não se encerram no indivíduo e nas medidas curativas, mas avançam para a produção de práticas que trazem à cena os sujeitos em sofrimento psíquico no cotidiano de seus territórios. Destaca-se que a noção de território incorporada nesta pesquisa diz de sua dimensão simbólica e cultural, que denota um caráter itinerante e vivo, constituído a partir da narrativa pessoal dos sujeitos e consoante a aceção de territórios existenciais de Deleuze e Guattari<sup>22</sup>. Assim, a APS se constitui como recurso a ser explorado no que diz respeito ao cuidado em saúde mental<sup>23</sup>, uma vez que a atuação nesse campo não se restringe aos consultórios e aos espaços especializados, mas refere-se, também, ao estabelecimento de vínculos, relação de contrato e corresponsabilidade entre profissionais e comunidade.

Cabe lembrar que o Caps é um serviço comunitário que se caracteriza por ser porta aberta, isto é, um dispositivo que acolhe, prioritariamente, pessoas com transtornos mentais

graves e persistentes em situações de crise ou que necessitem de reabilitação psicossocial. Porém, a APS, pelos atributos que a caracterizam<sup>24</sup>, apresenta-se como a instância mais adequada para assumir a responsabilidade pelo percurso terapêutico dos usuários na maioria das situações de adoecimento, inclusive naquelas de sofrimento mental.

Assim, concomitante à reorganização da rede de saúde mental no formato de Raps, reafirma-se o papel do Caps enquanto dispositivo estratégico para atenção à crise e reinserção social, mas sob a radicalidade de uma configuração de rede poliárquica com funcionamento circular, na qual a APS é o centro de comunicação e de ordenação do cuidado.

### Os desafios da interlocução entre os componentes da Raps

A cidade do Recife possuía, em 2015, uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de aproximadamente 53%<sup>25</sup>, o que implica extensas áreas descobertas. Nas situações em que não há USF de referência no território, o Caps articula ações com outros dispositivos, como os da assistência social – a exemplo dos Centros de Referência de Assistência Social –, as equipes do Nasf e outros serviços da APS, como as unidades básicas tradicionais.

Falhas na interlocução entre Caps e UBS foram apontadas pelos trabalhadores de saúde mental entrevistados como questões que comprometem o funcionamento dos Caps e repercutem no acompanhamento dos sujeitos, como a permanência dos usuários nos Caps por longos períodos, o reforço do ciclo de retorno ao Caps por fragilidade na rede de cuidado territorial e os encaminhamentos pouco qualificados, gerando sobrecarga aos profissionais.

Um dispositivo que poderia melhorar a articulação entre o Caps e as UBS seria o Apoio Matricial (AM). Ressalta-se que o AM é sugerido como a principal estratégia para qualificar e ampliar a resolutividade das ações da APS<sup>26</sup>, na medida em que pode viabilizar a articulação de

redes de cuidado com ênfase na corresponsabilização dos atores envolvidos, potencializar novas abordagens em saúde mental, ordenar e direcionar os encaminhamentos para a rede especializada, entre outras possibilidades.

No entanto, de acordo com alguns dos entrevistados, a atuação do AM vem se dando de modo pontual e não sistemático pela insuficiência de profissionais, pela superlotação dos Caps e por questões de logística, como, por exemplo, a baixa disponibilidade de transporte. Esse achado corrobora a literatura, uma vez que os principais desafios à efetivação desse dispositivo dizem respeito a questões estruturais como sobrecarga dos profissionais, superlotação dos serviços, cobrança por produtividade, entre outros<sup>27</sup>.

Todavia, no percurso histórico do município, particularmente na gestão 2001-2004, houve uma aposta nas ações de saúde mental na APS, com formação de ‘equipes de retaguarda’, as quais tinham a função de impulsionar a ação territorial dos Caps por meio do processo no qual as equipes de generalistas das USF teriam o apoio/retaguarda de equipes de saúde mental<sup>28</sup>.

Além disso, essas discussões resultavam em articulações sobre os fluxos assistenciais no território. Todavia, essa proposta foi se desarticulando ao longo dos anos, deixando questionamentos quanto à cisão criada entre os profissionais que atuavam no território e os demais membros da equipe que permaneciam dentro dos Caps. E, em 2009, a gestão abandonou essa organização, visto que nacionalmente estava posto o modelo do Nasf<sup>28</sup>.

Em estudo<sup>29</sup> que avalia a implantação do apoio matricial dos Caps ad do Recife, verifica-se que o apoio matricial se encontra parcialmente implantado no município com diferentes graus de implantação por DS e que os trabalhadores das USF e dos Caps o identificam como estratégia de articulação e suporte para a consolidação da rede de assistência.

Deveras, um dos desafios da RPB é a inserção da saúde mental na APS, principalmente por meio da ESF<sup>30</sup>. Destaca-se que os

profissionais da APS estão inseridos em um contexto de hegemonia biomédica, que resulta em uma lógica de cuidado em saúde mental limitada à terapêutica medicamentosa e a encaminhamentos aos especialistas. Ademais, comumente, é relatado por esses profissionais o sentimento de despreparo, insegurança e receio de lidarem com as situações complexas do sofrimento psíquico<sup>26,31</sup>.

Pela Portaria nº 3088/2011, os ambulatórios em saúde mental não eram previstos enquanto dispositivos de cuidado, aparecendo somente na Portaria nº 3588/2017 como componentes da Raps. Vale salientar que as práticas ambulatoriais possuem larga tradição no cuidado em saúde mental, mas caminham embragadas no modelo da psiquiatria comunitária e preventiva americano, que, apesar de identificar o ambulatório como um espaço de tratamento alternativo ao asilo, não produziu uma ruptura com o modelo biomédico e com a psiquiatria tradicional. Para Severo e Dimenstein<sup>32</sup>, o processo de ambulatorização da saúde mental posicionou esses serviços entre dois modelos antagônicos: um que reforça o modelo médico-centrado e outro com características condizentes com a prática de atenção psicossocial.

No Recife, a implantação dos primeiros ambulatórios ocorreu dentro dos hospitais psiquiátricos, e esse serviço se configura como o primeiro embrião do redirecionamento da assistência. Todavia, o seu processo de ampliação, particularmente na década de 1980, refere-se à diminuição dos custos hospitalares, à inclusão de novas categorias profissionais na rede pública (psicólogo e assistente social), sem que a lógica inerente ao modelo manicomial fosse alterada<sup>28</sup>.

Neste estudo, o ambulatório foi identificado pelos entrevistados com características de ser um espaço de cuidado intermediário entre a prevenção e a crise, ou seja, entre a UBS e o Caps:

*[...] o ambulatório, não está na Raps, mas não podemos vislumbrar nossa rede sem ele. Ainda não temos uma atenção básica que dê conta dessas pessoas sem o ambulatório [...] e ele precisa ser*

*cuidado para que faça sua função, que, nesse momento, é de aproximar os profissionais da atenção básica do lugar que vai ser deles nesse modelo que hoje o Ministério da Saúde preconiza. (Gestor 09 - Raps Recife).*

Damous e Erlich<sup>33</sup>, ao contextualizarem o papel do ambulatório na Raps, particularmente no que concerne ao campo da psicologia, circunscrevem esse dispositivo no nível de atenção secundária com função complementar à atenção primária e aos Caps, e o caracterizam como peculiar à rede por ofertar cuidado especializado de modo continuado, tendo como principal modalidade de acompanhamento a psicoterapia – modalidade que o caracteriza e particulariza entre os demais serviços.

Além disso, segundo as autoras, apesar dos Caps também ofertarem cuidado especializado, distinguem-se dos ambulatórios pelas suas demandas. A clientela do ambulatório é aquela que tem certo grau de autonomia e suporta aguardar, mas que necessita de um trabalho de escuta e fala continuada que deve ser conduzido pelo especialista. Portanto, os ambulatórios se destinam a uma clientela que pode transitar entre a UBS e o Caps.

Apesar de ganharem espaço na assistência em saúde mental, os questionamentos acerca da ineficácia dos ambulatórios e do quanto podem se prestar à reafirmação do modelo tradicional se intensificaram a partir dos anos de 1990, em razão de promoverem a cronificação da clientela, induzirem à fármaco-dependência e à ambulatorização da psiquiatria<sup>33</sup>.

Nessa direção, os entrevistados ressaltam que a prática de cuidado nos ambulatórios é enraizada na sintomatologia e na medicalização, conseqüentemente, os usuários permanecem por anos recebendo prescrições de psicotrópicos, sem se considerarem as estratégias de promoção de saúde.

*Ter cinco psiquiatras no ambulatório vai resolver? Acredito que não, se continuar no mesmo modelo de acompanhar um indivíduo por dez anos tomando Clonazepan à noite [...] Ao invés*



*do indivíduo desenvolver a dependência, ele poderia estar no clube dançando [...] e ser acompanhado pelo clínico na atenção básica. E a cada três meses, [...] esse colega clínico poderia se comunicar com o Caps para fazer uma avaliação.* (Trabalhador 10 - Raps Recife).

Consoante com esse resultado, estudos realizados em ambulatórios de saúde mental na região Sul do Brasil mostram que praticamente todos os encaminhados à consulta psiquiátrica recebem prescrição de psicofármacos e que há uma baixa frequência de alta ambulatorial dos casos encaminhados à psiquiatria<sup>34</sup>, com atendimentos que privilegiam consultas individuais centradas no modelo curativo<sup>35</sup>.

A lógica de atendimentos exclusivamente individuais, centrados na remissão de sintomas e na medicalização, em detrimento de práticas mais participativas e grupais, confirma a persistência do modelo psiquiátrico tradicional, que, como demonstram os resultados desta pesquisa, é uma característica do funcionamento dos ambulatórios da cidade do Recife. De acordo com as falas dos entrevistados, os usuários atendidos nesses serviços permanecem por anos em atendimento psiquiátrico com a finalidade exclusiva de manter a prescrição medicamentosa, particularmente de ansiolíticos. São frequentes as longas filas de espera devido à pouca rotatividade de usuários, ademais, atribui-se a esse dispositivo uma indicação generalista de espaço para acolhimento dos usuários egressos dos Caps por alta clínica, questões que reforçam práticas tutelares e cronificantes. Tais resultados indicam a necessidade de se rever esse tipo de oferta de serviços ambulatoriais, alinhando-os com a proposta da RPB.

Alguns autores, como Santos, Oliveira e Yamamoto<sup>36</sup>, identificam um conjunto de problemas – a carência de profissionais, os problemas de acessibilidade e a desarticulação com a rede de saúde – que perpassa o cotidiano da assistência ambulatorial, problemas esses igualmente identificados na realidade da rede ambulatorial de saúde mental na cidade do Recife.

O modo de operar dos ambulatórios do Recife sobrevive com contornos que expõem reverberações manicomialis, e, como afirma Melo<sup>28</sup>, a gestão municipal ainda não assumiu uma posição de extinção desses serviços ou de reestruturação na perspectiva da atenção psicossocial.

## Regulação assistencial na saúde mental

A partir da implantação da Política de Saúde Mental na cidade do Recife, foram introduzidas algumas ações de regulação da atenção, tais como supervisão hospitalar, credenciamento de serviços e acompanhamento contábil e financeiro. Foi, entretanto, a partir da instituição da Raps que surgiu a discussão sobre fluxo assistencial na rede de saúde mental.

Na organização dos fluxos assistenciais, observa-se haver distinção entre o acesso às consultas psiquiátricas e às psicológicas. As consultas psiquiátricas eram reguladas via Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), e as consultas psicológicas eram marcadas nas policlínicas por demanda espontânea ou através de encaminhamento direto dos Caps ou das UBS – apenas em duas unidades o primeiro acesso é regulado via Sisreg, mas as consultas de retorno são marcadas de acordo com a agenda do profissional.

Para alguns entrevistados, a não regulação das consultas de psicologia possibilita aos profissionais do Caps maior facilidade para agendá-las, visto que as consultas são marcadas por telefonema entre os profissionais. No entanto, a informalização desse fluxo condiciona o acesso do usuário a relações pessoais mantidas entre os profissionais da rede, o que pode ocorrer satisfatoriamente ou não. O contato informal entre profissionais para agendamento de consultas consiste em uma realidade também de outros municípios<sup>24,36</sup>, todavia, ocasiona acesso desigual aos pontos de atenção e geralmente não segue orientações clínicas.

As falas dos entrevistados sugerem que a necessidade de regular o fluxo assistencial



nesses ambulatoriais, particularmente nos de psiquiatria, ocorre devido ao contexto de resistência dos profissionais em avançar no processo de alta clínica, o que ocasiona uma sobrecarga para esses serviços, repercutindo na ausência de agenda para novas consultas e na manutenção da fila de espera. Assim, o principal objetivo desse processo é equacionar o problema da demanda reprimida.

Os entrevistados mencionaram, ainda, que uma das formas de enfrentamento dessa demanda reprimida deveria ser a realização de AM entre os psiquiatras do ambulatório e os médicos das UBS, no sentido de qualificar o encaminhamento para a rede de especialistas. Todavia, destoando dessa compreensão, que coloca o AM como estratégia para enfrentamento da demanda reprimida, concorda-se com Gryscek e Pinto<sup>26</sup>, segundo os quais o AM, por meio da educação permanente, qualifica as equipes e promove assistência conjunta e compartilhada, atuando como um dispositivo de consolidação da saúde mental na APS.

Foi possível observar, portanto, que a regulação em saúde mental no município ainda permanece centralizada no fluxo de marcação de consulta especializada, na qual a perspectiva que se sobrepõe é a da psiquiatria tradicional, em detrimento de uma perspectiva de rede que contemple, além da discussão de fluxos e ofertas de consultas, a comunicação sistemática entre os especialistas e generalistas e a coordenação do cuidado pela APS. Sousa e colaboradores<sup>37</sup> pontuam que a fragmentação do cuidado e o acesso restrito à assistência especializada são realidades não superadas na rede assistencial do Recife, apesar dos fluxos assistenciais estabelecidos via Sisreg.

Nesse sentido, alguns arranjos são apresentados na literatura<sup>38</sup> e indicam a construção de um formato de atenção especializada coerente com a Raps, na qual o acesso à atenção especializada se organiza a partir do AM, seja por meio das experiências dos Nasf ou dos Caps, propiciando regulação negociada dos casos entre a USF e o especialista em saúde mental, reduzindo a lista de encaminhamento.

Para Chazan e colaboradores<sup>39</sup>, as relações de saber mais horizontais trazem avanços nas práticas e na formação para as equipes da ESF e equipes dos Nasf enquanto apoio matricial, embora ainda haja desafios para garantia da efetividade de suas ações, que podem ser intensificados com a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), devido às mudanças e restrições ao trabalho e financiamento dessas equipes.

Destaca-se que desponta como dificuldade nesse processo de regulação a falta de legislação específica que estabeleça parâmetro assistencial. A Sers utilizava como parâmetro a Portaria nº 1.101, de 2002 – revogada pela Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS – porém, não contemplava os atendimentos psicológicos e, para os participantes desta pesquisa, não correspondia aos desafios atuais da cobertura assistencial do SUS. Além do mais, o acompanhamento através da psicoterapia, devido ao seu caráter contínuo, singular e subjetivo, não permite precisar ou fixar um número de consultas para que o processo de cuidado dos sujeitos esteja concluído.

Dessa forma, impõe-se o desafio à SMS do Recife de aprofundar a interface entre regulação e saúde mental para além da construção coletiva de protocolos assistenciais e fluxogramas. Embora sejam necessários, cabe à SMS conformar a Raps municipal e sua regulação. Nesse sentido, concorda-se com Baduy e colaboradores<sup>40</sup> que a regulação precisa ter mecanismos que possibilitem encontros, redes de conversações da política e da clínica, uma vez que é nesses espaços que acontece a produção do trabalho e do cuidado integral em saúde, para evitar que o processo de regulação assistencial se configure em barreira de acesso.

## Considerações finais

Este estudo mostrou que a conformação atual da Raps local remete a décadas de construção

de uma rede assistencial com ênfase no seu caráter comunitário consoante com o modo psicossocial. Todavia, a atenção especializada dessa rede apresenta algumas fragilidades, como o insuficiente número de Caps III e as dificuldades de articulação em rede para atenção à crise, sendo imperativo que os Caps tipo II se qualifiquem para a modalidade III e que se estabeleça apoio técnico de serviços de urgência bem articulados com o conjunto da rede.

Além disso, os ambulatórios de saúde mental assumem a posição de complementaridade ao modelo manicomial, na medida em que conferem centralidade ao saber psiquiátrico, à medicalização e à atenção individualizada, em dissonância com a RPB.

Ainda, a regulação assistencial da Raps na cidade do Recife é incipiente, centraliza-se nos fluxos e na oferta de consultas especializadas. Não tem contemplado uma comunicação sistêmica entre os especialistas e generalistas e se apoiado na coordenação do cuidado pela APS. Além disso, novos parâmetros assistenciais deverão ser estabelecidos, bem como a conformação de espaços de regulação negociada entre as equipes por meio do AM.

E, apesar do histórico de alinhamento com os pressupostos da RPB e dos avanços nos processos de desinstitucionalização, as fragilidades na organização da rede de saúde

mental na cidade do Recife podem ser agravadas pela perspectiva de remanicomialização do cuidado, explicitada pela agenda antirreformista, que, desde 2017, vem instituindo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.

Diante da complexidade que envolve a política de saúde mental, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos que contemplem a perspectiva dos usuários, dos seus familiares e dos profissionais da APS.

## Colaboradoras

Silva AP (0000-0002-7874-4806)\* e Morais HMM (0000-0001-8244-6601)\* contribuíram igualmente para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados, a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Albuquerque MSV (0000-0002-1520-700X)\* e Guimarães MBL (0000-0001-8554-600X)\* contribuíram para análise e a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Lyra TM (0000-0002-3600-7250)\* contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2067-2074.
2. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *Soc. Quest.* 2019; (44):111-138.
3. Onocko-Campos RT, Menezes CE, Saraceno AB, et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2018; (42):e113.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. *Diário Oficial da União.* 26 Dez 2011.
5. Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate.* 2015; 39(esp):28-38.
6. Magalhães Júnior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. Saúde Debate.* 2014; (52):5-37.
7. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(3):571-576.
8. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate.* 2012; 36(95):640-647.
9. Yin R. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
10. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage; 1996.
11. Albuquerque MSV, Costa AM, Lima LP, et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 dez 3]; 11(1):73-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100008>.
12. Maia AIS. A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007. 112 p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados nº 12: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. [internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 20 maio 2015]. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf).
14. Gonçalves VM, Candiago RH, Saraiva SS, et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2010; 32(1):16-18.
15. Recife. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Projeto de fortalecimento da rede de atenção psicossocial (Raps). Recife: Secretaria Executiva de Atenção à Saúde; 2014.
16. Recife. Diretoria Executiva de Vigilância à Saúde. População do Recife: censo demográfico 2010 e projeções 2010 a 2018. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2019. 37 p.
17. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(1):141-152.
18. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(10):3243-3253.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2004. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).
20. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg. Saúde Debate*. 2014; (52):38-49.
21. Schneider ARS. Mental health care network: the interaction importance between the primary. *Ciênc. Saúde*. 2010; 2(2):78-84.
22. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(9):e00059116.
23. Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema de Saúde: regiões e redes. *Divulg. Saúde Debate*. 2014; (52):88-113.
24. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-298.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Estratégia da Saúde da Família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2017 maio 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
26. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(10):3255-3262.
27. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):287-300.
28. Melo TMAG. Memórias sobre a política de saúde mental em Recife: entre passos, descompasso e contravérsias [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2017. 253 p.
29. Figueiroa MS. Avaliação da implantação do apoio matricial do CAPS AD na cidade do Recife [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2012. 118 p.
30. Gazignato ECS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde debate*. 2014; 38(101):296-304.
31. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*. 2011; 21(2):541-60.
32. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof*. 2011; 31(3):640-655.
33. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017; 27(4):911-932.
34. Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC, et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia*. 2010; 20(47):381-390.
35. Garla CC, Furegato ARF, Santos JF. Profissionais de Ambulatórios de Saúde Mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. *Cad. Bras. Saúde Ment*. 2010; 2(4-5):74-93.
36. Santos YF, Oliveira IMFF, Yamamoto OH. O ambulatório da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em natal RN. *Psicol. Argum*. 2009; 27(59):313-322.
37. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(4):1283-1293.

38. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):941-951.
39. Chazan LF, Fortes S, Camargo Jr. KR, et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis.* 2019; 29(2):e290212.
40. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):295-304.

---

Recebido em 26/02/2020  
Aprovado em 18/11/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental

## *Power relations between professionals and users of Primary Health Care: implications for mental health care*

Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha<sup>1</sup>, Maria Salete Bessa Jorge<sup>1</sup>, Ronaldo Rodrigues Pires<sup>1</sup>, Rebecka Rafaella Saraiva Carvalho<sup>1</sup>, Lourdes Suelen Pontes Costa<sup>1</sup>, Aline Mesquita Lemos<sup>1</sup>, Juliana Pessoa Costa<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112806

**RESUMO** Estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo foi analisar as implicações das relações de poder entre profissionais e usuários no cuidado produzido em saúde mental no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). Uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (Uaps) da cidade de Fortaleza foi escolhida como cenário desta investigação. A coleta das informações se deu no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020, e participaram do estudo 10 pessoas, sendo cinco profissionais e cinco usuários. A compreensão do fenômeno se deu à luz da hermenêutica crítica, e as seguintes unidades temáticas emergiram: ‘a relação usuário- profissional como um exercício de dominação’ e ‘a medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico’. Os resultados demonstram a singularidade do poder latente nas relações assimétricas concebidas no âmbito dos serviços de saúde, que repercutem na limitação do acesso, na medicamentação e em dificuldades na resolução das demandas. Assim, é preciso atentar para a horizontalidade das relações como processo fundamental na produção do cuidado em saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE** Serviços de saúde mental. Assistência à saúde. Medicalização.

**ABSTRACT** Qualitative study with the aim of analyzing the implications of power relationships between professionals and users in the care produced in mental health in the context of Primary Health Care (PHC). A Primary Health Care Unit (PHCU) in the city of Fortaleza was chosen as the setting for this investigation. The collection of information took place from November 2019 to January 2020, and 10 people participated in the study, five professionals and five users. The phenomenon was understood in the light of critical hermeneutics and the following thematic units emerged: ‘the user-professional relationship as an exercise in domination’ and ‘medicalization as a product of the hegemony of biomedical power’. The results demonstrate the uniqueness of the latent power in the asymmetric relationships conceived in the scope of health services, which impact on the limitation of access, on medication, and difficulties in solving the demands. Thus, it is necessary to pay attention to the horizontality of the relationships as a fundamental process in the production of mental health care.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.  
e.caminha@hotmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário 7 de Setembro (UNI7) – Fortaleza (CE), Brasil.

**KEYWORDS** Mental health services. Delivery of health care. Medicalization.





## Introdução

O cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, aposta em um modelo territorial de serviços de atenção que se baseia na proposição de um cuidado em rede. De acordo com Trapé, Onocko-Campos e Costa<sup>1</sup>, esses arranjos organizacionais de atenção, que incluem desde a atenção básica às internações breves em hospitais gerais, são recomendados como referência para os sistemas de saúde.

As redes de atenção à saúde consistem em pontos de atenção e de apoio diagnóstico e terapêutico nos quais são realizadas ações de diversas densidades tecnológicas, objetivando assegurar a integralidade do cuidado através da comunicação efetiva entre os serviços por meio de sistemas logísticos e de gestão<sup>2</sup>. No campo da saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) estrutura-se, oficialmente, em 2011, com a promulgação da Portaria nº 3.088, que tem o objetivo de organizar os diferentes dispositivos para garantir o acesso à integralidade e à continuidade do cuidado em saúde mental<sup>3</sup>.

A referida Portaria representa um importante instrumento legal que propõe normatizar as práticas profissionais nos serviços com o objetivo de proporcionar a desconstrução do estigma fortalecido ao longo do tempo em torno das questões de ordem psicossocial e possibilita introduzir noções de respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas, problematizando, assim, a produção de relações hierárquicas que seguem firmadas entre usuários e profissionais de saúde<sup>3</sup>.

No entanto, considerando a operacionalização de mudanças no meio social, inclusive no cerne da atuação em saúde, sabe-se que a reorganização da atenção em saúde mental, sob essas diretrizes, demanda transformações no campo epistemológico, jurídico, bem como no campo da cultura e das práticas sociais<sup>4</sup>.

No Brasil, diante da longa e tenebrosa experiência escravagista que permeou toda a sociabilidade brasileira, a cultura da subalternidade dos mais pobres tende a naturalizar certas práticas autoritárias e excludentes no

cotidiano das nossas relações interpessoais. O poder é, portanto, uma questão central na análise da sociedade brasileira e das suas instituições, pois, como demonstra Souza<sup>5(11)</sup>, a abordagem dessa questão permite visualizar “quem manda e quem obedece, quem fica com o privilégio e quem é abandonado e excluído”.

Considerando que o poder, como um registro que opera no plano simbólico, não se define por ser tangível, mas pela sua presença no imaginário social, observa-se que ele é exercido e ocultado nas entrelinhas:

é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos, ou mesmo que o exercem<sup>6(7)</sup>.

No campo da saúde, que não está imune às influências da cultura, as relações de dominação, decorrentes do exercício do poder que cada ator possui, podem, também, manifestar-se ao longo dos registros históricos e culturais. Interessa, portanto, investigar como essa herança autoritária pode ser capaz de suscitar implicações para as práticas cotidianas em que se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde essa trama ganha significados para os usuários e profissionais de saúde dos serviços da Raps, especificamente nos serviços de atenção primária.

Investigar as relações de poder é uma tarefa de crucial relevância para desvelar as complexas relações que se estabelecem na produção do cuidado em saúde mental. Além disso, o conhecimento produzido por esta investigação pode permitir qualificar e aperfeiçoar o trabalho produzido nas redes de atenção, além de garantir a fidelidade aos objetivos dos princípios e das diretrizes norteadoras para assegurar respeito aos direitos humanos, promoção da inclusão e da dignidade das pessoas no cuidado territorial em saúde mental do SUS. Assim, este estudo objetiva analisar as implicações das relações de poder entre profissionais e usuários no cuidado produzido em saúde mental no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS).

## Metodologia

O estudo consiste em um recorte de um projeto de pesquisa intitulado: 'Articulação do cuidado na rede de atenção psicossocial: interface com as políticas de saúde mental'. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa com base na busca dos confrontos e complementaridades presentes nos relatos dos sujeitos, conforme destacado na hermenêutica crítica de Minayo<sup>7</sup>.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (Uaps) da Regional VI do município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no Nordeste brasileiro. Essa regional de saúde foi escolhida em virtude do convênio firmado junto ao Sistema Municipal de Saúde Escolar. O período transcorrido desde a vinculação com o serviço, entrada no campo e coleta das informações se deu entre novembro de 2019 e janeiro de 2020. Participaram do estudo dez sujeitos, sendo cinco deles trabalhadores da APS, compondo equipes de Estratégia Saúde da Família, a saber: dois médicos, dois enfermeiros, um agente comunitário de saúde; e cinco usuários do serviço.

Utilizou-se como critério para seleção dos trabalhadores de saúde exercerem o cargo atual há, no mínimo, um ano. Esse recorte temporal foi considerado por acreditar-se que possibilita maior enraizamento desses atores nos locais de trabalho. Para os usuários, assumiu-se como critério estarem sendo sistematicamente acompanhados no serviço por, no mínimo, seis meses e em uso de psicofármacos.

O quantitativo de participantes baseou-se na relevância dos depoimentos e contribuições ao delineamento do objeto em apreensão, seguindo-se os aspectos relacionados à abordagem interpretativa do estudo. Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam de férias durante a fase de coleta e os usuários sem condições clínicas de participar do estudo.

Como técnica de produção das informações para a apreensão dos discursos, lançou-se mão da técnica de entrevista semiestruturada, que privilegiou questionamentos acerca dos aspectos relacionados ao manejo clínico,

atividades de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais no serviço e quais os desafios para se ofertar cuidado em saúde mental. Aos usuários, perguntou-se sobre as ações de cuidado ofertadas, como se davam as relações junto aos profissionais e quais os desafios para se ofertar cuidado em saúde mental.

As entrevistas foram gravadas, na íntegra, em um dispositivo eletrônico de áudio, após autorização dos entrevistados, sendo, na sequência, transcritas e codificadas com as letras M, para médico; E, para enfermeiro; A, para agente comunitário de saúde; e U para usuário; seguido de numeral arábico, conforme a ordem em que foram aplicadas, com o intuito de preservar o anonimato dos participantes. A observação livre também foi realizada durante a pesquisa em campo, registrando-se situações relevantes em um diário de campo.

A análise do material empírico fundamentou-se na técnica da análise hermenêutica crítica, consoante à proposta de Minayo<sup>7</sup> e retraduzida por Assis e Jorge<sup>8</sup>, a qual lançou mão da sistemática de ordenação, classificação e análise final dos dados.

A referida pesquisa recebeu parecer favorável do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará, com parecer de nº 3.676.599. Os preceitos éticos foram respeitados de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos<sup>9</sup>.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os profissionais de saúde integrantes da pesquisa, um possuía nível médio, e quatro possuíam nível universitário. O profissional de nível médio era do sexo feminino e exercia a função de agente comunitário de saúde há 13 anos no município de Fortaleza. Já entre os

profissionais de nível universitário, três eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Possuíam formação nas áreas de enfermagem (2) e medicina (2). O tempo de formação variou entre seis e nove anos. Referente à pós-graduação, somente um possuía mestrado, e os demais especializações. Apenas um desses era servidor do município, sendo os três demais terceirizados. O tempo de atuação no serviço estudado variou entre um e cinco anos.

Quanto aos usuários que participaram do estudo, três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. As idades variaram entre 33 a 52 anos, e nenhum dos entrevistados possuía diploma universitário.

O processo de organização e análise das informações culminou na elaboração dos seguintes temas: ‘a relação usuário-profissional como um exercício de dominação’ e a ‘medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico, os quais foram interpretados e analisados em articulação com o referencial teórico’.

### **A relação usuário-profissional como um exercício de dominação**

Com base nas falas dos usuários, foi possível identificar, inicialmente, que estes tendem a se submeter às prescrições dos profissionais de maneira conformada, sem questionamentos. Sua resignação, no entanto, parece ser uma forma de garantir o acesso a alguma forma de cuidado, diante da precariedade e das barreiras encontradas nos dispositivos da Raps.

Ao transitarem por essa rede de atenção, os usuários entrevistados sinalizaram algumas dificuldades e ponderaram:

*Eu não consegui vaga no Caps (Centro de Atenção Psicossocial). Tomo remédio controlado, mas pego a receita aqui na unidade básica [de saúde]. Só que não é sempre que consigo. Nem sempre tem médico. (U3).*

*Às vezes a gente consulta, mas se sentir uma coisa diferente, se não se der com o remédio que eles do Caps passaram, tenho que esperar o retorno com*

*três meses, porque aqui no posto eles não gostam de mexer. Só renovam igual. (U2).*

Observa-se, a partir dessas falas, que a situação da atenção em saúde mental na Raps, como apontam Trapé, Onocko-Campos e Costa<sup>1</sup>, persiste como uma área subfinanciada dentro de um sistema que também sofre com o mesmo problema. Essa situação impacta, de maneira desfavorável, os usuários, impelindo-os a aceitar as alternativas possíveis de atendimento, ainda que elas sejam precárias e não atendam totalmente às suas demandas.

Os usuários destacaram, ainda, não deter conhecimento suficiente acerca de seus projetos terapêuticos, limitando-se a memorizar quais eram os medicamentos usados. Mostraram-se, inclusive, alheios ao porquê do uso: “*Eu não sei bem [a finalidade]. Uso faz tempo, desde que comecei a me tratar aqui*” (U1). E, além disso, se submetem aos ajustes de doses e trocas de medicação prescritos sem nenhum tipo de diálogo: “*Faz uns meses que ela [médica] trocou o remédio. Disse que era melhor pra mim. Só que esse é comprado e é caro*” (U2).

Vê-se, nesse contexto, a expressão do poder dos profissionais que é aceito pelos usuários, ao passo que a atenção em saúde e as práticas de cuidado deixam de lado a mediação da informação. Dessa forma, validam a premissa de que o bem por eles produzido se antepõe aos anseios do usuário. Vê-se, então, a produção do obstáculo na interação entre profissional e usuário, que dificulta o direito fundamental de ter informações sobre sua saúde e o cuidado que lhe é ofertado<sup>10</sup>. Ademais, a consulta com o profissional parece tornar-se simplificadora da situação do sujeito que sofre, ignorando a complexidade das condições sociais de vida das pessoas.

Observa-se, no estudo, que resta aos usuários, então, a resignação e a submissão à organização e ao fluxo dos serviços de saúde da Raps, que, neste caso específico do cenário estudado, estavam estruturados conforme as necessidades dos profissionais e não conforme as necessidades dos usuários, como expresso em suas falas:

*Não tem jeito! Quem quer ser atendido tem que chegar cedo. O Doutor não espera por ninguém, a gente é que espera por ele. (U1).*

*Se não conseguir ficha [para atendimento], o negócio fica pior. Porque fica dependendo da boa vontade dele [médico] querer atender. (U3).*

Ao profissional de saúde, especialmente o médico, é conferido o poder de decidir o que merece ser atendido e qual o horário oportuno para que essa atenção seja prestada, estabelecendo-se, assim, uma relação de dominação, em que os dominados aderem ao imposto e o elegem como plausível e justificável. Isso mostra que, como afirma Ribeiro e Ferla<sup>11</sup>, embora haja todo um esforço para modificar as práticas e os arranjos institucionais, com o intuito de propiciar maior integralidade dentro dos serviços e da rede de atenção, permanecem os resquícios autoritários do modelo biomédico.

Com relação aos profissionais de saúde entrevistados, eles conferem novas perspectivas à questão ao revelarem as fragilidades no âmbito micropolítico enquanto fragilizadoras do processo de cuidado na rede:

*Eles vêm passar pela consulta pra trocar a receita, mas nem sempre tem médico. A rotatividade é muito grande. Isso fora os imprevistos do dia a dia. Aí, se a gente manda pro Caps, eles mandam de volta. (E1).*

*A nossa rotina aqui é muito dura. Sou muito sobrecarregado, porque a própria secretaria de saúde não oferece condições, então não tem médico que dure. Sobra pra quem? Pra quem fica? (M1).*

Assim, observa-se que as dificuldades impostas pela gestão e pela infraestrutura precária da rede geram desconforto nos profissionais, por não poderem realizar suas tarefas. Como afirma Onocko-Campos<sup>12</sup>, essa situação é propícia à emergência de estratégias defensivas contra a angústia e o sofrimento vivenciados por eles. Desse modo, é possível que esses

profissionais lancem mão da burocratização e da criação de obstáculos aos usuários, como resposta ao excesso que lhes afeta.

Como exemplo dessa situação, foi possível identificar barreiras impostas pelos próprios profissionais de saúde ao acesso dos indivíduos: *“Aqui é muito difícil, porque eles querem vir quando der vontade, especialmente para renovar receita” (E2).*

E outro profissional diz:

*não renovo [receita]. A pessoa chegou aqui 10:30 para renovar uma receita, eu não faço. Porque ela devia ter chegado cedo para pegar uma ficha. Isso cria um mau costume. (M2).*

Aqui, mais uma vez, vê-se a expressão do poder implícito através da burocracia que rege a relação entre profissional e usuário. A mesma burocracia que ‘obriga’ o usuário a chegar no horário fixado, mas só ‘permite’ que ele seja atendido de acordo com o que é conveniente para o profissional. Tal fato fortalece um poder que se firma na noção de que o tempo do profissional tem mais valor que o tempo do usuário, assegurando e legitimando a premissa de que este deve esperar por aquele, embora o inverso não deva jamais ocorrer. Isso demonstra a percepção acerca do usuário como alguém que deve ser disciplinado através de atitudes que reforçam e espelham uma cultura de desqualificação das classes populares, típicas da sociabilidade brasileira<sup>5</sup>.

Essa mesma tendência de produzir a subalternização dos usuários é também apontada como um problema por Azeredo e Schaiber<sup>13</sup>. Segundo esses autores, a perda de autoridade diante das transformações trabalhistas, que sofre o pessoal da saúde, e a intervenção das tecnologias biomédicas, que torna o profissional um mero intermediário entre o paciente e o consumo de exames e serviços, produzem reações defensivas para restaurar essa autoridade. Uma dessas expressões é justamente, como observado na fala dos profissionais entrevistados, a imposição de suas perspectivas

sobre o cuidado e o controle do acesso aos procedimentos e ao próprio sistema de saúde.

Pode-se acrescentar, ainda, que essas pessoas que acessam o serviço em busca de psicofármacos formam um público específico que procura atendimento para situações de sofrimento psíquico. Não se pode, portanto, ignorar que eles sofrem com o estigma da loucura ao terem suas identidades atreladas a uma condição subalterna que deve ser domesticada<sup>14</sup>.

Para esclarecer melhor essa percepção, interrogou-se a profissional que levantou a questão do horário de chegada como prerequisite para o atendimento se ela acreditava que os usuários dos serviços privados de saúde também deveriam ter seu atendimento condicionado ao horário de chegada. Ela destacou que

*o padrão é diferente. Eles pagam por esse serviço e eles querem, de alguma forma, ver o resultado [...] Não que aqui eles não paguem, mas lá é pago diretamente. (M2).*

Confere-se, então, a noção de ‘cliente’ àqueles que podem pagar diretamente pela atenção. Esse pagamento, por sua vez, confere certo grau de igualdade entre os que prestam e recebem cuidado. É válido ressaltar aqui a influência de posições definidas por classe e condição econômica que existem na expressão do poder. Visualiza-se, assim, que a desigualdade, socialmente produzida no contexto brasileiro, institucionaliza a expropriação de poderes de determinados segmentos populacionais empobrecidos, reproduzindo relações que constroem estruturas de dominação<sup>15</sup>.

É importante destacar que, muito embora a expressão cliente derive da linguagem própria da economia liberal de mercado, marcando o campo da saúde através do caráter privado da atenção, aqui faz-se uso do termo não para fazer inferência à saúde enquanto bem de consumo, mas como direito social custeado, ainda que de modo indireto, pelos usuários.

Nesse ensejo, assume-se como premissa que toda oferta de cuidado e assistência implica

uma troca de valores e custos, e que a autonomia do usuário/cliente deve ser resguardada. Nesse sentido, torna-se muito claro que o usuário do SUS tem a saúde como um direito e, portanto, deve ter acesso ao cuidado mais humano, resolutivo e qualificado, o que implica diversificar as práticas de atenção de modo a ampliar o seu escopo de abrangência.

## **A medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico**

Os entrevistados demonstraram que se perpetuam, no cotidiano dos serviços, práticas centradas no processo de medicamentação enquanto norteadoras do cuidado: “*Eu tomo fluoxetina faz um ano. E de dois em dois meses venho no posto pra renovar [a receita]*” (U2).

Os profissionais tendem a reproduzir essa cultura tomando-a como uma fatalidade:

*Aqui é feita a renovação das receitas controladas. Quando é um caso mais simples, a médica inicia aqui mesmo o tratamento e fica renovando. Casos mais difíceis são encaminhados [para o Caps]. Mas, em geral, é isso que eles [usuários] querem. O remédio. Se não renovar, já viu a guerra. (E2).*

Os seguintes relatos corroboram os achados de Freitas e Amarante<sup>16</sup> e Tesser<sup>17</sup>, e destacam a medicamentação enquanto fenômeno social que tem repercussões inclusive na atenção primária. No campo da saúde mental, observa-se a maior expressão desse fenômeno por meio do uso excessivo de medicamentos para tratar transtornos cuja gênese se ancora em questões econômicas e sociais. Busca-se, portanto, a partir do uso de medicamentos psicotrópicos, amortizar as emoções decorrentes dos aspectos existenciais básicos inerentes ao ser humano.

Sabe-se que no campo de atenção à saúde, especialmente na atenção psicossocial, as mudanças vêm sendo engendradas paulatinamente, expandindo os horizontes de cuidado através da ampliação dos saberes acerca do processo saúde-doença-cuidado



e da percepção do outro como sujeito<sup>16</sup>. Entretanto, tais mudanças ainda coexistem com terapêuticas marcadas pelo uso excessivo e indiscriminado de psicotrópicos e relações verticalizadas entre usuários e profissionais.

Tesser<sup>17</sup> chama a atenção para o impacto da deficiência de uma escuta qualificada como um dos mecanismos produtores da sobremedicalização. A ausência da escuta do paciente, sua interrupção ou seu direcionamento excessivo pelo profissional, como no caso das consultas apenas para renovação da receita, produzem um automatismo contraproducente de uma atenção integral às pessoas que ignora possíveis transformações desmedicalizantes nas relações entre profissionais e usuários.

Acerca disso, é salutar destacar que as ações de saúde mental, que transcorrem centradas tão somente no ato de medicalizar, representam um exemplo clássico em que o usuário conseguiu acessar o serviço de saúde, mas não acessou, necessariamente, o cuidado. Sabe-se que lançar mão do uso de medicações, especialmente nesse campo, representa prática já reconhecida em virtude de seus benefícios clínicos, e, por isso, não se busca aqui mitigar a importância do seu uso na atenção clínica. Contudo, a discussão aqui produzida refere-se ao uso exclusivo, e, por vezes, indiscriminado, da prescrição medicamentosa pelos profissionais de saúde, tal como alguns estudos vêm evidenciando<sup>18,19</sup>.

A atual conjuntura de atenção desperta para a necessidade de trazer para o centro da discussão a forma como o cuidado tem sido operado no dia a dia dos serviços. Esse é um caminho para compreender a repercussão limitada das ações de saúde realizadas, culminando na baixa satisfação dos usuários com relação aos serviços e aos fluxos dentro dos sistemas. Tal como o estudo de Assis et al.<sup>20</sup>, encontram-se na conformação da rede de saúde vulnerabilidades diversas que impactam diretamente a satisfação das necessidades dos usuários, sendo a principal delas uma assistência cujo cerne se ancora na realização de procedimentos que supervalorizam os saberes biomédicos,

elegendo-os como linha prioritária dos atos produtivos em saúde.

Esse cenário destacado é fruto de longa construção social, que representa um modo incessante e silencioso de objetificação daqueles que buscam atenção em saúde. Aqui, o poder se expressa no indivíduo, que é acometido por qualquer processo de disfunção, sendo este reduzido à doença e passando a ver nela sua nova identidade. Pereira<sup>21</sup> refere-se a esse processo, enquanto redução dos sujeitos, como a um órgão sem corpo uma vez que é nesse corpo, muitas vezes esquecido e/ou negado, que se inscrevem as marcas subjetivas do ser.

Acerca disso foi possível, por meio dos dados colhidos, identificar três aspectos primordiais inerentes ao poder no contexto das relações entre profissionais e usuários no serviço de saúde. O primeiro aspecto diz respeito à benevolência intrínseca ao cuidado daqueles que necessitam, mesmo estando incapacitados de pagar diretamente por essa assistência, o que confere à atenção ares de caridade, recobrando de altruísmo o compromisso de prestar um cuidado humano e qualificado: “*A gente tenta, na medida do possível, ajudar, porque eles já são tão necessitados... que a gente se sente até mal*” (E2). Isso aponta para a necessidade, como afirma Giovanella et al.<sup>22</sup>, de renovar, de maneira radical, o compromisso com uma atenção primária fortalecida e como responsabilidade do Estado, acentuando a dimensão da saúde como direito humano.

O segundo aspecto diz respeito à centralização do cuidado na figura do médico, fato compreensível a partir de sua capacidade prescritora em um contexto de supervalorização do uso medicamentoso, alimentando, com isso, o seu ‘livre arbítrio’ para intervir, ‘terapeuticamente’, conforme lhe aprouver: “*Os pacientes de saúde mental, geralmente, são vistos pelo médico, porque eles querem renovar a receita, então acaba ficando a cargo deles [médicos]*” (E1). No entanto, é importante salientar que, como afirmam Santos e Zambenedetti<sup>23</sup>, a medicalização não se restringe apenas a um processo produzido pelo profissional médico, mas produzido, também, por outros



profissionais. Como afirma Oliveira<sup>24</sup>, há uma produção cultural que produz a demanda e o consumo como comportamentos naturalizados em nossa sociedade.

Por fim, o terceiro pilar, que se relaciona à desqualificação do usuário enquanto sujeito portador de direitos, saberes, desejos e anseios para com seu corpo e condição de saúde. Com isso, este torna-se alvo de um processo de fragmentação da atenção que se expressa, inclusive, em aspectos elementares do cuidado, tais como a comunicação entre usuário e profissional, marcada por um diálogo unilateral e indistinguível para o sujeito.

*Vai muito de doutor pra doutor. Essa de agora não. Mas tem uns que você entra mudo e sai calado. Não adianta falar porque eles nem escutam. Não responde o que a gente quer saber. (U2).*

Assim, nota-se a necessidade de avaliar e tornar a comunicação entre profissionais e usuários como uma dimensão fundamental na construção do cuidado<sup>25</sup>, e que manifesta, também, a dimensão da assimetria de poder entre um e outro.

Questões dessa natureza suscitam a reflexão acerca do objetivo pretendido por meio da estruturação das redes de atenção e as limitações enfrentadas por esse modelo na medida em que se adensa o campo teórico e várias experiências práticas vão sendo produzidas. Retomar a questão da atenção integral em saúde mental mediada por uma comunicação efetiva entre usuários e profissionais representa um debate fecundo quanto à problematização, no contexto do SUS, das possibilidades de se produzir um cuidado individual, humanizado e comprometido com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, ao passo que interpela sobre o utilitarismo em saúde.

## Considerações finais

Os achados deste estudo mostram que é importante e necessário dialogar acerca das relações

de poder entre profissionais e usuários nos serviços da Raps, para que esta possa cumprir seus objetivos de assegurar o direito à saúde através do respeito aos direitos humanos.

Observa-se que a hegemonia do poder biomédico e a cultura autoritária da sociedade brasileira, que tem a escravidão como uma marca negativa, trazem repercussões sobre as relações entre profissionais e usuários de modo que o lado mais fraco, no caso, os usuários, tende a se submeter a essa dinâmica de dominação como meio para acessar o serviço, contudo, não tem acesso ao cuidado.

É importante destacar que o estudo limitou-se a analisar as relações de poder em apenas um dispositivo da rede de atenção psicossocial, sendo necessária a realização de pesquisas em outros pontos da Raps, de modo a promover uma maior compreensão acerca das relações firmadas e suas repercussões no cuidado em saúde mental, a fim de que se possa estimular os serviços a fomentar a autonomia, o empoderamento e a participação social dos usuários e familiares com vistas a operar uma resistência a essas relações verticalizadas e assimétricas produtoras de submissão e exclusão.

É preciso recuperar dispositivos importantes de reflexão das equipes de profissionais, como as reuniões de equipe, a supervisão clínico-institucional, a educação permanente, como gatilhos disparadores da conscientização e responsabilização da reprodução dessas relações de poder e suas implicações negativas no cuidado.

## Colaboradores

Caminha ECCR (0000-0003-3098-6563)\*, Jorge MSB (0000-0001-6461-3015)\*, Pires RR (0000-0003-2217-0097)\*, Carvalho RRS (0000-0001-6709-9242)\*, Costa LSP (0000-0001-8589-0214)\*, Lemos AM (0000-0002-9242-6580)\* e Costa JP (0000-0003-4129-6840)\* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Trapé TL, Onocko-Campos RT, Costa KS. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. *Physis* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; 28(4):e280402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280402>.
2. Nakata LC, Feltrin AF dos S, Chaves LDP, et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 8]; 24(2):e20190154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. *Diário Oficial da União*. 21 Maio 2013.
4. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; 23(6):2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
5. Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017.
6. Bourdieu P. O poder simbólico. São Paulo: Difel; 1989.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: Ed. UEFS; 2010. p. 139-59.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2013.
10. Wilson D, Heaslip V, Jackson D. Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. *J Clin Nurs.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; (27):3810-3819. Disponível em: <https://doi-org.ez76.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.14546>.
11. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicologia em revista* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jan 26]; 22(2):294-314. Disponível em: <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>.
12. Onocko-Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: Campos R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 77-96.
13. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 10]; 22(9):3013-3022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>.
14. Soneira MS. Usos de [la] locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano. *Salud colectiva* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 22]; 13(4):713-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n3p4574>.
15. Guareschi P. *Psicologia social crítica: como prática de libertação*. Porto Alegre: Edipucrs; 2005.
16. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 148 p.
17. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Ed. Saúde* [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 8]; 17(2):e0020537. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>.
18. Araújo Medeiros Filho JS, Azevedo DM, Pinto TR, et al. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde.

- de. Rev Bras. Promo. Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2020 ago 8]; 31(3):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>.
19. Bezerra IC, Morais JB, Paula ML, et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 10]; 40(110):148-161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611011>.
20. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 26]; 68(2):333-338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>.
21. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto & Contexto Enfermagem [internet]. 2004 [acesso em 2020 jan 20]; 13(3):391-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>.
22. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 10]; 35(3):e00012219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.
23. Santos RB, Zambenedetti G. Comprensión del actual proceso de medicalización en el contexto de la salud mental. Salud soc. [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 10]; 10(1):22-37. Disponível em: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.000002>.
24. Oliveira WF. Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In: Amarante P, Pitta AM, Oliveira WF, organizadores. Patologização e medicalização da vida. São Paulo: Zagodoni; 2018. 176 p.
25. Araújo DCSA, Menezes PWS, Cavaco AMN, et al. Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Interface (Botucatu) [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 10]; (24):e200030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200030>.

---

Recebido em 01/03/2020  
Aprovado em 19/10/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III)

*Therapeutic itineraries of users that dropped treatment in Psychosocial Care Centers*

Noemi Bandeira<sup>1</sup>, Rosana Onocko-Campos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112807

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi analisar os itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tipo III, identificar os fatores que levaram ao abandono do cuidado, e analisar as percepções dos usuários sobre os serviços e tratamentos propostos. Foi utilizada a metodologia qualitativa, por meio do desenho dos itinerários terapêuticos, elaborados a partir do conteúdo de entrevistas com oito usuários. Os resultados mostraram que, no que concerne à Atenção Básica, existe a manutenção de consultas e medicações, sustentação do vínculo, porém com base em procedimentos médico-centrados. Houve relatos de falta de reconhecimento dos profissionais para a importância do sofrimento psíquico, negligência quanto aos problemas com efeitos colaterais dos medicamentos, e fragmentação entre a saúde mental e a saúde física. Quanto aos Caps, a descontinuidade foi um aspecto mencionado com frequência. Os motivos relacionados ao abandono do cuidado são: falhas no Projeto Terapêutico Singular, falta de vínculo/responsabilização, descaso com relação aos efeitos colaterais de medicações, percepções negativas quanto ao ambiente, falhas na escuta e no momento do encaminhamento. Concluímos que o abandono do cuidado ocorreu principalmente após a estabilização da crise aguda e o encaminhamento para a Atenção Básica, fatores incrementados pelos problemas no Projeto Terapêutico Singular e por falhas na articulação da rede.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Pesquisa sobre serviços de saúde. Pacientes desistentes do tratamento.

**ABSTRACT** *The aim of this study was to analyze the therapeutic itineraries of users who abandoned treatment in Psychosocial Care Centers (Caps) type III, to identify the factors that led to abandonment and to analyze the perceptions of users about the services and treatments proposed. Qualitative methodology was used through the design of therapeutic itineraries based on the content of interviews with eight users. The results showed that, regarding Primary Care, although the appointments, medications and treatment adherence are maintained, they are based only on medical-centered procedures. Lack of recognition of the importance of psychological distress by professionals, neglect of problems with drug side effects, and fragmentation between mental and physical health was reported. Regarding Caps, a lot of discontinuity was mentioned. The reasons related to the abandonment of care are failures in the Singular Therapeutic Project, lack of bond/responsibility, negligence with side effects of medications, negative perceptions of the Caps environment, listening lack and failures at the time of referral. We concluded that the abandonment of care occurred mainly after the stabilization of the acute crisis and the referral to Primary Care, increased by problems in the Singular Therapeutic Project and failures in the articulation of the care network.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. noemibany@gmail.com

**KEYWORDS** *Mental health assistance. Community mental health services. Health services research. Patient dropouts.*



## Introdução

O impacto do sofrimento mental na vida das pessoas é alto. Pessoas com problemas mentais apresentam taxas elevadas de incapacidade e mortalidade. Apresentar diagnóstico como os de depressão ou esquizofrenia aumenta a probabilidade de morte prematura de 40% a 60% em comparação à população em geral, devido a problemas de saúde que não são devidamente assistidos, como diabetes e hipertensão<sup>1</sup>. Nos países de baixa e média renda, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 75% das pessoas com sofrimento mental não recebem tratamento adequado, resultado de um arraigado subfinanciamento para a promoção de saúde mental<sup>2,3</sup>.

Algumas pesquisas têm apontado para o *gap* existente entre as demandas de cuidado e a oferta de tratamento em saúde mental, em termos mundiais<sup>4-8</sup>. No Brasil, embora a política de saúde mental pós-Reforma Psiquiátrica ser bastante avançada e consistente no que tange às diretrizes para os cuidados integrados, há estudos que apontam para dificuldades de continuidade<sup>9</sup>, disparidade de acesso<sup>8,10</sup>, além de problemas de equidade<sup>11</sup> e de integração da rede de atenção<sup>12,13</sup>.

A Reforma Psiquiátrica enfrenta fragilidades e desafios, tais como: a) graves problemas na gestão dos serviços; b) fragilidade da articulação com a Atenção Básica (AB); c) baixa densidade de articulação das ações intersetoriais; d) ausência de estratégias claras para enfrentar a vulnerabilidade social, e fragilidades na pesquisa no campo da Atenção Psicossociais<sup>14</sup>. Além desses fatores, o subfinanciamento tem sido um problema constante, embora os recursos para serviços comunitários tenham aumentado consideravelmente, superando desde 2006 os valores destinados a hospitais psiquiátricos<sup>15</sup>.

Embora tenha havido uma expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial (Caps)<sup>16</sup>, estudos<sup>11,17</sup> demonstram que não há equidade na implantação dos dispositivos de saúde, nem tampouco na execução

das práticas, devido à enorme variação na qualidade, na extensão e na constituição das redes de cuidados em saúde mental, o que gera problemas de acesso e de continuidade do cuidado.

Cabe destacar que capítulos recentes da história da reforma psiquiátrica têm apresentado enormes retrocessos nas políticas de saúde mental. Constatam-se estagnação da expansão dos serviços desde 2011, financiamento inadequado, gerando o desmonte e minando a potência dos serviços já instalados, com falta de investimentos no apoio matricial e na articulação da rede de atenção, além de ausência de transparência na divulgação dos dados sobre saúde mental<sup>15</sup>. Documentos oficiais do governo, como a Portaria nº 3.588 de dezembro de 2017<sup>18</sup> e a Nota Técnica nº 11, de fevereiro de 2019<sup>19</sup>, reabriram a possibilidade de retorno de serviços pautados pela lógica biomédica, já ultrapassada, financiados pelo governo federal, como os ambulatorios especializados, os hospitais monovalentes e comunidades terapêuticas. Essas medidas resultam em fragmentação e prejuízo da integralidade e da continuidade do cuidado, indo na contramão da ampliação da rede comunitária de serviços de saúde mental, conforme recomendações dadas pela OMS e pelas evidências científicas apontadas nas pesquisas de âmbito mundial<sup>20</sup>.

É importante destacar que a integração entre as ações e os serviços deve ser o foco das linhas de cuidado e projetos terapêuticos. Essa orientação concerne diretamente à integração entre serviços especializados e a atenção primária, estando de acordo com as recomendações da OMS<sup>21</sup>, e com estudos que enfatizam a importância da atenção primária na saúde mental<sup>5,10,22</sup>.

Este estudo derivou de uma pesquisa multicêntrica, denominada 'Inquérito sobre o acesso a partir da Atenção Básica, o funcionamento e a utilização da atenção especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras' chamada AcesSUS. Essa pesquisa transversal constituiu-se como um censo de usuários de serviços de saúde

mental (Caps). Após a fase quantitativa, surgiu a necessidade de investigar as perdas da amostragem, em termos qualitativos.

Desse modo, teve início uma investigação sobre os usuários que foram inseridos nos Caps tipo III de Campinas no período que antecedeu a coleta de dados, e que não foram localizados no momento da pesquisa AcesSUS, denominados casos-perda. Após a constatação de que muitos eram casos de abandono ou de não adesão ao tratamento nos Caps, a intenção foi compreender a experiência dos sujeitos na busca por cuidado em saúde mental.

Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar os itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o tratamento nos Caps III, identificar os fatores que levaram ao abandono do cuidado, e analisar as percepções dos usuários sobre os serviços e tratamentos propostos.

## Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando o desenho dos itinerários terapêuticos, a partir do conteúdo de entrevistas abertas, em profundidade, realizadas com oito pessoas – quatro mulheres e quatro homens. A escolha dos sujeitos foi feita a partir das perdas da amostragem da pesquisa AcesSUS.

A pesquisa AcesSUS detectou grande número de usuários (41,8%) que, embora estivessem cadastrados nos serviços, não foram

localizados no momento do censo nos Caps. Os resultados de uma busca pelos prontuários nos seis Caps III para adultos disponíveis no município mostraram que o abandono do tratamento foi a causa predominante da não localização desses usuários.

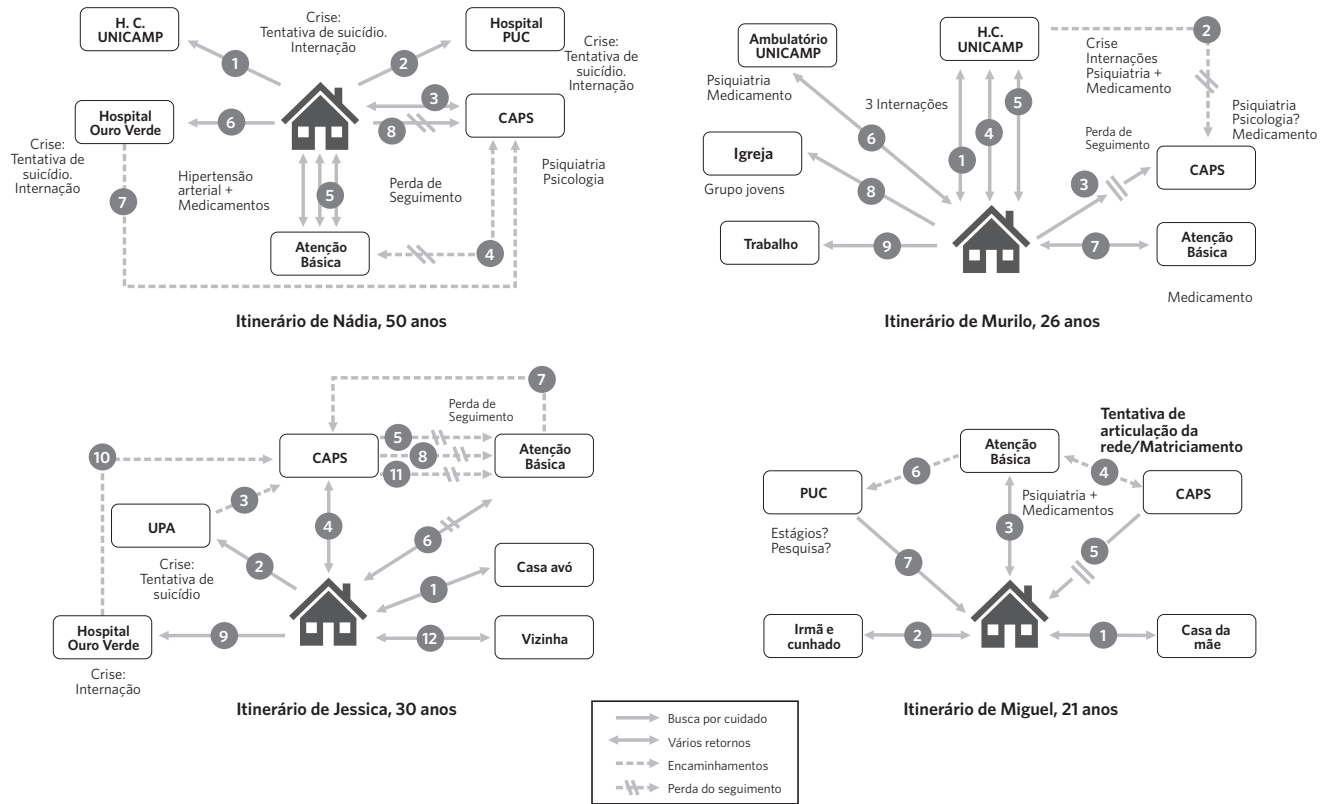
Após esse levantamento, foi empreendida uma busca por telefone e por endereço dos casos-perda. Foram buscadas 72 pessoas, das quais 48 não foram localizadas. Das outras 24, houve quatro recusas e 20 foram procuradas pelo endereço. Ao final, foram obtidas oito entrevistas, que foram realizadas nos domicílios, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por meio do Parecer Técnico nº 2.225.109. Foi realizado cumprindo normas e diretrizes brasileiras de regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/2012). E para garantir o anonimato dos sujeitos, todos os nomes utilizados na descrição dos resultados são fictícios.

O primeiro passo do processo analítico foi o desenho dos itinerários, que permite o acesso à experiência vivida<sup>23</sup>, tendo em vista a dimensão espacial, isto é, os lugares percorridos e a dimensão temporal, a ordem das buscas. A seguir, a *figura 1* apresenta os vetores que ilustram os retornos e encaminhamentos.



Figura 1. Ilustração dos itinerários



Fonte: Elaboração própria. Baseado em Silva et al.<sup>24</sup>.

Em seguida, foi utilizado uma versão do ‘Quadro Analítico da Trajetória Assistencial’, desenvolvido por Silva et al.<sup>24</sup> para análise de cada caso, contendo os locais buscados, as situações em que esses serviços foram acessados, os recursos utilizados na assistência prestada,

a resolutividade, e a análise de cada caso com cada serviço. Definimos resolutividade não como solução final dos problemas psíquicos, mas como avaliação da tríade: responsabilização/vínculo, integralidade e continuidade do cuidado. O *quadro 1* inserido aqui traz um exemplo.

Quadro 1. Análise dos Itinerários - Caso J4

Serviços de saúde percorridos	Quando?	Recursos Utilizados	Resolutividade	Observações	Análise
UPA	Crise - Tentativa suicídio	Medicação	Média	Desempenho como esperado para um serviço de emergência.	Apesar de ser emergência, houve encaminhamento para o Caps.
CAPS	Crise Intervenção por período até estabilização da ansiedade Diagnóstico de Depressão + <i>Borderline</i>	Consultas psiquiátricas; Psicologia Medicamentos	Baixa, falta: vínculo, integralidade. Perda do seguimento após encaminhar para AB	A usuária necessita acompanhamento psicológico constante, seus conflitos emocionais não parecer ter sido resolvidos. Dúvidas sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Será que foi considerado o alto risco de suicídio? Histórico de violência doméstica, uso de álcool e problemas com saúde mental na família.	Apesar de ser resolutivo no período mais crítico, após o encaminhamento, houve perda do seguimento, usuária não deu continuidade na AB. Vários retornos e uma internação por tentativa de suicídio. Provavelmente falha na construção do PTS, na escuta clínica com aspectos negligenciados.

Quadro 1. (cont.)

Serviços de saúde percorridos	Quando?	Recursos Utilizados	Resolutividade	Observações	Análise
UBS	Fase de estabilização + medicamentos	Consultas c/ clínico + medicamentos (renovação da receita) + tentativa de grupos psicoterapêuticos	Baixa	Dificuldade de vínculo. Tendência ao isolamento e passagens ao ato como <i>Cutting</i> e tentativa de suicídio.	Foi ofertado atendimento psicoterapêutico individual e em grupos. A usuária não consegue um bom vínculo com psicólogos da AB. Mas sente e sabe da necessidade de acompanhamento psicológico. PTS = busca ativa? Problemas na escuta clínica?
HOSPITAL GERAL	Crise - Tentativa suicídio Internação	Internação Consultas Medicamentos	Média		Internação curta, com estabilização da crise. Encaminhamento para Caps.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Silva et al<sup>24</sup>.

Os resultados foram agrupados em três blocos: o primeiro sintetiza as passagens de cada usuário pela AB; o segundo aborda, de forma mais detalhada, as buscas e percepções dos sujeitos sobre o Caps; e o terceiro resume as passagens e questões advindas das internações psiquiátricas externas ao Caps.

## Resultados e discussão

### Os percursos na Atenção Básica

Em quase todos os itinerários aparecem reiteradas buscas por cuidado em saúde mental na AB, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento do Caps. Essas buscas ocorreram mormente após um período de crise aguda e de uma fase de estabilização. Apenas uma entrevistada não cita a AB em seu itinerário.

No que concerne à resolutividade da AB no cuidado em saúde mental, apenas em um caso foi possível inferir alta resolutividade. Esse usuário afirma estar bem, considera a unidade como referência para o seu cuidado em saúde mental, e mantém vínculo. A Unidade Básica

de Saúde (UBS) o encaminha para o Caps nos momentos de crise e faz acompanhamento com medicamentos. Ele afirma: *“Aqui no posto, se tivesse psicólogo eu iria. [...] Mas tô bem agora. No posto, o atendimento é bom. Se eu tivesse um problema, eu iria no posto”* (Eduardo).

Os casos de média resolutividade trazem pontos positivos e negativos. Os positivos dizem respeito à manutenção de consultas e medicações e uma certa estabilidade, quando a pessoa não abandona o uso dos medicamentos.

*Eu busco meu remédio na Unicamp e no posto de saúde [...]. Eu tô correndo atrás de passar por psicóloga, mas tá difícil. Aqui o posto não tem mais psicóloga.* (Murilo).

Esses atendimentos funcionam, sustentam o vínculo, mas são baseados em procedimentos médico-centrados. Com relação a isso, outros estudos<sup>25,26</sup> alertam para o uso de psicofármacos por longos períodos, com pouca avaliação e pouca informação ao usuário sobre a duração e o motivo do uso dos medicamentos.

No caso de isolamento social com dificuldade de sair de casa, torna-se crucial outra abordagem, um atendimento que vá até o domicílio,

e nesse ponto, as entrevistas mostraram que a AB apresenta fragilidades. Um exemplo é o caso de Miguel, que vive isolado em casa:

*Vou a cada dois meses, ou um mês e meio, se não me engano. A médica conversa, falo pra ela que tô fazendo os exercícios e ela passa os medicamentos, anota, passa a receita de novo, porque pode vencer, pode esgotar na hora, depois ela me pesa, a única coisa que me interessa mesmo é a pesagem. O povo do centro de saúde não vem aqui, eu vou lá no dia que marca, com a psiquiatra. (Miguel).*

Nos casos de baixa resolutividade, os desafios são maiores. Nessas situações, há constantemente perda do seguimento e descontinuidade do cuidado, e até mesmo da medicação. A AB responde às demandas do usuário com consultas e medicamentos, o que não surte efeito, gera frustração e descrença. Percepções como falta de acolhimento por parte dos profissionais para o sofrimento psíquico, e também negligência quanto aos problemas com efeitos colaterais dos medicamentos são questões que emergem das narrativas.

*Eu fui ao Caps depois fui ao posto de saúde [...] Médico, faz dias, hein? Desses médicos aí de...? (psiquiatras), não fui... faz tempo já. Eu queria um tratamento pra mim dormir. Então eu preciso, mas hoje em dia é tão difícil! [...] Mas aí eu falo: ah, vai no médico, você fica lá na fila, passando raiva, vê pessoa morrendo na sua frente lá, por isso que eu também não vou, viu, porque tá um caos tá esse negócio da saúde aí. (Augusto).*

*Eu parei de tomar aqueles remédios... uns que era de dormir, o meu coração acelerava demais, eu acordava... era calmante, né? Não tomo mais esses medicamentos. O que eu sentia, minha blusa ficava... palpitando, eu digo: vou desmaiar... Aí minha respiração voltava, aquela dor no peito... esse negócio assim, sabe? Não cheguei a discutir com o médico. (Augusto).*

Os entrevistados mostram que os atendimentos recebidos na AB ainda são marcados

por uma divisão – isto é, a saúde mental apartada dos problemas de clínica geral. Relatam falta de integralidade, ou seja, ausência de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que considere as demandas do usuário, o que resulta em abandono do cuidado e descontinuidade sem orientação no uso de medicamentos, mesmo quando a pessoa não está se sentindo bem. A falta de apoio social e psicoterápico é apontado por outro estudo como fator que leva à medicalização<sup>26</sup>.

*Fui ao posto de saúde. Igual hoje... eu tenho consulta já há uns dois anos e não me chamam... então desisti, você tá entendendo? [...] Eu tomei muitos remédios que eu acho que não era pra eu ter tomado e acarretou outros problemas. Hoje eu tenho uma gastrite nervosa que me prejudica. Na verdade, até hoje eu sinto aquela vontade de não viver, entendeu? Eu sinto esses problemas ainda... mas fico pra mim, né? Assim mesmo... (Augusto).*

Outro problema é a falta de adesão do usuário ao tratamento psicológico. Em algumas unidades não há essa oferta, e naquelas em que esse serviço é ofertado há pouca adesão. Há situações em que usuário não percebe a UBS como local para cuidar de sua saúde mental, embora já tenha frequentado psicólogo por algum tempo. A necessidade de atendimento psicológico é reconhecida pelas próprias pessoas, portanto infere-se que a manutenção desse cuidado evitaria situações agudas.

*Renovo a receita no postinho. Tem o psicólogo e o psiquiatra. Na realidade, esses dois meses eu não fui, agora tenho que marcar pra de ir de novo. Só tô renovando a receita, todo mês, com o clínico. Eu deixo lá e ela... só que ela já me falou que eu tenho de marcar com o psicólogo, o psiquiatra. Na realidade, é mais por descuido meu, não que era pra mim parar... (Jéssica).*

*Mas eu tenho de passar no psicólogo. Eu preciso passar, porque o psiquiatra falou: 'Você tem de ir no psicólogo'. Pediram pra eu fazer acompanhamento com o psicólogo no posto. Tem psicólogo aqui na*

*UBS. Mas eu não conheço, as meninas falaram que ele é ruim, que é muito ruim, por isso que eu não fui ainda. Não fui lá ver... Porque assim, eu não tenho muita paciência, sabe... (Nádia).*

É imprescindível repensar a forma como esses atendimentos são ofertados, com caráter ambulatorial, de escuta individualizada, em horários agendados em que se espera que a pessoa compareça. Em alguns casos, há necessidade de uma busca ativa, e até de outra tecnologia de atenção em saúde mental da qual a AB não dispõe, como, por exemplo, acompanhamento terapêutico. Especificamente nesses casos, para além da oferta de atendimento individual e em grupos, há demanda por outras formas de escuta clínica, qualificada, fora dos padrões da clínica tradicional em consultório, conforme já apontado por Onocko Campos & Gama<sup>27</sup>.

## Idas e voltas ao Caps

Todos os itinerários construídos revelam passagem pelo Caps. Mesmo que a pessoa tenha sido apenas encaminhada e nunca tenha frequentado, a equipe tentou uma proposta de cuidado. O acolhimento é bem avaliado, e de maneira geral, a equipe é elogiada. No que tange à resolutividade, considerando que todos os entrevistados abandonaram o cuidado no Caps, há problemas no estabelecimento do vínculo.

*Acho que o Caps é uma internação, um centro de associação psiquiátrica. Não fui nem conhecer, nem sequer vi como é. Vieram um povo, psiquiatra nessa casa, depois passou a vir gente do Caps e depois veio gente da PUC e até agora tá assim. Ele veio ver o que tava acontecendo comigo, qual o tipo de problema que eu tenho. Eu não sei quem chamou, não me disseram nada, eles vieram. A primeira vez que vieram eu não tive mais como saber de onde eles saíram. Aí começou a vir um monte de gente pra cá, gente diferente, às vezes mudando um de lado pra cá, de um lado pro outro, aleatoriamente... (Miguel).*

Essa é a única fala de Miguel, de 21 anos, citando o Caps. Ele foi diagnosticado com esquizofrenia, e permanece em casa o tempo todo, com um isolamento social importante, sem atividade de trabalho, estudo, lazer, esporte, sem relacionamentos sociais fora de casa, vive na dependência total da cuidadora. Percebe-se que ele não consegue distinguir o movimento da equipe, nem entender claramente de onde vinham aqueles profissionais. Não demonstra ter-se vinculado a nenhum deles, pois sequer lembra quem são. Além disso, recusou-se a ir até ao Caps. Tudo leva a crer que não houve vínculo efetivo com o Caps. Nesse caso, apesar da tentativa de atendimento domiciliar, o Caps falhou na construção de um PTS que considerasse as possibilidades e os desafios do caso, como a habilidade artística do usuário, seu gosto por jogos eletrônicos e por séries de TV. O foco do atendimento foi na psiquiatria e nos medicamentos. Houve pouco vínculo/responsabilização no caso, que foi entregue para a AB, onde ele consegue ao menos comparecer às consultas psiquiátricas e trocar receitas.

*Fui umas cinco vezes ou mais... lá à consulta, ficava lá, conversava com a médica. Tomei injeção. Não cheguei a participar das atividades, passei sim pela psicóloga. ... Até que um dia eu fui e tinha... muita gente, eu voltei pra trás. Eu ficava vendo aquelas pessoas, e aquilo tava me deixando estressado, de ver aquelas pessoas transitando. Eu não tava aguentando, às vezes chegava uma pessoa, dava vontade de eu mesmo pegar e... de agredir. Eu não fui mais, eles ficam bravos que eu não fui, mas eu falei: eu tô bem, então não vou. Eu queria um tratamento pra dormir. Então, eu preciso, mas hoje em dia é tão difícil! (Augusto).*

Augusto, de 60 anos de idade, procurou o Caps após uma crise de ansiedade com períodos de agressividade e de depressão. No auge do sofrimento, o cuidado com psiquiatra e medicamentos amenizou a crise, mas não criou vínculo para um tratamento adequado da ansiedade. O fato de o usuário não apresentar

uma crise psicótica possivelmente levou à desvalorização dos seus sintomas. O ambiente do Caps é percebido pelo usuário como não acolhedor, ameaçador, e lá ele sentia vontade de agredir as pessoas.

Augusto foi medicado e aconselhado a procurar atendimento psicológico na AB, porque, segundo o médico, não precisava frequentar o serviço continuamente. Mas ele não foi para a UBS, e perdeu-se a continuidade do cuidado. Em pouco tempo, o usuário descontinuou o uso de medicamentos por conta própria, pois, segundo ele, ele piorava quando tomava os remédios. Sentia muitos efeitos colaterais, e essa queixa foi desconsiderada pelos profissionais, tanto do Caps quanto da UBS. Por várias vezes, procurou a UBS para tratar sintomas físicos, mas esse expediente tem mostrado pouca resolutividade, pois a resposta vem em forma de medicamentos para os sintomas, com mais efeitos colaterais indesejáveis. Procurou também um atendimento psiquiátrico particular, mas, por falta de condições financeiras, interrompeu o tratamento. No momento da entrevista, ele ignorava o fato de que, na sua condição, poderia ser necessário um acompanhamento psicológico mais longo.

Nádia, tem 50 anos, e no seu caso parece ter havido falha na articulação dos serviços. O Caps encaminhou, mas a usuária não se vinculou à AB, e ficou no *gap* entre o serviço especializado para casos graves, no qual ele não se encaixou, e a AB, onde seu sofrimento psíquico não foi devidamente reconhecido.

*O ano passado eu fui algumas vezes no Caps, mas acho que foi mais pelo ano retrasado. Não lembro muito bem, a equipe, eles queriam que eu ficasse lá, mas meus filhos não deixaram, entendeu? Porque, assim, tava muito misturado, pessoas com drogas, pessoas mais doidas do que eu, ainda! Entendeu? Então, aquilo me deixava impressionada, de ver aquelas pessoas assim, eu ficava... eu ficava meia birutando também. (Nádia).*

Para Nádia, o encaminhamento para o Caps se deu após duas internações por tentativa de

suicídio. A equipe insistia em internação no Caps, mas a família não concordou. Durante o tempo que frequentou, houve estabilização do quadro, mesmo sem internação. O Caps tentou outras intervenções, porém a usuária não se sentia bem no ambiente. Após o encaminhamento para a UBS, houve descontinuidade do cuidado e do uso de medicamentos. Nádia demanda cuidado sistematizado, como prevenção para evitar a crise. Após o abandono do cuidado no Caps, houve duas novas tentativas de suicídio com internações no hospital geral.

*Eu tinha até que voltar para o Caps, o Ouro Verde [Hospital] entrou em contato, passando, né, o que tinha acontecido. E eu não fui. Inclusive, eu tenho que voltar a fazer o tratamento, porque eu tô sem o remédio, eu tô com os calmantes aí, eles até escondem de mim, meu marido, meus filhos até escondem, porque é uma coisa assim... como que eu vou te explicar... eu não posso passar nervoso. Se eu passar nervoso hoje, é com três dias, certinho. Em três dias ela me derruba [a crise]. Aí já acaba a minha vida, sabe? (Nádia).*

Nádia frequenta a AB, faz acompanhamento para hipertensão arterial e retira receita e medicamentos psiquiátricos, mas não se vincula a um tratamento psicológico, embora haja essa oferta na UBS. É possível que o vínculo prejudicado com psicólogos do Caps tenha contribuído para o abandono. Ela critica a escuta psicológica que lhe foi ofertada:

*Todas as vezes que eu fui, eu estava mal. Nenhum profissional nunca me disse para procurar um psicólogo e continuar o acompanhamento quando eu estivesse bem. Talvez se eu fosse assim, quando estou bem, eu tivesse outra impressão sobre o psicólogo e conseguisse falar. Todas as vezes que fui no psicólogo, eles ficavam fazendo perguntas sobre meu passado, cavucando o passado, assim: 'Por que seu filho morreu? O que deu nele? Qual a doença? Você cuidava bem dele?'. Eu até avancei pra agredir uma médica que ficou fazendo essas perguntas quando eu tava em crise. (Nádia).*

O atendimento psicológico foi sempre ofertado em momentos de crise, quando havia muita resistência. A usuária mostra-se surpresa quando questionada se já foi orientada a buscar psicoterapia para cuidar dos aspectos emocionais em momentos em que estava estabilizada. Nádia traz longo histórico de violência familiar e angustiantes conflitos emocionais que não foram devidamente abordados pelos profissionais que a atenderam.

Jéssica é uma jovem de 30 anos, que procurou o Caps após passar pelo hospital geral, devido a uma tentativa de suicídio. Apesar de resolutivo no período mais crítico, houve perda do seguimento após o encaminhamento para a AB. Jéssica interrompeu o uso dos medicamentos por conta própria, não retornando para a renovação da receita na UBS.

*Foi numa época que eu tava bem mais ruim, porque eu já comecei... aí todo mundo ficava falando que era invenção, que era pra chamar a atenção. Aí eu fui me sentindo cada vez mais mal. Aí eu tentei me enforçar. Aí foi a primeira vez que eu fui pro Caps, porque fui por duas vezes lá. Passei um tempo lá, depois me mandaram ir pro postinho, porque lá é de pessoas mais graves, né? Aí parei de passar lá. Só que aí eu começo, aí passa um tempo, aí, 'ai, tô boa!', aí, paro de ir, aí comecei a ficar ruim de novo, me mandaram pro Caps de novo, agora me mandaram pro postinho de novo. (Jéssica).*

Jéssica afirma que havia melhorado quando foi encaminhada para a AB, e que seu quadro não exigia frequência ao Caps. A narrativa da usuária sugere necessidade de acompanhamento psicológico constante, pois ela continua com os sintomas de *Cutting* e isolamentos em seu quarto, por períodos ou por dias inteiros. Jéssica também traz longo histórico de violência doméstica, abuso sexual e problemas de saúde mental e uso de álcool na família. Houve novas crises e retorno ao Caps.

*A outra vez foi nesse ano passado, ou retrasado, que eu fazia cortes, só que, na realidade, eu nunca fiz pra me matar, era só pra machucar. Só que aí, os*

*da perna, começou a fazer mais fundos e aí, uma vez, eu tive uma crise, me levaram pro hospital e aí me mandaram pro Caps de novo. (Jéssica).*

Provavelmente houve falha na construção do PTS e na escuta clínica. Jéssica reclama da escuta do psicólogo no Caps, porque ela tem muita dificuldade de falar, é bem fechada, e o profissional simplesmente lhe pedia pra falar e ficava em silêncio, esperando. A angústia era insuportável, e ela abandonou o tratamento.

*Quando eu ia no Caps era pior ainda, porque aqui eles ainda conversam. No Caps, ele só sentava e falava: 'fala!'. E ele ficava olhando assim e ele ... deixava a gente falar, sabe? E eu não sou assim, e acho que assim é pior... Então eu deixo de ir mais por causa disso... (Jéssica).*

Camila tem 31 anos, e faz sua inserção no Caps de forma ambulatorial. Elogia o atendimento, percebe o Caps como local de acolhimento para momentos de crise. No entanto, nota-se a vinculação a apenas um profissional, o psiquiatra que atendeu na primeira crise.

*Na segunda vez, fui sozinha no Caps, eu mesma fui direto no Caps, cheguei lá e falei que não tava bem. Atividades no Caps, em conjunto assim, não fiz não. Então teve o médico, essa psicóloga que fui umas poucas vezes e depois eu não quis ir mais. E só. Sobre o pessoal que trabalhava lá, sempre fui bem tratada, eu chegava, todo mundo atencioso comigo. E eu achava o psiquiatra totalmente diferente, um cara aberto a tudo, escutava bastante, então tive grande empatia com ele. (Camila).*

O percurso de Camila foi diferente, pois ela não passou pela AB. Ela vem encaminhada pelo psiquiatra que a atendeu em uma internação no Hospital Universitário após uma crise psicótica. Após um período de estabilização, com medicamentos e consultas psiquiátricas, Camila adquiriu boa percepção de sua condição e procurou por acompanhamento psicológico e psiquiátrico ambulatorial. Tentou atendimento psicanalítico particular, criou



vínculo com a analista e abandonou o Caps. Apesar da descontinuidade, a usuária reconhece o serviço como referência, caso necessite. Tentou vínculo com psicóloga no Caps, mas não conseguiu. Também nesse caso, a usuária aponta para problemas na escuta psicológica no Caps, que dificultaram seu vínculo e o seguimento no serviço.

*No Caps, até tentei com uma psicóloga na época, mas não tive empatia com ela. Não lembro nem o nome dela. Ela ficava o tempo todo martelando que eu não era paciente de Caps [...] Eu lembro bastante que a conversa era só essa. Então, não teve uma preocupação assim com o que eu queria no momento, que era descobrir o que tava acontecendo. (Camila).*

Nesse caso, a usuária também descontinuou o uso de medicamentos, por sua própria conta. Mesmo após novas crises, nota-se que Camila tem recursos, como bom apoio familiar, rede social ampla e recurso financeiro para buscar cuidado fora do Caps.

Manuela, de 51 anos, também relata perda do seguimento e descontinuidade no uso de medicamentos:

*Não, não gostava de participar de atividades, não gostava, não queria, nunca participei de nenhuma atividade. Cheguei a ir um período, mas ia mesmo pra tomar o medicamento, depois não voltava mais. Eu não achava que tinha necessidade de eu ir, estar lá toda semana, né? Ah, porque eu achava que aquele ambiente não era pra mim, que eu não tava ruim naquele ponto de estar lá com aquelas pessoas, entendeu? Com problemas bem mais sérios, né, então, eu não me sentia bem de estar lá com eles. Então eu não ia. (...) Remédio, quando preciso, vou ao Caps, mas tá em falta, se eu quiser, preciso comprar. Faz uns três meses que eu parei. É injeção, tem de ser no Caps. (Manuela).*

Manuela chegou ao Caps após recomendação da psicóloga da AB, com crise psicótica. O atendimento foi acessível e bem estruturado, conteve a crise. Consideramos que a

resolutividade foi média, porque ela obteve uma estabilização significativa. No entanto, ela não se identifica com os demais usuários e percebe o ambiente como perturbador.

Inferimos que houve falhas no PTS, pois as necessidades sociais e profissionais não foram ouvidas, como falta de apoio social, sensação de solidão, falta de perspectivas profissionais e de independência financeira. Os problemas que Manuela aponta como cruciais são principalmente a falta que ela sente do trabalho fora de casa e a dependência financeira do marido. Interrompe a medicação quando se sente bem. Há perda do seguimento no Caps, mas fica mantido o vínculo com a UBS. Talvez essa usuária se beneficiasse da inclusão em alguma oficina de geração de renda, por exemplo. No entanto, não parece ter havido nenhuma tentativa nesse sentido.

*Eu sinto falta de amigas, né, pra ser sincera, porque assim, não tenho. [...] Não frequento nenhum grupo, nem religioso [...] Fico mais aqui, cuido da casa, dos filhos [...] Foi difícil pra mim parar de trabalhar. Sinto falta de ter o meu dinheiro, de ser mais independente, hoje eu dependo muito, né? Por mais que você não queira, você depende muito do dinheiro do marido. Acho que foi isso também, sabia? (Manuela).*

Murilo, de 26 anos, não sente qualquer atrativo pelo Caps. Depois da crise, percebe o ambiente como abandonado, pouco acolhedor, malcuidado. Se não fosse pelo ambiente físico, os profissionais conseguiriam bom vínculo, pois Murilo os elogia, mas pesa também o fato de ele não se identificar com os demais usuários do Caps.

*Quando cheguei no Caps, eu já tive uma visão muito negativa daquele lugar. Não só pelo fato de ser tudo fechado, porque ninguém gosta, nem animal gosta de ficar preso, entendeu? Eu sei que às vezes tem de ter a contenção, senão a pessoa pode se machucar. Mas ali, você chega ali, o Caps, você chega lá é uma pessoa deitada... - assim, tudo bem, eu respeito! A pessoa tá doente, mas não*

*tem uma atenção [...] o lugar em si, não que era um lugar ruim, mas é que entrando ali, você tem a impressão que tá meio abandonado, vamos dizer, sabe? O prefeito, ele virou as costas para aquilo ali. Os profissionais são bons, a estrutura é que não é boa, os mantimentos, talvez, entendeu? Acho que o dinheiro que era pra investir ali, eles investiam... talvez... não sei como funciona a burocracia ali, sou leigo nessa área. (Murilo).*

Nesse caso, a resolutividade do Caps foi baixa, houve perda do seguimento e descontinuidade do uso de medicamentos, situações de novas crises e internações. Murilo veio para o Caps após uma internação no HC Unicamp, em situação de crise psicótica.

*O Caps, eles são assim, você vai lá, você fica lá, eles dão o remédio, você fica dopado, sai, eles não estão nem aí. Não fala que o cara tem um tratamento... Ah, sim, no Caps tinha grupo, eles falavam pra ir lá e participar do grupo, tinha isso daí, fui uma vez. Não, porque daí eu... Ah sim, lembrei! Eles me deram um remédio que eu não me adaptei, aí não fui mais lá. (Eduardo).*

Eduardo tem 52 anos, e foi encaminhado ao Caps pela AB, com crises de pânico e depressão, após ser vítima de um assalto enquanto trabalhava de cobrador de ônibus. Sua condição melhorou após consultas psiquiátricas e uso de medicamentos. Ele teve problemas com efeitos dos medicamentos, afirma ter ficado dopado e que a equipe não considerou esse problema, razão do abandono. O usuário parece demandar atendimento psicológico. Houve encaminhamento para ambulatório de psicoterapia na PUC, que ele chegou a frequentar por pouco tempo, mas também abandonou. Eduardo não conseguia sair de casa sozinho, seu pai o acompanhava aos atendimentos. Após a morte do pai, ficou sem essa retaguarda e abandonou o cuidado. Houve perda do seguimento psicológico e descontinuidade no uso de medicamentos. No entanto, Eduardo mantém bom vínculo com a UBS e, por meio de outros recursos, como a religião e o trabalho,

está conseguindo manter-se estável. *“Aqui no posto, se tivesse psicólogo, eu iria. Cheguei a fazer atendimento psicológico na PUC, mas parei de ir” (Eduardo).*

## Internações em hospital geral

Dos oito casos estudados, dois iniciaram o percurso na saúde mental por meio de internação psiquiátrica, e um terceiro já vinha sendo acompanhado na AB, mas foi encaminhado ao Caps depois de uma internação no hospital geral, por tentativa de suicídio. Um dos casos passou pela emergência no hospital, mas a família não permitiu a internação, apesar dos esforços da equipe médica para isso. É importante assinalar que, mesmo após a implantação dos Caps, muitos usuários iniciam seus percursos na saúde mental após uma internação<sup>23</sup>. As internações nos hospitais gerais ocorreram em momentos de crise, centradas no uso de medicamentos, sem construção de rede, sem PTS e sem continuidade no cuidado. Portanto, em termos de continuidade e integralidade a resolutividade é baixa, mas é considerada alta no momento da crise. Há que considerar como ponto positivo o fato de que em todos os casos houve o encaminhamento para o Caps. Em um caso, o usuário foi encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria da Unicamp, onde se vinculou, pois o ambiente, embora hospitalar, lhe pareceu mais acolhedor e organizado do que o Caps.

*Na verdade, eu fiquei internado três vezes no hospital da Unicamp, na psiquiatria, na enfermaria da Unicamp. [...] A Unicamp é totalmente diferente! Você chega ali, você tem um tratamento bom. Até o alimento, na Unicamp dá de dez a zero no Caps [...] Eu não quero voltar nunca mais para o hospital, porque é horrível você ficar amarrado, você ficar fechado num lugar. Horrível que eu falo é porque o tratamento é bom, chega a ser excelente, é ótimo, os profissionais são bons, o hospital é bom, mas uma pessoa, ninguém gosta de ficar... se você ficar*

*um dia parado dentro de um quarto, de um cômodo, você já começa a ficar incomodado.* (Murilo).

## Conclusões

Apesar de médico-centrado, o atendimento na UBS é bem avaliado pelos usuários, e tem resolutividade em manter certa estabilidade quando a pessoa não abandona o uso dos medicamentos. Em sua maioria, os usuários não percebem a UBS como local para cuidar de sua saúde mental de forma mais ampla, ou seja, para além das consultas e da prescrição de medicamentos.

Emergem das narrativas problemas como falta de acolhimento para com o sofrimento psíquico, negligência quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos, e fragmentação entre saúde física e saúde mental. A consequência é a perda do seguimento, descontinuidade no uso de medicamentos sem orientação, e eclosão de crises, como, por exemplo, tentativas de suicídio.

Considerando que a rede de Campinas oferece atendimentos psicológicos na AB – um recurso ausente na maioria das cidades do País –, é imprescindível repensar a forma como os atendimentos psicológicos são ofertados: Os resultados apontaram para um caráter ambulatorial burocratizado, calcado na escuta individual em horários agendados, em que se espera que a pessoa compareça e, caso isso não ocorra, não há busca ativa, nem investimento em outras formas de escuta.

Com relação ao Caps, há bastante descontinuidade. No momento da crise, os acolhimentos no Caps são bastante resolutivos, a equipe é elogiada, mas ainda há problemas na construção de um PTS que considere as possibilidades e os desafios de cada caso.

A descontinuidade ocorre ligada a fatores como falta de escuta em relação aos efeitos dos medicamentos e falta de vínculo com os profissionais. Este último constitui fator importante para aqueles usuários que, ao sair do momento crítico, após uma melhora, não se encaixam no quadro de crise psicótica,

mas estão em sofrimento. Na maioria deles, a descontinuidade no cuidado ocorre após o encaminhamento para a AB, à qual não se vinculam, causando um *gap* entre a atenção especializada e a AB, o que indica falha na articulação da rede.

É importante ressaltar o fator ambiente do Caps. A maioria dos entrevistados refere sentir mal-estar no ambiente, que é percebido pelo usuário como não acolhedor, ameaçador, perturbador, desorganizado, abandonado, mal-cuidado. Essa percepção negativa do ambiente é relatada em relação não só à aparência do ambiente físico, mas também ao fato de haver pessoas em estado de sofrimento agudo, com quadro de crises e de uso de substâncias. Na visão dos entrevistados, essas pessoas estão dopadas, ou contidas fisicamente, ou sem a devida atenção. Para os usuários que têm uma crítica em relação a esse ambiente, fica inviável permanecer nele por mais tempo, embora às vezes ainda necessitem do tratamento.

Por fim, no que tange às internações psiquiátricas em hospitais, prevaleceram as abordagens médico-centradas e com foco na medicação.

Concluimos que, nos casos estudados, o abandono do tratamento ocorre principalmente após a estabilização da crise aguda e no encaminhamento para a AB, incrementado pelos problemas no PTS e falhas na articulação da rede, principalmente no que tange à continuidade do acompanhamento psicológico.

## Colaboradoras

Bandeira N (0000-0003-4391-5414)\* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Onocko-Campos R (0000-0003-0469-5447)\* contribuiu para a concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020 [internet]. Ginebra: OMS; 2013. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/).
2. Organización Panamericana de la Salud. World Mental Health Day 2020 [internet]. 2020 [acesso em 2020 out 17]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/campaigns/world-mental-health-day-2020>.
3. World Health Organization. Global Health Observatory data [internet]. 2018 [acesso em 2020 out 17]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>.
4. Health M, Action G. Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders [internet]. 2008. [acesso em 2020 out 17]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/).
5. Chatterjee S, Leese M, Koschorke M, et al. Collaborative community based care for people and their families living with schizophrenia in India: protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 20]; 12(1):12. Disponível em: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-12-12>.
6. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 20]; 45(1):5-16. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567972>.
7. Fekadu A, Thornicroft G. Global mental health: perspectives from Ethiopia. *Glob Health Action* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 20]; 7(1):25447. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ghav7.25447>.
8. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; (42):1-10.
9. Oliveira GL, Waleska Teixeira C, Cherchiglia ML. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 20]; 42(4):707-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400018&lang=pt).
10. Rodriguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev Psiquiatr Urug* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 20]; 75(2):86-96. Disponível em: [http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03\\_rodriguez.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf).
11. Borysow IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: Evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm*. 2014; 48(6):1066-73.
12. Araujo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface - Comun Saúde, Educ* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 20]; 16(43):917-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400005&lng=pt&rm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400005&lng=pt&rm=iso&tlng=en).
13. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 20]; 17(11):3069-78. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123012001100023&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123012001100023&lng=pt&tlang=pt).
14. Delgado PG. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*. 2015; 25(1):13-8.
15. Onocko-Campos RT. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2021 mar 22]; 35(11):e00156119. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en).

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12 [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/801-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/20309-saude-mental-em-dados-12-edicao>.
17. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; (42):1-7.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica no 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS [internet]. Brasília, DF; 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>.
20. Almeida JMC. Mental health policy in Brazil: What's at stake in the changes currently under way. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(11).
21. Mnookin S. Out of the shadows : making mental health a global development priority (English). Washington, D.C.: World Bank Group. 2016. [acesso em 2021 mar 31]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/Out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-development-priority>.
22. Sweetland AC, Oquendo MA, Sidat M, et al. Closing the mental health gap in low-income settings by building research capacity: perspectives from Mozambique. *Ann Glob Heal* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 20]; 80(2):126-33. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214999614000526>.
23. Mângia EF, Yasutaki PM. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev Ter ocup Univ*. 2008; 19(1):61-71.
24. Silva VMN, Silva-Junior AG, Pinheiro R, et al. Trajetória assistencial em Pirai : uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: Pinheiro R, Silva-Junior AG, Mattos RA, organizadores. *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS; UERJ; ABRASCO; 2008. p. 225-32.
25. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 20]; 46(1):43-50. Disponível em: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp).
26. Campos RO, Belo KO, Trapé TL, et al. O PET-saúde como instrumento para a articulação da saúde mental e coletiva : narrativas da formação e do trabalho em saúde. *Cad Bras Saúde Ment*. 2012; 4(8):176-85.
27. Onocko-Campos RT, Gama CAP. Saúde mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 221-46.

---

Recebido em 22/11/2019

Aprovado em 19/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: 405044-3 - Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 41/2013 - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Além do CNPq, a pesquisa teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (Fapemat) através da bolsa de doutorado, concedida por meio do edital nº 009/2016

# Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas

*Adult Reception Unit: a look at the transitional residential service for alcohol and other drug users*

Amanda Lima Macedo de Almeida<sup>1</sup>, Marize Bastos da Cunha<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112808

**RESUMO** Esta pesquisa teve como objetivo dar visibilidade às Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), com intuito de fornecer maior qualidade e contextualização à produção de conhecimento sobre elas. Trata-se de um estudo de caso exploratório sobre uma UAA localizada no estado do Rio de Janeiro, um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas. Foram utilizadas para coleta de dados as técnicas de observação participante, levantamento documental e entrevistas abertas com usuários e profissionais. É apresentada descrição da estrutura desse serviço, do seu funcionamento e da relação com outros serviços e com o território onde está inserido. A partir dos resultados, pode-se afirmar que a UAA é um serviço de base territorial que segue a lógica da atenção psicossocial, considerando a subjetividade e o contexto de cada usuário, afirmando-se como modalidade de cuidado que se contrapõe à lógica de confinamento e proibicionismo das ‘comunidades terapêuticas’. Também foi visto que a UAA possibilita mudanças nas formas de relação entre a comunidade e os usuários de substâncias psicoativas.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Redução de danos. Serviços públicos de saúde. Território sociocultural.

**ABSTRACT** *This research aimed to give visibility to the Adult Reception Units (UAA), in order to provide greater quality and context to the production of knowledge about them. This study was carried out from an exploratory case study on a UAA, located in the state of Rio de Janeiro, a transitional residential health service for users of alcohol and/or other drugs. Participatory observation techniques, documentary surveys, and open interviews with users and professionals were used for data collection. A description of the structure of this service, its operation and the relationship with other services, and the territory in which it is inserted are presented. Based on the results, it can be said that Adult Reception Units are a territorial-based service that follows the logic of psychosocial care, considering the subjectivity and context of each user, affirming itself as a care modality that is opposed to the logic of confinement and prohibition of ‘therapeutic communities’. It was also observed that the UAA allows changes in the forms of relationship between the community and users of psychoactive substances.*

**KEYWORDS** *Mental health. Harm reduction. Public health services. Sociocultural territory.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
amanda\_alma@yahoo.com.br





## Introdução

A assistência à saúde para usuários de drogas é historicamente marcada por um olhar repressivo, tendo a internação como modo de tratamento e a abstinência como meta a ser alcançada.

No Brasil, as políticas públicas de saúde que assistem essa população são recentes. Apenas em 2002 foram instituídas pelo Ministério da Saúde, com a ampliação e a diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas. A concepção e as estratégias de prevenção passaram por algumas mudanças ao longo dos anos, a partir, principalmente, do movimento de redução de danos<sup>1,2</sup>.

Em 2006, entrou em vigor a ‘nova lei de drogas’, Lei nº 11.343/06, que trouxe como umas das principais disposições a prescrição de medidas para prevenção, atenção e reinserção social. A lei também estabelece punições de maneira diferenciada para aquele que utiliza a droga para consumo pessoal e aquele que fornece ou produz. Porém, foi mantido o aspecto de criminalização e repressão ao consumo e ao porte de drogas<sup>3,4</sup>.

Em meio a avanços e retrocessos, configurou-se um conflito no que diz respeito à atenção ao usuário de drogas: de um lado, a política proibicionista, que tem seu foco na substância tornada ilícita e se baseia em ações de repressão e criminalização; do outro lado, as políticas de redução de danos que, através de um conjunto de estratégias, objetivam a diminuição dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente reduzirem seu consumo<sup>2</sup>.

Os embates seguiram recorrentes entre esses modelos, e, em 2019, a Lei Federal nº 13.840 altera a referida lei de 2006, o que reforça o foco na abstinência, dedicando-se a tratar das modalidades de internação hospitalar e fortalecendo a ampliação das comunidades terapêuticas<sup>5</sup>.

Nos últimos anos, no âmbito da acelerada investida contra o Sistema Único de Saúde (SUS), no campo da saúde mental, foram

apresentadas propostas de mudanças em sua política contrárias ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Algumas dessas alterações foram aprovadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>6</sup>. É importante destacar que essas alterações ocorreram após uma votação rápida e sem debate público junto às esferas de controle social do SUS, descon siderando o histórico, bem como a política de saúde mental construída coletivamente por quatro conferências nacionais de saúde mental e pela Lei nº 10.216/2001<sup>7</sup>.

Outro grave episódio foi a reorientação da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), em 2018, com relação à direção da promoção da abstinência e ao financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs) com recursos também do Ministério da Saúde. Destacase que as CTs já vinham sendo financiadas no âmbito dos Ministérios da Justiça e do Desenvolvimento Social<sup>8</sup>.

O direcionamento de recursos provenientes do Ministério da Saúde para as CTs implicou redução de investimento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) já existente, aumentando seu sucateamento e impedindo a habilitação de novos serviços. Com efeito, a luta contra o investimento de recursos públicos em dispositivos que impõem restrições e exigem abstinência é um dos grandes desafios atuais da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>9</sup>.

Em muitas dessas CTs, em sua maioria de cunho religioso e/ou lucrativo, ocorre violação de direitos humanos. Elas têm o funcionamento baseado em ações morais e na imposição de abstinência, além de serem favoráveis a uma política de internação – posição contrária à da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que defende a produção de um cuidado antimanicomial<sup>4,10</sup>. Vale apontar que a noção de antimanicomial refere-se ao cuidado em liberdade e está associada à luta pelos recursos que possibilitem as trocas sociais, contrapondo-se, portanto, às instituições de isolamento e exclusão, que acabam por objetificar os sujeitos<sup>11</sup>.

Em sua nota técnica, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indica

o crescimento das CTs no Brasil, um dado que pode ser atribuído à persistente lacuna assistencial de serviços públicos voltados para os usuários de drogas<sup>12</sup>. No entanto, também demonstra um projeto de poder das instituições religiosas no País, utilizando-se da questão das drogas para fortalecer a mercantilização de serviços assistenciais.

Neste sentido, em um contexto em que se ampliam as medidas que apontam para o desmonte do SUS, é fundamental ter maior conhecimento sobre os serviços oferecidos à população e os riscos envolvidos na perda de equipamentos que têm como direção do cuidado a atenção psicossocial e a redução de danos.

O presente estudo aborda um dos serviços de cuidado voltados para os usuários de drogas, criado no âmbito da Reforma Psiquiátrica, que não se expandiu de forma a atender às necessidades da população e é muito pouco conhecido: a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

Instituída por meio da Portaria nº 121, de 2012, a UAA oferece acolhimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como foco ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas. Configurando-se como um componente residencial transitório da Raps, visa a acolher voluntariamente e oferecer cuidados contínuos a usuários acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem um acompanhamento terapêutico e protetivo. Dessa forma, toda UAA deve estar referenciada a um Caps<sup>13</sup>.

As unidades de acolhimento funcionam em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), voltada para crianças e adolescentes, com idade entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos<sup>13</sup>.

As UAAs são serviços de base territorial que seguem a lógica da atenção psicossocial,

consideram a subjetividade e o contexto de cada usuário, bem como valoriza suas experiências de vida.

Lima e Yasui<sup>14</sup>, destacando a multiplicidade de sentidos que formam o território, convocam a pensá-lo como espaço, processo, relação e composição. Sendo assim, o território não se refere a um lugar estático, mas, sim, a um lugar ativo, dinâmico, repleto de inter-relações, construído cotidianamente, onde se realiza a vida coletiva. Por isso, um serviço de base territorial, no caso a UAA, não se refere apenas à sua área de abrangência.

A UAA, enquanto um serviço residencial transitório, configura uma modalidade de cuidado que se contrapõe à lógica de confinamento e proibicionismo das CTs, que vem avançando amplamente. A UAA, tendo em vista sua particularidade, garante direitos de moradia, convivência familiar e social. Assegura, ainda, o cuidado singularizado e em liberdade, incorporando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Com o objetivo maior de oferecer um retrato desse serviço, e contribuir, assim, para sua maior visibilidade, este estudo buscou responder às seguintes perguntas: como se dá a dinâmica de funcionamento da UAA? Como é sua relação com os outros serviços de saúde? Como é sua relação com o território onde está localizada?

## Material e métodos

A pesquisa foi desenvolvida no período de setembro de 2018 a março de 2019, como um estudo de caso único exploratório sobre uma UAA localizada no estado do Rio de Janeiro. A opção por esse desenho metodológico deu-se diante da necessidade de obter uma visão mais detalhada da unidade de saúde investigada, bem como para possibilitar a construção de hipóteses analíticas capazes de orientar trabalhos futuros<sup>15</sup>. Revelou-se, ainda, ser esse o método mais adequado à perspectiva principal do estudo de conhecer e dar visibilidade à

estrutura e à dinâmica da UAA. Possibilita, ainda, a compreensão de uma organização ou comunidade, abrindo espaço a formulações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais<sup>16</sup>.

No estudo, foram utilizadas técnicas da metodologia qualitativa, como levantamento documental, observação participante e entrevistas abertas com usuários e profissionais da unidade selecionada.

O levantamento documental foi realizado considerando-se os seguintes aspectos: organização da equipe; atividades internas; atividades no território; estrutura de reuniões de equipe; recursos materiais da unidade; relação com os Caps; relação com outras instituições; organização da rotina da unidade e normas de convivência; e perfil das pessoas que passaram pelo acolhimento. Foram consultados documentos internos da UAA: livro de ocorrências, atas de reuniões de equipe e 'censo diário', contemplando o período de agosto de 2013 a agosto de 2018.

A observação participante seguiu um roteiro que enfocou as seguintes questões: organização interna; discussão de caso; construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS); dinâmica da unidade; atividades externas; relação com outras instituições; relação com a comunidade; situações de adversidades; relação entre a unidade e o usuário após o término de seu acolhimento. A observação também foi fundamental para uma interação prévia com a realidade dos possíveis participantes, antes da realização das entrevistas.

A seleção dos participantes para as entrevistas deu-se de forma a escutar os principais agentes sociais presentes em uma UAA. Na categoria usuários, foram incluídos aqueles que passaram períodos maiores de acolhimento e os que estiveram por períodos menores de acolhimento na unidade. Procurou-se agregar, ainda, diferentes gêneros e priorizar os usuários que tenham passado por outras formas de acolhimento institucional, como abrigamento ou internação. Quanto aos profissionais, buscou-se incluir participantes da equipe técnica

e da equipe de apoio, que foram selecionados considerando: o critério de antiguidade na UAA (maior tempo e menor tempo de trabalho), moradia próxima ao território e trabalho anterior em outro serviço de saúde mental.

Além disso, estavam previstas entrevistas com familiares de usuários que já passaram pelo acolhimento na unidade, tendo em vista que são importantes na participação e parceria no cuidado e que também demandam atenção e cuidado dos serviços de saúde mental. Porém, devido a dificuldades em conseguir contato com familiares e ao prazo para a conclusão da pesquisa, não foi possível efetuar essas entrevistas.

Foram realizadas seis entrevistas, três com cada categoria de participantes, apoiadas por um roteiro aberto. No caso dos usuários, buscou-se conhecer: os motivos que levaram ao acolhimento; rotina na UAA; relação com profissionais de equipe e com os outros usuários; expectativas e avaliação quanto ao acolhimento; relação com o território; acesso a outros serviços de saúde, da assistência social, de educação, cultura e lazer durante o período em que estavam acolhidos. Quanto aos profissionais de saúde, o roteiro incluiu: indicação e entrada para acolhimento na UAA; rotina na unidade; manejo quanto ao uso de drogas; conclusão do acolhimento; articulação com outros serviços de saúde, assistência social, educação, cultura e lazer; ações para promoção de reinserção e reabilitação do acolhido; dificuldades na relação com o território.

Em uma primeira etapa, o material coletado na observação participante e no levantamento documental foi sistematizado tendo em vista eixos e categorias de análise que pudessem contribuir para responder às questões da pesquisa. Na análise das entrevistas, os relatos foram transcritos, organizados e relacionados aos dados já sistematizados. As informações geradas no segundo momento, em que os dados de todas as fontes estão incluídos, foram analisadas de forma a alimentar a discussão final do trabalho.

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ensp/Fiocruz, sob

parecer 2.732.930, e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município onde está localizada a UAA estudada. Como estratégia de proteção e prevenção de riscos, foi garantido o anonimato dos participantes. A UAA, assim como sua localidade, não foi identificada, o que, de certa forma, limitou a divulgação de algumas análises do estudo, particularmente no que se refere à inserção da unidade no território. Refletir sobre os desafios da UAA em um território onde a milícia se destaca por sua presença era um dos objetivos iniciais da pesquisa. Contudo, a abordagem de tais desafios levaria à identificação da Unidade e colocaria os entrevistados em risco, haja vista o reduzido número de UAAs. Portanto, foi necessário priorizar o princípio e o cuidado ético e dar ênfase ao objetivo maior da pesquisa de conferir visibilidade à estrutura e à dinâmica de uma UAA.

## Resultados e discussão

Considerando as proposições iniciais do estudo, resultados e discussão serão apresentados em torno de três eixos interligados: o espaço e seus agentes sociais; organização diária; e relação com o território.

### O espaço e seus agentes sociais

A região onde a UAA estudada está localizada vem experimentando grandes transformações econômicas e sociodemográficas nos últimos 15 anos: a passagem de uma via expressa, a presença de programa de habitação federal, bem como de um programa municipal de habitação, sustentabilidade e urbanismo, que provocaram impactos na dinâmica do território.

No território, destaca-se a presença de grupos de milícia com interesses político e financeiro. Justificando sua intenção de oferecer a segurança da comunidade e combater o tráfico de drogas, tais grupos realizam a 'vigilância' da região, associada a práticas ilegais.

Nesse contexto de mudanças, em um território onde se destaca o poder da milícia, é que

se implantam os serviços de atenção ao usuário de drogas. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) foi inaugurado em 2012, enquanto as atividades da UAA se iniciaram em 2013. Fundamental destacar que parte dos desafios experimentados por esses serviços refere-se ao fato de estarem localizados em um território onde a milícia impõe seu poder.

A UAA está localizada próximo ao Caps AD ao qual é referenciada, o que favorece o contato e a troca entre os serviços. O espaço físico da unidade conta com uma parte externa composta por um jardim, várias árvores frutíferas, varanda e um gramado nos fundos. A área interna dispõe de uma casa de um andar, com amplas janelas, seis quartos, três banheiros, sala de televisão, copa, depósito, área de serviço, sala de administração, sala de jogos, sala de reunião, sala de equipe e quarto para descanso dos funcionários. Os quartos dos acolhidos têm de duas a três camas. Para preservá-lo como local mais privado para aqueles que o ocupam, é orientado aos usuários que não entrem nos quartos uns dos outros. Mas cada um entra e sai de seu próprio quarto no momento que desejar.

A equipe técnica é composta por um coordenador técnico, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, um auxiliar administrativo e 16 profissionais de nível médio (plantonistas). Já a equipe de apoio inclui dois copeiros, quatro vigilantes patrimoniais e quatro auxiliares de serviços gerais.

Sobre o perfil dos usuários acolhidos, em cinco anos de funcionamento, a UAA estudada acolheu 245 pessoas, sendo 75,5% do sexo masculino e 24,5% do sexo feminino. Do total de usuários, 80% residem na mesma região em que a unidade está localizada, e 20% são oriundos de outras regiões do estado.

A UAA tem disponibilidade de 15 vagas, e não há limite para a quantidade de vezes de acolhimento de um usuário. Levando-se em consideração que uma mesma pessoa pode ser acolhida mais de uma vez, a unidade realizou 523 acolhimentos, de 2013 a 2018. A média

de tempo de permanência é de 34 dias, e a média de idade dos usuários é de 37 anos. Do total de acolhimentos, apenas 16 duraram mais de seis meses.

Tendo como referência a leitura psicossocial dos lugares apresentada por Fischer<sup>17</sup>, a UAA se aproxima de um espaço residencial, apresentando, também, características de espaço institucional. A ideia de casa pode se expressar de diversas formas, mas tem como característica fundamental ser um espaço de proteção dos perigos exteriores.

A UAA enquanto casa assume aspectos de espaço pessoal, um lugar privilegiado, objeto de investimento afetivo, referência e pressupõe certa estabilidade. O espaço de habitação é onde se encontra o sentimento de identidade e também é um lugar de socialização. Isso se traduz, por exemplo, no esforço de manter acomodações que garantam a privacidade dos acolhidos e, ao mesmo tempo, possibilitem práticas coletivas e uma rede de serviços e de relações, fundamentais ao processo de cuidado em liberdade.

A fim de garantir a singularidade de cada usuário, os quartos têm poucas camas, e os acolhidos dispõem de armários individuais para guardar seus pertences. Nos quartos, foi observada a influência de cada acolhido no espaço, por meio da organização, da arrumação e da decoração. Outras características da UAA que permitem a apropriação do espaço são as atividades diárias que os acolhidos realizam no ambiente e a gestão compartilhada das áreas coletivas da casa.

### Organização diária

O acolhimento dos usuários é indicado exclusivamente pela equipe do Caps de referência. Os Caps ficam responsáveis pelo PTS e seu acompanhamento, pelo planejamento da saída (em parceria com a UA) e pelo seguimento do cuidado<sup>18</sup>.

Na UAA estudada, o processo de início do acolhimento ocorre a partir de uma avaliação conjunta. O Caps de referência do usuário entra em contato com a equipe da UAA para

apresentar o caso e as questões pertinentes a serem trabalhadas. Em um segundo momento, uma vez que o caso já foi discutido, havendo consenso entre as equipes quanto à pertinência do acolhimento, Caps, UAA e o usuário montam um PTS, que pode incluir atividades no Caps, ações referentes à documentação, cuidados clínicos, trabalho, lazer, educação, entre outros, sempre de acordo com a singularidade do caso. A partir da indicação e do acompanhamento do caso, novas propostas podem ser construídas durante o próprio acolhimento. Entende-se que, durante o período de acolhimento, o cuidado é compartilhado entre Caps e UAA. Na hipótese de não haver consenso quanto à indicação para o acolhimento, novas reuniões para discussão do caso são realizadas.

A entrada no acolhimento não necessariamente se dá quando o caso é discutido. Porém, a partir da discussão, pode-se pensar e definir quais serão as estratégias de aproximação entre usuário e UAA, a forma de entrada no acolhimento e quando se dará essa entrada. As principais indicações apontadas pela equipe para ingresso na UAA são: laços familiares esgarçados, necessidade de um período para se restabelecer após uso mais intenso de substâncias e dificuldades relacionadas ao território de origem do usuário.

Sobre o encerramento do acolhimento, deve-se respeitar o processo de cada usuário. Porém, tanto a Portaria nº 121/2012 quanto a Nota Técnica nº 41/2013, do Ministério da Saúde, destacam a importância da atenção ao tempo de permanência, tendo como parâmetro o limite máximo de seis meses. Os referidos documentos apontam que o PTS de cada usuário deve incluir, além das ações a serem desenvolvidas, o tempo de permanência previsto<sup>13,18</sup>. Foi observado que a saída de um usuário do acolhimento está relacionada à realização do que foi proposto em seu início. Assim, o PTS pode incluir a dimensão de tempo, mas não se reduz a ele.

A saída do acolhimento configura-se como um processo, de forma que a saída não seja vivenciada de forma abrupta. Nesse período, o vínculo entre o usuário e a UAA se fortalece,



e são pensadas estratégias que visam gradativamente à inclusão de outros atores, a fim de promoverem a reinserção do usuário na comunidade.

Na dinâmica da UAA, destacam-se as atividades internas e externas desenvolvidas, que, em sua maioria, estão relacionadas à organização da casa, à articulação da rede de suporte do usuário no território e à reinserção social dos acolhidos.

A casa tem uma movimentação que varia de acordo com os usuários em acolhimento e seus PTSs, bem como com a inserção de cada acolhido no território. Ao longo do dia, alguns estudam, trabalham e frequentam seus Caps de referência. No período diurno, é realizada a maioria das ações externas propostas em cada PTS, sendo incentivada a participação em atividades externas, como estratégia para manter e ampliar a rede de cada um.

As atividades coletivas internas acontecem com maior frequência nos finais de semana, ou no horário noturno, visando a facilitar a participação dos acolhidos. A convivência entre estes e a equipe resulta em atividades coletivas espontâneas, que são viabilizadas pela UAA. A esse respeito, a pesquisa identificou relatos da realização de churrascos e festas, geralmente em datas comemorativas, como aniversários, Natal e fim de ano.

Ainda, sobre a dinâmica diária da UAA, observou-se que algumas normas foram construídas ou modificadas a partir da própria experiência de funcionamento da unidade, como, por exemplo, o fluxo diário de circulação no território. Os acolhidos podem sair sozinhos da unidade, seja para ações combinadas no PTS ou por qualquer outro motivo por que desejem sair, sempre mediante comunicação à equipe do horário de retorno. O retorno deve ocorrer até as 19 horas, e qualquer saída após esse horário deve ser combinada com a equipe técnica. Essas orientações buscam estimular a comunicação entre acolhidos e profissionais, assim como organizar a rotina da casa.

Em determinadas situações, não é indicado que o acolhido saia à noite, e, caso ele insista,

é orientado a retornar na manhã do dia seguinte. Quando, ainda assim, o usuário volta durante a noite ou madrugada, ele é atendido e avaliado. Se, naquele momento, não for possível permanecer na UAA, em função de uma particular situação (de intoxicação, por exemplo), o usuário é acompanhado até o Caps AD para aguardar atendimento.

Um aspecto importante dos cuidados diários refere-se às questões clínicas e à articulação com unidades básicas de saúde. Os acolhidos que apresentam demandas clínicas são orientados a ir ao serviço de atenção básica de seu endereço de referência. Em alguns casos, o acolhido é orientado a ir ao serviço da atenção básica que cobre o endereço da UAA. Enquanto o usuário estiver na UAA, a equipe o acompanha em seu percurso com os cuidados clínicos.

Outra dimensão do cotidiano da unidade refere-se às ferramentas de respostas dos profissionais aos desafios trazidos por situações cotidianas na UAA. Ou seja, os caminhos e manejos que a equipe aciona a fim de garantir a continuidade e o desenvolvimento do PTS. Por exemplo, em ocasiões em que a equipe percebe que o acolhido está sob efeito de alguma substância, ou até mesmo quando o encontra fazendo uso dentro da unidade, é solicitado que ele descarte a substância, tendo em vista que não é permitido portar nem usar drogas dentro da unidade (a não ser tabaco e as medicações prescritas). É realizado atendimento para avaliar como o acolhido está e compreender o que o levou a tal ação. Caso o acolhido esteja muito alterado ou intoxicado, é acompanhado ao Caps AD para atendimento e cuidados específicos. Caso contrário, ele segue na UAA.

Entre os manejos de situações comuns nessa UAA, destacam-se: escutar, conversar, realizar acordos, orientar, acomodar o acolhido em outro ambiente para evitar brigas, avaliar uso da medicação, compartilhar com o Caps AD questões relacionadas à intoxicação ou ao PTS, acompanhar na circulação pelo território. Essas são ferramentas cuja potencialidade se



amplia a partir de uma convivência diária do usuário com a equipe e do acompanhamento do percurso de cada um. E são elas que dão particular significado à UAA e a diferenciam de instituições centradas no confinamento e que desconsideram a subjetividade, como as CTs.

A UAA é um serviço residencial, e, como tal, visa a ser um espaço projetado para acolhimento, hospitalidade e convivência. Vale destacar que a possibilidade de habitar e o enriquecimento das redes sociais são eixos centrais na proposição de ‘reabilitação como cidadania’<sup>19</sup>.

O habitar está relacionado a um grau de apropriação do espaço onde se vive, ao sentimento de pertencimento e à contratualidade. Por isso, compreende-se que, na UAA, os atos da vida cotidiana, como comer, falar, dormir, caminhar, trabalhar, trocar afetos e mercadorias, acontecem em lugares e tempos diferentes para cada um. Em instituições de internação hospitalar ou em comunidades terapêuticas, essa cotidianidade não é validada. Para cada ato existe uma regra, e a regulação não abre possibilidade para que o usuário se aproprie do espaço de forma individual. Em tais situações, não se habita, se ‘está em’. Onde não há meios de exercer a singularidade, existe a rigidez nas normas de convivência e uma série de proibições, a partir de ações voltadas para a generalização e a manutenção da condição de tutela<sup>20</sup>.

A apropriação é um processo psicológico de ação e intervenção sobre um espaço, a fim de transformar e personalizar. Esse sistema de influência sobre os lugares envolve as formas e os tipos de intervenção sobre ele que se traduzem em relações de posse e apego. A apropriação exprime uma forma de ocupação do espaço e

consiste em produzir diversidade ao investir o espaço de intenções e atos que permitem ao indivíduo sobreviver à banalidade do cotidiano e dar-se a si mesmo uma identidade<sup>17(83)</sup>.

A UAA demonstra um tipo de organização flexível que possibilita a expressão de alguns mecanismos de apropriação por parte dos acolhidos. Existem algumas regras de convivência

na unidade, assim como em todo espaço social. Contudo, é possível aos acolhidos algum grau de intervenção para estruturar o espaço de acordo com seus próprios critérios.

Já a contratualidade implica a abertura de espaços de negociação, ou seja, aumentar possibilidades de trocas. As instituições formais e informais da comunidade representam recursos, com infinitas possibilidades de articulações entre serviço, usuário e comunidade, que são capazes de produzir sentido e contratualidade<sup>20</sup>.

Considerando-se a organização diária da unidade, é possível observar importantes pontos de oposição entre as UAAs e as CTs. A UAA, como apresentado nesse eixo, garante o cuidado singularizado e em liberdade, seguindo a lógica da redução de danos e da atenção psicossocial. Enquanto isso, as CTs, de acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017<sup>10</sup>) e o Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras<sup>12</sup>, têm seu funcionamento baseado na imposição de abstinência, no isolamento, na restrição do convívio social e defende uma política de internação prolongada.

Diante da baixa assistência de serviços públicos voltados para os usuários de drogas, a população tende a buscar recursos próprios para lidar com essas questões. Nessa circunstância, as CTs são uma resposta possível da população, e, embora desempenhem função de suporte social, também apresentam inúmeros problemas de violação aos direitos humanos, assim como rigidez das normas, desconsiderando um cuidado que respeite a singularidade de cada um<sup>21</sup>.

## Relação com o território

Parte importante do trabalho realizado durante o acolhimento na UAA é a aproximação com as organizações e os atores sociais do território. Inclui-se aqui o diálogo com os moradores da região, os comerciantes, a associação de moradores e outros agentes, de forma a promover a reinserção do usuário na comunidade.

Essa aproximação ocorre em situações nas quais o profissional acompanha o acolhido em atividades no território, de acordo com o PTS, ou a partir de uma avaliação feita pela equipe. Entre tais situações, destacam-se: idas a serviços de atendimento público, como o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e consultas e/ou realização de exames junto à atenção básica; assuntos de ordem pessoal, como idas ao banco, procura de local de moradia para alugar, visitas a filhos em abrigo e enterro de amigos ou parentes do acolhido. São realizadas, ainda, saídas com os acolhidos para atividades de lazer e cultura, como blocos de carnaval, eventos em museus, passeios na praia, participação na festa junina do Caps e teatros.

Destaca-se ainda, na relação com o território, a articulação com a rede intersetorial, especialmente saúde, assistência social, cultura, justiça e educação. É um trabalho que ocorre, por exemplo, quando a equipe, representada por um ou dois profissionais, participa de reuniões e fóruns, como: reunião de território do Cras, Fórum Estadual AD, Fóruns de Saúde Mental, Fórum de Geração de Renda e Cultura e Supervisão do Caps AD.

Os profissionais entrevistados apontam que, ao longo dos anos de funcionamento da UAA, a comunidade passou a enxergar a unidade de forma diferente. No início, a comunidade estava preocupada que um serviço voltado para usuários de drogas no bairro pudesse aumentar o número de usuários circulando na região. Atualmente, a concepção que a comunidade tem sobre a UAA é outra, e alguns profissionais relatam que são abordados por moradores da região que solicitam informações de como iniciar o tratamento. Um dos profissionais observou que essa mudança ocorreu justamente devido à inserção das unidades de tratamento para usuários de álcool e drogas (Caps AD e UAA) no território.

A característica territorial da UAA aumenta as possibilidades de trocas, assim como de articulações com diferentes atores da comunidade,

o que também gera questionamentos e conflitos de diversas ordens. Contudo, é importante destacar que conflitos podem ser formas de criar diálogos, repensar práticas e construir novas respostas. Saraceno<sup>20</sup> observa que o conflito em si também é recurso para o serviço de saúde, e que, por isso, faz-se importante pensar na criação de condições para a sua expressão e para sua superação. Não o seu silenciamento.

É comum pessoas pedirem informações, chegando até a confundirem a UAA com o Caps AD. Uma das profissionais entrevistadas conta que, de vez em quando, moradores que a conhecem a abordam para falar a respeito de algum usuário, mesmo que ele não esteja mais em acolhimento. A profissional afirma que uma boa relação da UAA com a comunidade favorece as articulações com o território. Por isso, identifica a importância de estar nas ruas, nas praças, sempre se comunicando com as pessoas do entorno.

O trabalho da unidade de acolhimento não se limita ao espaço interno, e apresenta como importante característica a construção de possibilidades com o território. Esse convívio com a comunidade do entorno é necessário para estabelecer e manter uma relação que visa a potencializar a rede de parcerias da UAA, ampliar as formas de cuidado aos usuários, bem como se colocar como um ponto de referência para a comunidade no que diz respeito ao cuidado relacionado ao uso de drogas.

Outra forma pela qual a comunidade acessa a UAA é para comunicar ou avisar sobre algum acontecimento que acredite ser de importância para os profissionais da unidade.

Uma breve ilustração da relevância dessa relação pode ser observada em um caso no qual a vizinha da UAA foi avisar à equipe que um acolhido estava numa rua, a duas quadras da unidade, alcoolizado e se arriscando ao passar na frente dos carros. A equipe pôde, então, se organizar para que dois profissionais fossem até o local indicado pela vizinha. Quando chegaram ao local, havia uma ambulância, que ajudou na avaliação inicial e na condução do usuário até o Caps AD, onde foram realizados

procedimentos para desintoxicação, dando seguimento aos cuidados.

Importante pontuar que, embora a UAA estudada esteja vinculada ao Caps AD de referência, recebe usuários de todas as regiões do município, chegando, inclusive, a acolher usuários de outros municípios do estado, desde que a distância geográfica seja levada em consideração no momento da indicação e na construção do PTS. A UAA tem em sua área de cobertura aproximadamente um milhão de habitantes, além de dar suporte a casos de outras regiões. Em situações assim, é priorizado que as ações do PTS ocorram onde o usuário possua vinculação, no sentido de manter os laços e as relações já estabelecidos, observando a singularidade de cada caso. Desse modo, a UAA se articula tanto com Caps quanto com Caps AD de várias regiões do município. Essa direção de trabalho foi sendo desenhada ao longo dos anos e a partir das demandas dos demais serviços da Raps.

Somente o Caps pode indicar usuários para acolhimento na UAA, o que faz com que a maioria das articulações realizadas seja estabelecida com esse serviço. A relação com os demais componentes da rede intersetorial faz-se a partir da demanda de cada caso acolhido, de forma que essa interlocução é mais bem estabelecida com os serviços da área de cobertura da UAA. Os casos acolhidos de outras regiões, embora tenham articulação com a UAA, dependem mais do Caps de referência do acolhido.

O acolhimento na UAA proporciona lugares de convivência e promove o resgate de vínculos, o que implica que não seja um espaço autorreferente, fechado em si mesmo, fazendo-se contrário a modelos de internação e confinamento. Por meio da oferta de outras formas de convivência e outras formas de negociação, o usuário acolhido na UAA encontra possibilidade de novos arranjos subjetivos.

Frare<sup>22</sup> destaca que o encontro com os outros, com as regras de convivência e com os contratos sociais é o disparador de uma necessidade de organização subjetiva. Entende-se,

assim, que o acolhimento na UAA e o seu modo de lidar com os acolhidos nas situações cotidianas na casa e na cidade abrem possibilidades de outras formas de relação com o uso de drogas, com o tratamento, com os familiares, com o bairro, entre outros.

## Considerações finais

O uso prejudicial de drogas é um campo permeado por muitas disputas – sejam políticas, acadêmicas ou técnicas –, que vêm se intensificando em meio a movimentos de desmonte da atual política pública de saúde mental. A falta de serviços extra-hospitalares e a dificuldade no acesso ao sistema de saúde contribuem para que outros atores, que não a saúde, ganhem espaço. Importantes discussões têm sido levantadas a respeito do apoio e do financiamento que as CTs têm recebido. Essas instituições, em geral, baseiam-se no isolamento e na imposição da abstinência para o usuário de drogas e se utilizam da problemática do uso de drogas para legitimar a internação prolongada, típica da cultura manicomial.

A UAA é um serviço de base territorial do SUS que faz frente à questão das internações voltadas para os usuários de álcool e outras drogas. Na disputa entre modelos de tratamento, as UAAs surgem em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desse modo, pode-se afirmar que as UAAs foram criadas para responder à questão prática de locais físicos onde acolher pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, seguindo a direção do cuidado em liberdade.

Ao longo dos anos de funcionamento, a equipe da UAA estudada desenvolveu várias discussões, desde a compreensão teórica sobre redução de danos, atenção psicossocial, reforma psiquiátrica até questões de cunho mais prático, como normas e regras internas, o que dificultava ou ajudava os usuários acolhidos e facilitava ou não a melhoria de sua qualidade de vida, entre muitos outros

tópicos relevantes. Nesse processo, a equipe foi desenvolvendo sua forma de atuação junto aos usuários, à comunidade e à rede interseccional. É um processo contínuo, que segue em andamento, com reconhecimento de avanços e a clareza de que há ainda muito a ser feito.

Este é um momento de extrema importância para uma avaliação do serviço, da experiência da UAA e dos caminhos que foram traçados, pois faz-se necessário pensar em estratégias que garantam o cuidado em liberdade no território e a redução de danos como direção desse cuidado. O contexto geral de crise econômica e política e os retrocessos nos direitos e nas políticas sociais convocam a pensar em táticas de resistência.

A UAA implica a criação das mais diferentes estratégias para o tratamento das questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, uma vez que lida com as questões do ‘habitar’ – não somente uma casa, mas também a cidade – daqueles afetados mais diretamente pela desigualdade e pela marginalização. Sua característica territorial busca o enriquecimento da rede social do usuário e o aumento de possibilidades de trocas, assim como articulações com diferentes atores da comunidade, gerando debates e questionamentos de todas as ordens.

Esta pesquisa se propôs a desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma UAA, com intuito de fornecer maior qualidade e contextualização à produção de conhecimento sobre ela. Dessa forma, acredita-se ter sido cumprido o objetivo maior desta pesquisa, que contribuiu para dar visibilidade a esse tipo de serviço de saúde.

Dada a complexidade do objeto, diversos pontos levantados neste estudo necessitam ser aprofundados, o que ressalta a importância da continuidade de estudos relativos à temática, principalmente em um cenário de disputas no qual discursos manicomialistas e proibicionistas vêm ganhando espaço.

## Colaboradoras

Almeida ALM (0000-0003-1289-6396)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e a interpretação dos dados; para elaboração da revisão crítica do conteúdo; e para aprovação da versão final do manuscrito. Cunha MB (0000-0001-7509-9138)\* contribuiu para concepção; para elaboração da revisão crítica do conteúdo; e para aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Vaissman M, Ramôa M, Serra ASV. Panorama do Tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2008; 32(78-79-80):121-132.
2. Passos EH, Souza TP. Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra as drogas”. *Psicol. Soc.* 2011; 23(1):154-162.
3. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 24 Ago 2006.
4. Neves AGS. As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015 [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2018. 123 p.
5. Brasil. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas [internet]. [acesso em 2019 jul 5]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm).
6. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*. 22 Dez 2017.
7. Brasil. Lei 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. *Diário Oficial da União*. 9 Abr 2001.
8. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Diário Oficial da União*. 13 Mar 2018.
9. Vasconcelos EM. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social; 2016.
10. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017/ Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. Brasília, DF: CFP; 2018.
11. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2067-2074.
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica – Número 21: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília, DF: IPEA; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. 27 Jan 2012.

14. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate*. 2014; (38):593-606.
15. Vasconcelos EM. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Becker H. Método de Pesquisas em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.
17. Fischer Gustave-N. Psicologia Social do Ambiente. Lisboa: Instituto Piaget; 1994.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Articulação de Rede de Atenção. Nota Técnica nº 41, de 2013. Esclarecimentos e Orientações a respeito da republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, republicada no Diário Oficial da União, 21 Maio 2013, nº 96, seção 01, página 41. [Brasília] 2013. [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Nota-Tecnica-Portaria-121-2012.pdf>.
19. Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Rev. Divulg. Saúde debate*. 2014; (52):88-113. [acesso em 2018 mar 12]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
20. Saraceno B. Libertando Identidades. Da reabilitação social à cidadania possível. 2. ed. Belo Horizonte: Te Corá Editora; 2001.
21. Vasconcelos EM, Cavalcante R. Religiões e o paradoxo apoio social/intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. São Paulo: Hucitec; 2019
22. Frare AP. No litoral da casa e do serviço: a psicanálise no serviço residencial terapêutico [tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. 170 p.

---

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 05/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# A clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis

*Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil*

Fabiane Machado Pavani<sup>1</sup>, Christine Wetzel<sup>1</sup>, Agnes Olschowsky<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112809

**RESUMO** O artigo tem como objetivo analisar a prática da clínica com adolescentes na atenção psicossocial, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Utilizou-se a Avaliação de Quarta Geração como percurso teórico-metodológico, tendo como parâmetros avaliativos os seguintes aspectos das práticas em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial: o cuidado em liberdade, intersetorial, territorial, multiprofissional, e singular, buscando como resultados a inserção social, a autonomia e a cidadania. Foram realizadas entrevistas com os profissionais do serviço, e observação participante. A análise ocorreu mediante o Método Comparativo Constante. Evidencia-se a tarefa de construir uma clínica que supere os saberes e as práticas da psiquiatria tradicional, que incorpore o contexto dos adolescentes, e que não tenha como eixo central o diagnóstico. Os resultados sugerem o deslocamento do foco da atenção na doença para o adolescente, considerando seus desejos, suas relações e os sentidos que atribuem às possíveis perspectivas e aos caminhos resultantes dos saberes da clínica. Conclui-se, sobre a necessidade da manutenção do processo de constante questionamento em relação à clínica psicossocial com adolescentes, sua repercussão e sua incorporação enquanto uma possibilidade terapêutica transitória e singular.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescente. Avaliação em saúde. Serviços comunitários de saúde mental.

**ABSTRACT** This article aims to analyze the practice of the clinic with adolescents in psychosocial care, in Psychosocial Care Center for Children and Adolescents. The Fourth Generation Evaluation was used as a theoretical-methodological approach, having as evaluative parameters the following aspects of health practices, from the perspective of psychosocial care: care in freedom, intersectoral, territorial, multi-professional and singular, seeking as results social inclusion, autonomy and citizenship. Interviews were conducted with service professionals and participant observation. The analysis was performed by Constant Comparative Method. The task of building a clinic that overcomes the knowledge and practices of traditional psychiatry is evident, which incorporates the adolescents' context, and that does not have diagnosis as its central axis. There is essential to change the attention from the disease to the adolescent, considering their desires, relationships and the meanings attributed by them to possible perspectives and paths resulting from clinic's knowledge. It is important to maintain the process of constant wondering regarding the psychosocial clinic with adolescents, its repercussion and its incorporation as a transitory and singular therapeutic possibility.

**KEYWORDS** Adolescent. Health evaluation. Community mental health services.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. [fabianepavani04@gmail.com](mailto:fabianepavani04@gmail.com)



## Introdução

O título deste artigo é inspirado na obra do psiquiatra Allen Frances, intitulada 'Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil', e convoca os profissionais da saúde a (re)pensarem o que tem sido feito com as populações específicas – crianças e adolescentes –, em relação às suas necessidades e aos considerados problemas em saúde mental infantojuvenis. Este autor revela preocupação com o processo de medicalização dessas faixas etárias, e os diagnósticos psiquiátricos atribuídos aos adolescentes e às crianças<sup>1</sup>.

Entende-se que 'escrever a lápis' se refere à dinamicidade necessária na dimensão da clínica em saúde mental voltada à infância e adolescência, pois estas são fases marcadas por diversas mudanças, que ocorrem de maneira rápida, variada e singular. Logo, isto deve ser considerado na construção da prática clínica em saúde mental voltada a tal população. Com a expressão 'a lápis' se questionam as práticas clínicas normativas da psiquiatria, nas quais rótulos são produzidos, desconsiderando outras possibilidades explicativas de determinada condição de sofrimento dos adolescentes.

As questões que envolvem a clínica estão relacionadas ao lugar que ela ocupa no campo das intervenções em saúde mental, onde ora é supervalorizada, ora é subvalorizada. Também são consideradas como clínica em saúde mental as intervenções psicológicas, psiquiátricas e/ou psicanalíticas produzidas por estruturas assistenciais que, por vezes, se reduzem a práticas individuais ou grupais centradas na doença<sup>2</sup>.

A clínica na atenção psicossocial possibilita a abertura desses horizontes, considerando as interações do sujeito com: outro sujeito; os aspectos sociais; e os contextos de vida e suas especificidades, de maneira equivalente

às intervenções do campo 'psi', principalmente em relação ao nível de prestígio e importância dado às próprias práticas pelos profissionais que as realizam.

Para ampliar as discussões sobre a clínica nos serviços de saúde, enquanto prática realizada por todos os profissionais que lidam com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, o conceito de clínica ampliada surge visando deslocar a atenção da doença para o sujeito, com seus aspectos biológicos, sociais, individuais e históricos, e com a responsabilização de diversos serviços que prestam assistência a um mesmo usuário<sup>3</sup>.

Com isso, na transformação das práticas da clínica em saúde mental das últimas décadas, a perspectiva psicossocial permitiu visualizar o transtorno mental para além de sinais e sintomas, como forma de expressão do sofrimento e de diferentes experiências humanas. Pode-se observar o seu sentido experiencial, mediante a busca e a ampliação de estratégias terapêuticas voltadas ao protagonismo e ao respeito às singularidades dos sujeitos.

Diante disso, questiona-se se a prática da clínica em saúde mental voltada aos adolescentes está sendo realizada sob essa perspectiva, constituindo um dos maiores desafios estabelecidos no campo da saúde mental relativa à adolescência. Neste sentido, o objetivo do presente artigo é analisar a prática da clínica com adolescentes na atenção psicossocial, a partir do trabalho desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi).

## Material e métodos

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração<sup>5</sup> como percurso teórico-metodológico, e a perspectiva da atenção psicossocial como parâmetro avaliativo, conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Parâmetros avaliativos, tendo como eixo norteador a atenção psicossocial

Parâmetros	Perspectiva da atenção psicossocial
Políticas públicas de saúde mental	Problema de saúde pública na perspectiva existência-sofrimento
Desinstitucionalização	Cuidado em liberdade Territorial e intersetorial
Clínica ampliada	Multiprofissional e interdisciplinar Foco no sujeito/subjetividade Abordagens terapêuticas
Reabilitação	Inserção social Autonomia e cidadania

Fonte: Pavani<sup>4</sup>.

A Avaliação de Quarta Geração tem seu enfoque em um processo participativo, no qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como focos organizacionais para determinar quais informações são necessárias. É implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, e os grupos de interesse são definidos como pessoas que têm alguma conexão com o objeto da avaliação<sup>5</sup>.

Na presente pesquisa, o grupo de interesse incluído foi composto pelos profissionais da equipe do serviço, à medida que a avaliação envolvia as suas próprias práticas. Entendeu-se que tal participação seria fundamental, tanto na direção de sua expertise, em relação ao objeto da avaliação, quanto de seu protagonismo, na utilização dos seus resultados.

Como cenário, optou-se por um Capsi localizado no município de Porto Alegre (RS), no território norte/nordeste, que atende, em média, 200 pacientes por mês. Referência entre as unidades de saúde da região, funciona das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, e possui equipe multidisciplinar composta por: enfermeiros (2), assistentes sociais (2), terapeuta ocupacional (1), médicos (3), nutricionista (1), técnicos de enfermagem (2), psicólogas (3), professor de educação física (1), professor de artes plásticas (1), pedagoga (1) e auxiliares administrativos (2). Como também se configura em um espaço de formação, por

ele circulam alunos da residência multiprofissional e estagiários de enfermagem.

O trabalho de campo ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018, sendo desenvolvido de acordo com os passos adaptados da Avaliação de Quarta Geração<sup>6</sup>: contato com o campo; organização da avaliação; identificação do grupo de interesse; desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas; e preparação e execução da negociação.

O ‘contato com o campo’ foi caracterizado, inicialmente, pelos encontros com a coordenadora e a equipe do Capsi, quando a pesquisa foi apresentada, visando ao aceite em participarem. Essa fase foi fundamental, no estudo participativo, para que todos entendessem a proposta e se comprometessem como participantes.

Na ‘organização da avaliação’, a tarefa principal foi ganhar o direito de entrada e a realização da etnografia prévia, esta que pode ser compreendida como o período em que o avaliador vive e experiencia o contexto do serviço a ser pesquisado, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, mas conhecendo normas sociais, políticas e culturais dos costumes, das práticas e das convenções do contexto a ser pesquisado. Isto possibilita ir além do senso comum, aprofundando percepções e observações que auxiliam na interpretação das entrevistas e dos resultados. Esta etapa envolve a construção de uma relação de confiança do avaliador com o grupo

de interesse e o conhecimento do contexto do cotidiano do serviço, sem ainda iniciar a avaliação<sup>5</sup>. Para isso, foi utilizada a observação participante, totalizando cerca de 150 horas. Concomitantemente a essa etapa, foi realizada a identificação do grupo de interesse, incluindo todos os profissionais que compunham a equipe do Capsi no momento da pesquisa, totalizando 15 participantes.

Em seguida, partiu-se para a etapa de ‘desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas’, que consistiu em entrevistas mediante a aplicação do Círculo-Hermenêutico Dialético. O termo ‘hermenêutico’ se refere ao caráter interpretativo, e o ‘dialético’, à possibilidade de comparação e contraposição de pontos de vista divergentes no processo, tendo como objetivo a obtenção de uma síntese elaborada por todos os participantes<sup>5</sup>. A primeira entrevista foi realizada com uma questão aberta, solicitando ao participante que falasse livremente sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no Capsi. Posteriormente, durante a transcrição e a análise da primeira entrevista, foram obtidas questões, preocupações e reivindicações iniciais. Na segunda entrevista, com outro participante, solicitou-se, inicialmente, que ele também falasse sobre a questão aberta apresentada ao primeiro entrevistado. Ao término de sua manifestação, foram apresentadas questões que não haviam sido abordadas espontaneamente por ele, mas que surgiram na entrevista anterior, sendo-lhe solicitado que manifestasse a sua opinião a respeito. Isso se repetiu com os demais participantes, de modo que cada entrevista foi seguida imediatamente pela sua análise. Isto tornou o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, nas quais, além de falar sobre as suas próprias construções, os participantes foram convidados a comentar os assuntos citados nas entrevistas anteriores. Já a ampliação das construções conjuntas buscou o aprofundamento e a sofisticação das questões que emergiram no Círculo-Hermenêutico Dialético, através do segundo momento da

observação participante. Esta etapa focou nas práticas desenvolvidas no Capsi voltadas aos adolescentes, e totalizou 150 horas.

Por último, a etapa de preparação e execução da negociação envolveu a organização do material empírico e sua apresentação a todos os participantes. Essa apresentação ocorreu no dia da reunião de equipe, o que possibilitou que todos pudessem participar. A negociação foi realizada de forma a honrar os princípios da avaliação participativa, na qual o avaliador foi um mediador e facilitador, e tudo o que emergiu do grupo foi considerado resultado da deliberação e decisão dos participantes. A negociação é um mecanismo que propicia aos participantes da pesquisa modificarem ou afirmarem a credibilidade das construções realizadas<sup>5</sup>.

O método utilizado exigiu que a análise e a produção de dados fossem concomitantes, tendo sido escolhido o Método Comparativo Constante<sup>7</sup>. As questões que emergiram no processo avaliativo foram agrupadas em duas grandes categorias: organização e processo de trabalho no Capsi; e redes e políticas. Neste artigo, apresentam-se os resultados que constituíram uma das subcategorias da organização e do processo de trabalho no Capsi: as práticas em saúde mental relacionadas à clínica no Capsi. Esta subcategoria é composta por temas relacionados às práticas clínicas voltadas aos adolescentes, tais como: a despatologização das adolescências; a consideração do seu contexto de vida; a ênfase nas suas potencialidades, em detrimento das incapacidades; e a relação dos adolescentes com a medicação.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAEE – 88236718.0.0000.5347, parecer – 2.728.346) e da instituição coparticipante (CAEE – 88236718.0.3001.5530, parecer – 2.805.823). Os princípios éticos foram assegurados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A confidencialidade destes foi garantida pela substituição dos nomes pela letra ‘P’, de profissional, seguida pelo número da entrevista.

## Resultados e discussão

As características da adolescência podem ser compreendidas a partir de mudanças em âmbito individual, como o desejo de originalidade, a constituição da identidade e a afirmação da autoimagem, e alterações biológicas. Já em nível social, podem ser citadas a busca pela autonomia, autenticidade, a construção de novos códigos de conduta e comportamento social<sup>8</sup>.

No processo avaliativo, a equipe considerou que um dos desafios da prática da clínica com adolescentes no Capsi está relacionado à necessidade de identificação e reconhecimento das características que são esperadas nessa etapa da vida.

*É complicado porque os pais patologizam muito questões da adolescência: 'Ah, porque ele faz tal coisa, o quarto está uma bagunça, porque está sujo, tem meia fedorenta, não sei o quê'. 'Tá, mas só um pouquinho, isso faz parte da adolescência'. Ela quer colocar aquilo dentro do processo de adoecimento, e aquilo é dentro de um processo normal de uma adolescência. (P11).*

*A gente tenta fazer com que eles pensem sobre o que é que está acontecendo, que esse adolescente está dessa maneira, porque a adolescência é uma fase que passa, e assim como ela passa, ela pode passar os sintomas também. Depende como os adultos vão trabalhar essas manifestações, que estão sendo apresentadas por 'N' motivos. A gente fala bastante da questão, que o comportamento dele é que se assemelha a uma patologia, que ele apresenta. (P12).*

Dessa forma, destaca-se a importância de considerar os modos de desenvolvimento e os diferentes marcos que cada adolescente possui na trajetória criança/adulto. A individualidade e a imaturidade não devem ser confundidas com doenças<sup>1</sup>. A partir disto, sugere-se que uma avaliação cuidadosa e criteriosa seja um aspecto considerado importante na prática da clínica em saúde mental com adolescentes, na direção psicossocial.

Essa questão está relacionada à linha tênue entre normalidade e anormalidade estabelecida com o movimento de patologização da adolescência, em que os comportamentos dessa fase podem estar desvinculados das formas de interação com a vida e com o mundo, desconsiderando, assim, todos os outros fatores que estão envolvidos nessas manifestações.

A patologização da adolescência pode ser compreendida pela busca do enquadramento dos adolescentes 'desviantes', mediante explicações organicistas, métodos estatísticos de classificação, diagnósticos de cunho fisiologista e terapias de adaptação para quem foge às regras, às normas e ao padrão estabelecido pela sociedade<sup>9</sup>. Isto é, todos os que não se comportam adequadamente frente ao padrão normativo são passíveis de serem desviantes, e por isto, são submetidos a processos que identificam e lhes atestam transtornos mentais e, em consequência, a incapacidade de corresponderem a expectativas sociais: crescer, estudar, trabalhar, casar etc.

A patologização da adolescência vem ocorrendo por processos de julgamento, condenação e sentença, comumente relacionados à medicalização, ao controle e à judicialização do adolescente, com respaldo em laudos médicos, psicológicos e fonoaudiólogos, entre outros<sup>10</sup>. Aponta-se, ainda, o caráter tendencioso da patologização, não só dos adolescentes, no atual contexto político-social brasileiro, mediante a culpabilização das pessoas pelos problemas estruturais relacionados às condições socioeconômicas precárias em que vivem<sup>11</sup>.

Uma constante análise crítica das práticas realizadas nos serviços, principalmente de saúde mental, é fundamental, buscando o enfrentamento dos processos de patologização, os quais, sob a ótica da normalização, representam um retrocesso nos movimentos de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no campo da infância e da adolescência.

Isso não significa que não haja adolescentes em grave sofrimento mental, e a necessidade de diagnosticar como uma das dimensões das práticas de saúde mental. O problema está no



diagnóstico de transtorno mental superficial e precoce, diante de manifestações da própria fase adolescência, vistas como ‘aborrescência’. Almeja-se alertar sobre a existência de um movimento gradual<sup>11</sup> que vem ocorrendo, com o constante ingresso à carreira psiquiátrica precoce, em internações psiquiátricas, como principal forma de cuidado em saúde mental à população infantojuvenil.

Nem todas as manifestações comportamentais, físicas e psicológicas devem se referir a quadros patológicos. A inclusão das especificidades da fase adolescência, somada a seu contexto e a uma avaliação detalhada, longitudinal e singular, pode auxiliar na identificação precoce de casos, aperfeiçoando, assim, o rastreamento efetivo para diagnosticar casos moderados/graves, em detrimento do rastreamento, ainda impreciso, como proposto pela Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017<sup>10,12</sup>.

Nesse sentido, a importância de o diagnóstico não se sobrepor às práticas do Capsi é defendida no processo avaliativo. Identifica-se que o diagnóstico em saúde mental é importante, mas não é tudo.

*É um dilema difícil, que eu enfrento muito, e os colegas também devem enfrentar: dar ou não dar um diagnóstico? Quando dar um diagnóstico? Que diagnóstico dar? [...] Na adolescência, existe até uma questão d’eles não aceitarem determinados rótulos. Às vezes, tu arranja um problema. Tu resolves uma questão legal para os pais e arranja um conflito tremendo com o teu paciente. Ele se revolta contigo porque tu disse que ele é tal coisa. Não é fácil. (P5).*

*Diagnosticar certamente é uma coisa fundamental, e eu diria que nós fazemos. Isto é bastante polêmico... Diria que nós fazemos muitos diagnósticos aqui. Diagnosticar é dar uma palavra, um nome ou até vários nomes, várias palavras para o que está acontecendo com o adolescente, e isso não necessariamente precisa ser um transtorno psiquiátrico em específico. O diagnóstico é uma coisa importante, mas não é tudo. (P10).*

Diagnosticar na adolescência é considerado uma prática com desafios por se tratar de uma fase em que o adolescente atravessa situações que vão além do ato de definir qual o seu diagnóstico, ou as opções terapêuticas.

Na prática da clínica com adolescentes, o diagnóstico não é uma construção somente nosológica, mas também referente às condições sociais, familiares e institucionais que envolvem cada caso, e que, de fato, possibilitam construir intervenções úteis aos adolescentes, pois conhecer o nome da enfermidade raramente ajuda na integração das ações de cuidado. Uma das principais dificuldades reside, em alguns casos, em diagnosticar quadros sintomáticos, diferenciando-os, estruturalmente, das alterações subjetivas e comportamentais ocorridas na própria adolescência. As práticas podem ser orientadas por hipóteses diagnósticas que não engessem a escuta e que orientem a intervenção<sup>12,13</sup>.

No geral, ressalta-se que a avaliação em saúde mental com adolescentes deve ser feita gradualmente, e, acerca do diagnóstico, este deve ser construído de maneira contextualizada, pois “um episódio de grave desorganização na adolescência, por si só, não define o diagnóstico”<sup>14(98)</sup>.

A clínica tradicional também pressupõe a sua relação com determinada etiologia e a perspectiva futura em termos de prognóstico. Quando as práticas são direcionadas na perspectiva da clínica ampliada, torna-se fundamental a desconstrução de modos explicativos fechados e cristalizados, de forma que o diagnóstico não se sobreponha a uma série de questões do entorno do adolescente.

*Tem a confusão entre diagnóstico, etiologia e prognóstico, que, às vezes, as pessoas não entendem tão bem, colocam tudo isso junto. [...] Por exemplo, o paciente está com o quadro depressivo e o pai, que espanca, maltrata, abusa dele. Pode até ser que ele tenha sintomas de depressão, tristeza, desvalia, desesperança, que ele tenha todas essas coisas, mas isso é apenas o nome da síndrome. A etiologia disso podem ser muitas coisas: genéticas, maus-tratos*



*e, às vezes, se confunde um pouco, pensando no diagnóstico como se fosse uma questão etiológica. As pessoas também confundem que diagnóstico também não é prognóstico. Então, a pessoa pode receber um diagnóstico em determinado momento, mas isso não quer dizer que ele vá ser para o resto da vida aquilo, e que ele não vá poder fazer isso e aquilo. A gente aprende que o diagnóstico é feito no gerúndio. (P10).*

O prognóstico de adolescentes é uma questão importante, relacionada à preocupação com o seu futuro. No modo asilar, o transtorno mental é relacionado às deficiências, desvantagens e inabilidades, entre outras características que marcam a pessoa como doente/incapaz. O prognóstico sentencia a impossibilidade de o sujeito viver em sociedade, dada sua insanidade mental. Já no modo psicossocial, centrado no sujeito e não na doença, trabalha-se com um universo de possibilidades para a sua vida, considerando potencialidades, necessidades e desejos do adolescente<sup>15</sup>.

Ao mesmo tempo em que há uma preocupação para que o diagnóstico não se configure como um rótulo a ser carregado por toda a vida, definindo esse adolescente, o diagnóstico é considerado uma importante ferramenta no direcionamento da prática clínica, no cuidado em saúde mental. Isto leva a um grande dilema, identificado pelos participantes.

*Tu colocares um rótulo num adolescente, ele vai carregar isso para a vida inteira, de alguma forma. Então, não é fácil, não é fácil. Isso é um dilema bem presente aqui. (P5).*

*A gente tem que pensar de uma maneira mais ampla: será que nós também estamos cheios de preconceitos e achamos que um certo diagnóstico é tipo um palavrão? Então, certamente a gente teria que trabalhar com questões das pessoas, da sociedade, em si, aceitar que pudesse ser dado nome aos bois. As coisas têm que ser ditas, porque senão elas ficam num limbo muito escuro, e que fingem não estar ali. (P10).*

Para além da necessidade da superação da clínica tradicional, existem as questões do preconceito e do estigma relacionados a ter um diagnóstico psiquiátrico, já amplamente estudado no campo da saúde mental<sup>16-20</sup>. Porém, o estigma relacionado ao transtorno mental com o público de adolescentes continua sendo um tema pouco pesquisado, tanto na ciência do desenvolvimento quanto na literatura sobre saúde mental<sup>21,22</sup>.

O contexto social de adolescentes é identificado como fator que influencia a compreensão do desenvolvimento e da manutenção do estigma, juntamente com as necessidades e habilidades que estão em desenvolvimento nessa fase<sup>21</sup>.

No processo avaliativo, a relação estigma-diagnóstico evidenciou tensões no campo das práticas da atenção psicossocial, oriundas da incorporação dos saberes da clínica. Um exemplo são as políticas sociais, que exigem que o seu beneficiário tenha um diagnóstico estabelecido, como a política de Benefício de Prestação Continuada, da Assistência Social<sup>23</sup>.

*Existe uma cobrança muito grande, por diversos interesses – às vezes, até financeiros –, de estabelecer um diagnóstico, de definir se o paciente tem isso, tem aquilo, tem direito ao benefício, tem direito ao passe livre, não tem direito a passe livre, coisas assim. Esse é um conflito quase que diário aqui dentro, principalmente para os médicos, porque, quando chega a questão legal, na frente do juiz ou na frente do perito do INSS, diz que querem um atestado de um médico que o paciente tem tal coisa. (P5).*

*Acho que tem que se ver caso a caso e em que sentido está fazendo o benefício para aquela pessoa, naquele momento. Para essa mãe, foi uma luz no fim do túnel, a forma como ela estava se vendo diante as situações com o filho dela. (P8).*

Nesse caso, trata-se de possibilitar acesso a essas políticas, dando respostas às necessidades reais da família, perpetrando a visão da doença como incapacitante. Diante disto,

questiona-se: como é possível trabalhar essa questão na perspectiva da atenção psicossocial?

O ato de diagnosticar um adolescente deve considerar o impacto desse diagnóstico para a família e o sofrimento que ele poderá desencadear. Informar o diagnóstico exige sensibilidade do profissional, para avaliar a repercussão que essa revelação causará na família.

*Uma coisa é diagnosticar o problema, a outra coisa é passar este diagnóstico para o familiar. Isso também faz parte da nossa avaliação. A gente diz para o familiar tudo que ele tem condições de ouvir. Se a gente detecta que o familiar tem uma dificuldade ou um medo muito grande, ou não quer saber do diagnóstico de jeito nenhum, é claro que a gente não vai dar o diagnóstico. Ou, se o familiar está muito a fim de saber o que o caso é naquele momento, também acho que não tem problema d'a gente dar. (P10).*

Os aspectos discutidos, relativos à clínica nas práticas com adolescentes em um Capsi, suscitaram reflexões sobre a organização dessas práticas. Identificou-se que as avaliações devem incluir uma multiplicidade de dimensões, entre as quais: o diagnóstico, o funcionamento da família, as questões sociais e o estigma, atentando para as singularidades de cada caso. O tempo demandado para um atendimento, nessa perspectiva, vai de encontro à lógica produtivista, focada no número de atendimentos, ainda presente.

*As consultas psiquiátricas, elas demoram 45 minutos, uma hora, um pouco mais. Hoje, eu estive, numa primeira avaliação, sentado duas horas. Se fosse todo mundo igual, eu não precisaria ficar essas duas horas aqui, conversando com paciente. Se fosse todo mundo igual, eu poderia dar medicação igual ou falar as mesmas coisas, e isso não é assim. (P10).*

Difícilmente, as estratégias de cuidado do adolescente seguem um padrão, sendo necessário flexibilizar as intervenções durante todo o seu percurso no Capsi, considerando que é

um sujeito em constante modificação (física, psicológica e social) e que, quase sempre, há instituições envolvidas (escola, serviços de saúde, assistência social, justiça)<sup>12</sup>.

Aponta-se, também, a necessidade de que a avaliação dos aspectos relacionados à clínica não se restrinja aos atendimentos individuais, mas que possa ser contextualizada, nas suas implicações, nos modos de o adolescente se relacionar com as pessoas e na forma como esses modos impactam no seu cotidiano. Para isto, por um lado, os profissionais que, tradicionalmente, mais dominam as ferramentas da clínica, devem participar de atividades cujos focos não sejam a dimensão 'psi' do cuidado, e, por outro, os profissionais que não têm, em sua formação, esta centralidade, devem ressignificar tais avaliações em outra direção, que não a centrada na doença.

*A gente acaba priorizando essa questão individual, em detrimento dos grupos. Se eu pudesse trabalhar metade da minha carga horária com grupo, certamente eu faria, é muito rico. Ano que vem, quando tiver o planejamento de novo, certamente vou entrar para algum grupo ou bolar alguma ideia para ter isso. Isso é muito importante. (P10).*

*Eu não tenho formação de psicoterapia, então, eu, num grupo, às vezes, prefiro essa coisa da música, da oficina, onde essas realidades vão poder ser transmutadas, vão poder ganhar um outro colorido, uma melodia, uma rima. E aí, nesse trabalho mais sutil, talvez esses temas vão poder aparecer, mas não necessariamente eu vou ter que enfiar o dedo da ferida. (P2).*

Além disso, julga-se necessário que a avaliação contemple os aspectos físicos dos adolescentes.

*Ah, eu atendo questão clínica. Se vê que um paciente está muito constipado, me mostra, que eu também posso estar atendendo [...] falei isso na reunião de enfermagem, junto com os médicos, para ver se conseguem fazer isso também. (P11).*

Ainda há desafios para concretizar as políticas de saúde mental, na direção de práticas voltadas à integralidade do cuidado nessa área, e atender às demandas das pessoas.

Esse é, provavelmente, o ponto de maior discussão entre atenção primária e atenção especializada em saúde mental. Embora as doenças metabólicas, as cardiovasculares, as de disfunção sexual, os cânceres e a obesidade sejam prevalentes na população em geral, o impacto dessas doenças é significativamente maior em sujeitos com transtornos mentais, pois essas comorbidades os tornam mais propensos a muitos problemas de saúde<sup>24</sup>.

Por fim, é ressaltada a importância da avaliação da saúde do adolescente, na medida em que utilizam inúmeras medicações, e que precisam ser assistidos também frente às necessidades desenvolvidas pela própria administração dos psicofármacos e os efeitos colaterais que ocorrem. Portanto, a questão das comorbidades e a saúde física dos adolescentes atendidos no Capsi precisa ser considerada no desenvolvimento das práticas, assim como mais estudada, a fim de subsidiar a integralidade do cuidado na atenção psicossocial.

Em relação às medicações, foi avaliado que a falta da construção de um consenso implica a não adesão do adolescente e da família ao tratamento, o que envolve um desafio, conforme o exposto a seguir.

*A maioria diz que não precisa de remédio: 'Eu não tenho que estar aqui. Não dá para tirar o remédio?'. Eles não gostam de tomar remédio, então, eu sempre me questiono sobre a relação do adolescente com o remédio, se eles perceberem que o remédio está em função do outro, para facilitar o outro - 'Ah, isso é para ficar me emboletando, para não ficar enchendo o saco deles'. (P1).*

*Ele dizia que só precisava de remédio para dormir, porque não conseguia dormir, estava sempre ligado. Aí, tu dizes: 'Olha, o Capsi não é para isso'; explica: 'O Capsi é assim, vai ser um tratamento assim, assim'. E nenhum concordava com os termos que era para ser o tratamento no Capsi. Tanto é que*

*eles (adolescente e família) não vincularam. Eles não compareceram para nenhum atendimento, nem para o psiquiatra, e isso acontece porque a mãe que vive com o filho, ele faz uma coisa, ela acha que é outra, e não entram num consenso. E aí, vêm para um serviço achando que vai ser 'eu quero exatamente isso, eu defino o tratamento', sem saber realmente o que o adolescente precisava. E sumiram, de novo... Então, isso acontece. (P4).*

*Um menino, há muito tempo, ele tem seus delírios, suas questões, não quer tomar sua medicação. Já tomou várias medicações, mas veio e disse: 'Ah, essa me deu sonolência, essa me deixou acelerado'. Opa, o que tu fazes? (P13).*

Observa-se que não há uma banalização do uso da medicação, mas uma preocupação constante em considerar a compreensão e expectativa do adolescente acerca do seu tratamento, no qual a medicação deve ser pactuada entre ele, os profissionais e os responsáveis.

A melhor prática, nesses casos, é baseada na relação terapeuta-adolescente, em que há a pactuação e repactuação de um conjunto de ações entre os diferentes atores<sup>25</sup>, o que pressupõe organização da rotina e definição de quais ações participam, além da assunção de responsabilidades e do compartilhamento de tarefas. Isto se dá porque sempre existirão divergências entre os integrantes. Pode ocorrer de a equipe querer escolher uma conduta e os adolescentes ou familiares terem resistências para realizá-la.

As práticas em saúde mental voltadas às adolescências são construídas com um trabalho artesanal, contínuo e gradual, em que o vínculo é a tessitura do trabalho em saúde mental, e é nele que a equipe deve investir como caminho para acolher, acompanhar, tratar e pensar, junta, formas melhores de cuidar da saúde mental da população a que assiste.

## Considerações finais

O processo avaliativo, ao evidenciar como um dos focos da avaliação a questão relacionada às

práticas da clínica voltadas aos adolescentes em um Capsi, traz à cena alguns dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira: além da constituição de serviços abertos, comunitários, e que possibilitem o cuidado em liberdade, vale transformar, de fato, o modelo de atenção. Nesta direção, a superação da psiquiatria tradicional e a incorporação dos seus saberes e práticas na perspectiva da atenção psicossocial não têm sido tarefas fáceis. No entanto, é a sua avaliação no cotidiano dos serviços e nas práticas das equipes que possibilita que se lance um olhar para os seus desdobramentos. Este olhar precisa considerar as singularidades de cada contexto, e, em particular, as relacionadas ao cuidado em saúde mental dos adolescentes.

Destaca-se a questão da patologização da adolescência, de forma que a interpretação diagnóstica é estendida à maioria dos comportamentos considerados desviantes, sem relacioná-los às formas de interação desse adolescente com a vida e com o mundo. Além disto, considerando-se o momento importante de transição e mudança, qualquer avaliação diagnóstica também precisa ser situacional, evitando rótulos cristalizados e permanentes, que pouco orientam a ação. Nesta direção, tem-se a proposta da clínica ampliada, considerando eventuais sintomas e diagnósticos de forma contextualizada, e sem ter como foco central a doença e a incapacidade.

O estigma e o preconceito também são preocupações importantes à medida que, com frequência, podem impactar negativamente a vida e as perspectivas futuras desses adolescentes. Contraditoriamente, a equipe avalia que algumas políticas sociais vão na contramão da atenção psicossocial, pois o acesso a elas está condicionado ao diagnóstico psiquiátrico.

Essas transformações na incorporação dos saberes da clínica, em um Capsi, exigem que a organização das práticas também se transforme. A crítica à separação dos atendimentos voltados à avaliação diagnóstica e terapêutica, das atividades focadas no desenvolvimento de potencialidades além da

doença, possibilita questionar também o papel dos próprios profissionais. O trabalho multiprofissional, oriundo de diferentes núcleos formativos, atuando em conjunto, às vezes, reforça essa compartimentalização. Mesmo que algumas categorias profissionais tenham, na sua formação, um foco maior na clínica, esta deve ser ressignificada através de diferentes olhares e práticas.

Enquanto caminho teórico-metodológico, destaca-se que a potência da Avaliação de Quarta Geração possibilitou o aprofundamento pela equipe, considerando a especificidade das práticas em um Capsi e as experiências de sua equipe, enquanto um grupo de interesse central no processo avaliativo. Contribuiu também, ao longo da sua condução, a inclusão do processo de ensino-aprendizagem, tanto para os participantes quanto para a própria pesquisadora, sobre os temas que emergiram.

Em relação às limitações do estudo, aponta-se que, apesar de não ter tido como proposta esgotar a discussão sobre a clínica, foi possível observar que alguns assuntos poderiam ser abordados mais de uma vez, como por exemplo, as implicações das internações hospitalares nas práticas do Capsi e o trabalho com aspectos legais (menor idade) na tomada de decisão do cuidado. Diante disso, alguns aspectos compreenderam a limitação da pesquisadora, dado o tempo necessário para que pudesse se apropriar desses assuntos e para buscar materiais, visando à qualificação necessária para as discussões.

## Colaboradoras

Pavani FM (0000-0002-3858-8036)\* e Wetzel C (0000-0002-9125-0421)\* contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Olschowsky A (0000-0003-1386-8477)\* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Frances A. DSM-5 Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil. [internet]. [acesso em 2020 out 31]. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>.
2. Pitta AMF. O que é Reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 27-36.
3. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):849-59.
4. Pavani FM. Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 286 p.
5. Guba E, Lincoln Y. Avaliação de Quarta Geração. São Paulo: Editora da Unicamp; 2011.
6. Wetzel C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo Participativo [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto; 2005. 291 p.
7. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
8. Marcelli D, Braconnier A. Adolescência e psicopatologia. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Nader AR, Machado AM. Derrubando muros: processos de singularização nas práticas de um CAPS infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* 2019; 30(11):43-54.
10. Moysés MAA, Collares CAL. Controle e medicação da infância. *Desidades.* 2013; (1):11-21.
11. Martins RWA, Silveira L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. *Episteme Transver.* 2019; 10(1):213-27.
12. Oliveira SBC, Monteiro R, Saggese E. O sofrimento psíquico de crianças e jovens nos dias atuais. *Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud.* 2019; (22):51-62.
13. Associação Brasileira de Saúde Mental. Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp; Abrasme; 2019.
14. Oliveira RC. O que leva um adolescente a precisar de internação psiquiátrica? In: Saggese E, Oliveira FH, Teixeira SBS. *Proadolecer: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2013. p. 95-104.
15. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amaranthe P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 141-68.
16. Bard ND, Antunes B, Roos CM, et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev. Latino-Americ. Enfer.* 2016; (24):e2680.
17. Luiz C, Leal E, Galletti M. Desafios enfrentados por usuários da saúde mental. *Rev de Terapia Ocup.* 2018; 29(1):63-9.
18. Camargo PO, Oliveira MM, Herreira LF, et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas.* 2018; 14(4):196-202.
19. Silva JJ, Carvalho JCM. Pontes para a inclusão: O combate ao estigma na doença mental. *Rev Pró-UniversUS.* 2017; 8(2):47-51.
20. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos.* 2019; 26(1):103-121.

21. Heary C, Hennessy E, Swords L, et al. Stigma towards Mental Health Problems during Childhood and Adolescence: Theory, Research and Intervention Approaches. *J. Child Fam. Stud.* 2017; 26(11):2949.
22. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. *Psych. Research.* 2016; (243):469-94.
23. Instituto Nacional de Seguridade Social. Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social [internet] 2020 [acesso em 2020 jan 31]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/tag/loas/>.
24. Silva JC, Moraes MH, Mendes CF. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. *Rev. Inter. Promo. Saúde.* 2018; 1(3):153-62.
25. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique.* 2018; 8(1):173-90.

---

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 07/12/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento: 001



# A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas

## *The standardization of conducts carried out by the Therapeutic Communities*

Klindia Ramos Barcelos<sup>1</sup>, Kallen Dettmann Wandekoken<sup>2</sup>, Maristela Dalbello-Araujo<sup>1</sup>, Bruna Ceruti Quintanilha<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112810

**RESUMO** Neste artigo, foram analisadas as consequências subjetivas decorrentes da internação em uma rede de Comunidades Terapêuticas (CT) a partir das vozes dos egressos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com dez sujeitos. Os resultados são apresentados esmiuçando a terapêutica realizada nas CT. Os participantes a descreveram como baseada em privação de liberdade, dos meios de comunicação e do convívio social, ficando patente que o objetivo é promover o total isolamento e produzir a normatização de condutas. A rede pesquisada configura-se como instituição total por ser idealizada para oferecer internação aos usuários de drogas, entendidos como sujeitos impossibilitados de cuidar de si e que apresentam elevado grau de perigo para todos que estão a sua volta, razão pela qual precisam ser enclausurados e apartados do seu convívio social. Essas instituições ancoram-se em quatro pilares: disciplina, trabalho, convivência e, especialmente, abordagem religiosa, a fim de promover a anulação das subjetividades pregressas, suas singularidades e desejos em prol de uma nova subjetividade – aquela engessada segundo as prerrogativas que vicejam nesses espaços, o que as torna semelhantes aos confinamentos predominantes nos antigos manicômios.

**PALAVRAS-CHAVE** Política pública. Comunidade terapêutica. Saúde mental.

**ABSTRACT** *In this article we analyze the subjective consequences resulting from hospitalization in a network of Therapeutic Communities (TC), based on the voices of the graduates. It is a qualitative research, through semi-structured interviews with ten subjects. The results are presented by examining the therapy carried out in the TC. The participants described it as based on deprivation of freedom, the media and social life, making it clear that the objective is to promote total isolation and produce the standardization of conducts. The researched network is configured as a total institution because it was idealized to offer hospitalization to drug users, who are seen as subjects unable to take care of themselves and who present a high degree of danger to everyone around them, which is why they need to be cloistered and severed from their social coexistence. Those institutions are anchored on four pillars: discipline, work, coexistence and, especially, on the religious approach, in order to promote the annulment of past subjectivities, their singularities and desires in favor of a new subjectivity – one that is immobilized in accordance with the prerogatives that thrive in those spaces, which makes them similar to the predominant confinements in the old asylums.*

**KEYWORDS** *Public policy. Therapeutic community. Mental health.*

<sup>1</sup>Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam) - Vitória (ES), Brasil.  
kallendw@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Vitória (ES), Brasil.



## Introdução

A partir de 1990, verifica-se um aumento considerável na procura por tratamento para aqueles que fazem uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SP) e a expansão do número de Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil<sup>1</sup>. Essas instituições surgiram em razão do espaço deixado pelas políticas públicas em relação à problemática, visto que somente em 2003 foi promulgada pelo Ministério da Saúde uma política específica<sup>2,3</sup>.

Tais comunidades foram regulamentadas pela Resolução nº 29, de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e em dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088/2011 as incluiu como um dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o que implica financiamento por parte do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4,5</sup>. Elas oferecem um tratamento residencial fechado, fundamentado na concepção de que é preciso mudar a condição, o contexto e realizar a retirada da pessoa do ambiente em que o consumo ocorre, pois se torna necessário que sua personalidade seja transformada para haver a reinserção social. Concordam que a transformação deve ser incentivada por meio de um tratamento com intervenções pessoais e sociais, nas quais se aplicam atribuições e responsabilidades aos internos, entendendo que eles se encontram em um contexto livre das drogas e, por isso, propício para o desenvolvimento de novos valores, como solidariedade, honestidade, responsabilidade, amor e espiritualidade<sup>6</sup>.

Ribeiro e Minayo<sup>7</sup> afirmam que o ideário das CT brasileiras pressupõe que a recuperação e a reabilitação dos usuários só podem ocorrer por meio da evangelização e da conversão religiosa. Além disso, embora cada uma possua suas especificidades, existem algumas diretrizes básicas que lhes são comuns: são constituídas por um sistema bem estruturado que define horários e regras que delimitam, de forma rigorosa, as responsabilidades de cada interno; são construídas, majoritariamente, na zona rural; fundamentadas em normas restritas e na

disciplina – dentre as quais, pode-se destacar: o distanciamento dos internos de seu local de origem, a laborterapia, o trabalho em grupo e a abstinência total do uso de drogas como requisito para permanência no serviço.

Cabe assinalar que essa modalidade de serviço vem recebendo diversas críticas, denúncias e fiscalizações rigorosas, como a realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que culminou na publicação do ‘Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas’. Este documento apontou práticas dissonantes do que preconizam o movimento da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial no Brasil. Dentre elas, sobressaem a falta de respeito à cidadania dos usuários e os métodos que desvelaram indícios de violação de direitos humanos<sup>5,8</sup>. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) também se posicionou contra a regulamentação de tais locais enquanto serviços de saúde por entender que esse tratamento deve ficar a cargo do SUS – em consonância com o que foi deliberado na IV Conferência de Saúde Mental em 2010, na XIV Conferência Nacional de Saúde em 2011 e, sobretudo, na Lei nº 10.216/2001<sup>9</sup>. Além destes, destacam-se: o ‘Relatório da inspeção nacional em CTs’ que constatou privação de liberdade; as claras características asilares e de segregação; a violação de direitos; o rompimento de laços sociais e o emprego de uma abordagem que não privilegia a singularidade do sujeito, uma vez que não dispõe de um projeto terapêutico para cada indivíduo, conforme exigido pela Portaria nº 3.088/2011<sup>10</sup>.

Na esteira das reprovações a esses serviços, Ribeiro e Minayo<sup>7</sup> tecem críticas sobre o enfoque utilizado por essas instituições: a manutenção do distanciamento do sujeito da comunidade, o que leva ao rompimento com os vínculos sociais, comunitários, empregatícios, educacionais e de saúde; o processo de recuperação que não contempla o confronto do indivíduo com o uso de drogas, visto que oferece a ideia de um ‘contexto seguro’ e distante do meio em que o consumo se dá; a

exploração do trabalho, encoberta pelo discurso da laborterapia como recurso terapêutico; a ênfase demasiadamente religiosa; e, ainda, as diversas dissonâncias entre o delimitado pelas políticas públicas e o praticado por tais comunidades. Nesse contexto, Pitta<sup>11</sup> assevera de que tal modelo de serviço apenas enclausura o problema, diante da inexistência de uma intervenção mais efetiva e eficaz por parte do Estado. Além destes, o estudo de Leal, Santos e Jesus<sup>12</sup> revelou que, no estado do Espírito Santo, a solução ofertada às pessoas que fazem uso de vários tipos de substâncias tem sido o isolamento em instituições privadas, clínicas ou CT, revelando uma marcante dissonância com o que é preconizado pela reforma psiquiátrica.

Em face do exposto, fica clara a premência por pesquisas que almejem conhecer o que ocorre nesses serviços e suas repercussões para a vida dos internos. Assim, neste artigo, discutem-se as consequências subjetivas decorrentes da internação em uma rede de CT a partir dos olhares e das vozes dos egressos.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, considerando a perspectiva do egresso desses estabelecimentos como elemento de análise. Para coleta dos dados, foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, visando explorar em profundidade as vivências dos indivíduos<sup>13</sup>. Foram entrevistados 10 homens, maiores de 18 anos, todos egressos da maior rede de comunidades do País<sup>14</sup>. Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 86616218.4.0000.5065 com parecer nº 2.618.473, recebendo posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – CEP/Emescam.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>15</sup>, que compreende três fases: pré-análise; exploração

do material e tratamento dos resultados. Visando anonimato, os extratos de falas foram identificados pela letra ‘E’.

## Resultados e discussão

Com o propósito de enfatizar a análise crítica, os resultados são agrupados na categoria terapêutica realizada; e, para facilitar o entendimento de suas dimensões, subdividida em: as privações vivenciadas, a disciplina, a espiritualidade e o trabalho.

### A terapêutica

Ao serem inqueridos sobre o ‘tratamento’ dispensado nessas instituições, os participantes frisaram que a internação visava ‘algo além’, pois nesses locais, o objetivo não é cuidar das pessoas que fazem uso das SP, mas reeducá-las, o que implica uma mudança de vida, hábitos e sentimentos. Como mostra o relato, o participante parece concordar com o que é efetivado pela CT:

*O intuito da comunidade não é curar de drogas. O que ela te oferece, o que ela quer para você é uma vida nova. [...] lá você vai precisar viver uma vida nova. Uma mudança de vida, de hábitos, de costumes. (E5).*

Natalino<sup>16</sup> aponta que a finalidade última desse tipo de instituição é incutir no usuário uma nova identidade, produzindo novos sujeitos que correspondam ao modelo moral preestabelecido por esses serviços, ou seja, indivíduos disciplinados, produtivos e tementes a Deus. Para tanto, o caminho para essa nova vida é o mesmo para todos os internos: renunciar ao mundo externo, renunciar à vida pregressa em sua totalidade e adotar as ideologias que ali são preconizadas. Espera-se com isso administrar a reinvenção do eu do interno, o que restringe o seu leque de possibilidades de reconstrução de vínculos com a sociedade e fortalece a dependência ao universo moral e disciplinar fomentado por esses serviços.

Santos<sup>17</sup> menciona que a proposta da reeducação é sustentada pela percepção que esses serviços possuem acerca do interno. Nessas instituições, eles são concebidos como indivíduos sem controle de seus impulsos, incapazes de postergar suas satisfações e que visualizam a realidade de forma disfuncional. Logo, são reconhecidos como doentes e moralmente fracos, ao passo que a dependência química é vista como persistente e incurável. O pensamento corrente nesses serviços é de que o estilo de vida dos internos não é condizente com os códigos de normas morais e sociais que regem a vida em sociedade. Além disso, entendem que aquele que faz uso de SP gera conflitos familiares, torna-se manipulador, irresponsável, alienado de suas razões e vontades e torna-se criminoso, pois se envolverá em roubos. Por isso a necessidade de reeducá-lo e reformá-lo moralmente, com intuito de retornar para a sociedade com uma nova identidade que foi forjada pelo código moral que a orienta. Evidenciado no trecho:

*[...] lá [na CT] você vai precisar viver uma vida nova. Uma mudança de vida, de hábitos, de costumes, de acabar com o seu egoísmo, sua arrogância, sua prepotência, que são drogas muito maiores do que as drogas de cocaína. É uma reeducação, isso é vida nova, é mudança de hábito, de costume, pegar na mão igual criança e começar tudo de novo. É assim que tem que ser. (E5).*

Nota-se que os usuários são tomados de forma descolada do contexto social e que atribuem ao uso de SP uma conotação de pecado ou de doença incurável, ou seja, como um problema peculiar ao sujeito e que, por isso, só poderá ser vencido por ele<sup>18</sup>. Cabe, então, questionar: que subjetividades são produzidas por essa reeducação?

Assis, Barreiros e Conceição<sup>19</sup> garantem que quando é proposto um tratamento no qual há necessidade de isolar a pessoa da sociedade com o intuito de moldá-la, a partir de um modo padronizado de existência, o que na verdade acontece é a anulação dos desejos

do sujeito, por meio do bloqueio do processo de construção de subjetividades livres e autônomas. Nesse sentido, apontam<sup>20</sup> que, em tais instituições, a subjetividade de cada interno não é reconhecida e valorizada, posto que todos devem adaptar-se às verdades que ali são preestabelecidas.

Além disso, elas utilizam uma abordagem culpabilizante ao tratar o uso de SP sob a ótica da abstinência, desconsiderando os aspectos históricos, sociais, políticos e econômicos inerentes a essa problemática. Tais ideias são ainda mais evidentes na subcategoria descrita a seguir.

### As privações vivenciadas

Predomina a percepção de que as comunidades se constituem em espaço de privação de liberdade, dos meios de comunicação e do convívio social, até mesmo dos familiares. Fica patente que o objetivo é promover a total segregação e isolamento do mundo externo, e não apenas a ruptura dos pacientes com a substância que os levou a ingressarem no serviço.

Os sujeitos evidenciam que as privações vivenciadas durante o processo de internação se aproximam das que ocorrem nas prisões, uma realidade chocante para aqueles que são internados. As vivências de confinamento foram apontadas como geradoras do sentimento de saudade da família e, também, anunciadas como experiências que resultam em estresse emocional e psicológico. Isso pode ser constatado nos relatos:

*Eu nunca estive internado e, de repente, você se ver preso, fora de casa. Não é uma cadeia, mas você fica privado de várias coisas. Televisão e rádio você não tem, celular não pode usar, sua família fica longe. (E3).*

*Na comunidade [terapêutica] a gente tem que ficar três meses sem ver a nossa família. E ficar esses três meses longe da família é um choque. O tratamento todo é um choque. É uma realidade que choca qualquer um. É um choque você se ver privado de tudo. (E5).*

*Essa situação de confinamento me deixou estressado psicologicamente e emocionalmente, cheguei ao meu limite e quando completei seis meses, saí. E também eu sentia saudades da minha família, porque ficamos afastados de familiares, porque só pode ter visita quando completa três meses, e aí a nossa família vai uma vez por mês só. (E7).*

Os depoimentos são preocupantes e remontam àquilo que ocorria nos manicômios. Há quem defenda as comunidades, alegando que tal comparação não procede, uma vez que a internação na CT é voluntária. Porém, é preciso dizer que, muitas vezes, ela é feita de maneira compulsória com a ajuda da justiça, que, acionada pela família, frequentemente, defere pedidos de internação nesses estabelecimentos.

O tipo de abordagem preconiza que o sujeito só estará apto a retornar à sociedade após pelo menos 12 meses de internação. Os relatos obtidos por meio das entrevistas deixam explícito que são locais de privação de liberdade, fechados e que reeditam o sistema de isolamento, segregação, sequestro e confinamento, predominante nos antigos manicômios e leprosários.

Tais características foram constatadas também em vários estudos<sup>5,10,21-24</sup> que apontaram frequentes práticas que violam o direito de ir e vir do usuário, além de proibirem o uso dos meios de comunicação, o que distancia os internos de seus familiares.

No que concerne à comparação dessas instituições com o modelo manicomial, Fossi e Guareschi<sup>22</sup> assinalam que as privações de liberdade vivenciadas pelos internos são análogas à ideia de tratamento em saúde mental, no qual, aos indivíduos ditos como loucos, restava a exclusão social, a imposição de regras de conduta e o encarceramento em espaços isolados da sociedade.

O isolamento do louco se dava sob a justificativa da periculosidade que ele representava. Atualmente, fundamentam suas práticas na premissa de que a pessoa que faz uso abusivo de SP gera risco para a sociedade e sua família,

pois porta uma doença sobre a qual não possui controle dos instintos, o que a torna perigosa e incontrolável, logo, deve ser confinada. Tal imagem tem sido reforçada pela mídia, o que aumenta o discurso social favorável a internação<sup>25</sup>.

As atuais comunidades, assim como os antigos manicômios, podem ser compreendidas como ‘instituições totais’, visto que possuem caráter fechado e total, expresso por meio das privações e restrições do mundo externo<sup>26</sup>. Goffman<sup>26</sup> ainda afirma que uma instituição total é um espaço de residência e trabalho, construído para afastar do convívio social indivíduos que vivem situações semelhantes de marginalidade, levando-os a viver uma vida formalmente administrada e fechada, marcada pela rotina diária, juntamente com um grupo de pessoas que trazem consigo o mesmo status institucional, que, no caso de nossa pesquisa, é o status de uso abusivo de substância psicoativa. Ressalta que as instituições totais podem ser vistas como estufas para mudar pessoas; para isso, lançam mão de estratégias que rebaixam, degradam, desmoralizam, profanam e mortificam o ‘eu’ do interno, de forma a padronizar uma nova identidade no sujeito.

Nesse sentido, a rede de CT pesquisada é configurada como instituição total por ser idealizada para oferecer tratamento que visa alocar os usuários em locais afastados do convívio social, com obrigatoriedade de realização de atividades diárias e adesão de preceitos religiosos, sob a justificativa de que apresentam elevado grau de periculosidade.

Os internos relatam danos irreparáveis devido ao período em que ficam internados: prejuízos na carreira profissional, no desenvolvimento educacional, no relacionamento amoroso e na criação dos filhos. Alguns papéis legais também podem ser avariados como consequência da barreira que os distanciou do mundo externo, como a perda temporária dos direitos de dispor de dinheiro, de se manifestar em oposição a um processo de adoção ou divórcio, de exercer a sua cidadania por meio



do voto. Por isso, é comum entre os internos a prevalência do sentimento de que o período confinado foi um tempo suprimido, sobretudo em virtude das perdas sociais resultantes do processo de internação.

Os sujeitos deste estudo demonstraram ter sofrido prejuízos no âmbito afetivo e material, manifestando que, após a internação, foram tomados pelo desejo de ter de volta tudo o que foi perdido em função do processo de internação; como pode ser comprovado no relato:

*Quando você tem alta, muitas vezes, você quer aquilo tudo de volta. Eu perdi um relacionamento de oito anos e uma casa, que deixei para trás quando fui internado. Não foi fácil não. Sonhos, planos, eu tive que 'matar' um sonho de ser pai por causa da internação. E às vezes eu me frustro muito, sabe? Muitas das vezes eu olho para trás e vejo que se talvez eu não tivesse me afastado, talvez eu tivesse as minhas coisas ainda. (E3).*

## A disciplina

Constatou-se que a disciplina nesses locais opera por meio da imposição de normas e regras bem rígidas, bem como por meio da punição que poderá incidir sobre o interno, caso este venha a descumprir as regras e normas. Os internos são coagidos a cumprir com todas as regras e horários e são levados a orientar a sua vida diária a partir do que é ditado pela direção. Enfatiza-se que a disciplina imposta se torna tão enraizada e naturalizada pelos internos que as punições e as obrigações não são vistas como tais.

*Na comunidade tem as normas de lá, se você não seguir as normas direito, você é... Eles te eliminam, né? Para você não ficar lá. Só que não tem nada obrigatório que você tem que fazer, não. Você tem uma função lá, por exemplo, minha função era trabalhar na horta. Mas, se eu não fizesse, eu poderia ser mandado embora. (E4).*

*[...] Eu questionava, por que eu não posso isso? Por que não posso passar da cerca? Por que não posso ir à outra casa? Eu era muito questionador, tudo queria saber por que, para quê. Queria entender o processo para aceitar a recuperação. Aí isso gerava atrito com os coordenadores, porque eles pensavam: 'o cara questiona demais', aí eles me deixavam uma semana na horta, para eu parar de questionar, isso me estressava um pouco. A gente não podia ultrapassar esses limites da fazenda, tinha regras, tinha que obedecer. (E7).*

A disciplina que se mostra arraigada nos dispositivos de internação visa obter o controle contínuo e absoluto sobre os sujeitos por meio de recursos disciplinares bem precisos, tais como: controle de posturas, de atividades e tempo, entendidos como imprescindíveis para adestrar esses indivíduos, em que a punição se revela como imperioso instrumento para repressão, a fim de que os internos se sujeitem à disciplina imposta<sup>27</sup>.

Os entrevistados compreendem que são sujeitos que possuem aversão a regras e normas e que, por isso, precisam delas para a sua reeducação. Nesse sentido, Goffman<sup>26</sup> chama a atenção de que é comum nas instituições totais o interno sofrer com o que ele denomina 'lavagem de cérebro'. Isso corresponde ao processo de aceitação do modelo de conduta preconizado pelos seus dirigentes como o melhor para o interno.

Também há privilégios para quem é obediente no cumprimento das regras impostas. Nas CT estudadas, essas vantagens consistem no acesso ao esporte e à leitura de livros. Em contrapartida, como consequência da desobediência, os internos são submetidos a castigos, como a retirada temporária ou permanente dos benefícios. Tanto os castigos quanto os privilégios são entendidos como peculiares às instituições totais. Nestas, não há espaço para as escolhas pessoais, pois elas precisam ser anuladas em face das obrigações específicas. Assim, escolhas simples, como a hora de levantar pela manhã e horário para almoçar, tornam-se problemáticas<sup>26</sup>.



Por último, faz-se também oportuno recorrer à reflexão sugerida por Foucault<sup>28</sup> sobre dispositivos de controle. Para esse teórico, a disciplina visa à fabricação de corpos dóceis, ou seja, corpos submissos, exercitados, de fácil adestramento, que possam ser produtivos e úteis. Desse modo, pode-se dizer que a disciplina proposta nesses serviços tem em vista a produção de corpos dóceis e adestrados para se submeterem ao ideal de tratamento proposto, a fim de serem transformados segundo as prerrogativas moralizantes e normatizantes que operam nesses espaços. Questão esta que, de fato, “limita as possibilidades de resgate da concepção de sujeito e subjetividade no processo de produção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico”<sup>29(178)</sup>.

## O trabalho

Denominado como laborterapia, o trabalho representa 92,90% dos recursos empregados pelas CT brasileiras<sup>30</sup>. Tal preponderância deve-se ao pressuposto de que ele é capaz de gerar autodisciplina e autocontrole, vistos como fundamentais para garantir o sucesso na vida social após a internação.

A concepção do trabalho como recurso terapêutico data do século XVIII, sob influência da teoria do tratamento moral desenvolvida por Pinel. Nele, o trabalho exerce função corretiva, disciplinadora e alienante, empregado como meio para a organização e manutenção do contexto asilar, ao mesmo tempo que se contrapõe à ociosidade. Esse recurso era visto como terapêutico por, supostamente, ser capaz de devolver ao sujeito a racionalidade perdida, reorganizar seus comportamentos e restabelecer costumes saudáveis<sup>31</sup>.

Naquele contexto, a valorização do trabalho se coadunava com os anseios da nova sociedade capitalista, que rejeita a ociosidade e supervaloriza a produtividade. Tal panorama somente foi modificado pela substituição do modelo de tratamento asilar por uma rede de atenção psicossocial de base territorial, na qual o trabalho passou a ser utilizado como instrumento para

reinserção social dos pacientes assistidos pela política de saúde mental<sup>31</sup>.

Nesse ponto, os achados desta pesquisa expressam que tais instituições retomam a concepção do trabalho predominante no século XVIII. Estão evidentes nos discursos dos egressos, uma vez que estes parecem se submeter ao ideal de tratamento proposto, como corpos dóceis:

*Lá trabalha muito, são oito horas por dia. Mas, eu gosto do trabalho, essa é a parte boa, aprendi a tirar leite, fazer pão, biscoitos, bolo, artesanato, terço, comida para 20, 30 pessoas. Até os meninos brincam, eu já brinquei também: ‘olha onde eu vim parar’ com a enxada na mão naquele sol quente. ‘Está vendo, foi usar droga, olha onde você vem parar’. (E10).*

Bolonheis-Ramos e Boarini<sup>23</sup> enfatizam que muitas são as críticas a esse recurso de tratamento largamente utilizado pelas comunidades. Tais críticas estão sustentadas, especialmente, no entendimento de que a finalidade última do trabalho nesses locais consiste apenas na manutenção do funcionamento da própria CT, não abarcando, portanto, qualquer finalidade terapêutica capaz de contribuir para a reinserção social do interno.

Para Melo<sup>32</sup>, o trabalho proposto nesses estabelecimentos não é capaz de oferecer instrumentos de cidadania ou autonomia. Ao contrário disso, desempenha uma função moral disciplinadora, que visa aprisionar e normatizar os internos, segundo os padrões exigidos por essas instituições; e, assim, limitar suas diversas possibilidades de vida, mortificar suas trajetórias e peculiaridades, inculcando-lhes uma nova identidade que traduz as premissas desses espaços.

Considerando que o exercício do trabalho nos estabelecimentos estudados constitui-se em mais uma das tantas tarefas obrigatórias, é necessário questionar se, de fato, esse recurso, da forma como é empregado, pode ser capaz de desenvolver a autoestima e a criatividade do interno. Indaga-se ainda se esse recurso

traz consigo qualquer finalidade terapêutica, no sentido de trazer contribuições para a posterior reinserção social do interno.

Na esteira desses questionamentos, os resultados da inspeção realizada pelo CFP<sup>10</sup> sustentam que as atividades desenvolvidas pelos internos nesses espaços não possuem nenhum objetivo terapêutico. Longe disso, constituem forma de exploração, visando aumentar os lucros do serviço ao substituir a contratação de profissionais pela utilização da mão de obra dos internos que trabalham de forma gratuita e, geralmente, forçados, em condições precárias e sem nenhuma garantia trabalhista. Nesses espaços, o trabalho é utilizado como instrumento de disciplina e punição, não privilegia a expressão individual e não contribui para o processo de reinserção do interno, pois não facilita o desenvolvimento de potencialidade ou de qualificação profissional.

## Religiosidade

Na concepção dos entrevistados, o pilar espiritualidade se materializa por meio da prática da reza do terço, da leitura e vivência da palavra do dia e da participação nas missas. Para esses sujeitos, a vivência dessas práticas é fonte de força para a suposta cura e configura-se enquanto meio para que possam aceitar as regras, anular suas vontades e corrigir comportamentos inadequados.

*A espiritualidade é muito alta lá, muito grande, fortalece muito a gente. Tem os padres, pessoas que estão ali para ajudar a gente. Isso oferece para gente uma vida nova de entender que as coisas não são como eu quero, e que eu preciso aceitar as coisas para ter uma vida nova. Ah, por que não tem televisão? Por que não tem rádio? Por que essa luz é assim? É um tanto de 'por que', não tem mais por que, 'morre' a sua vontade, faz o que tem que ser feito. É para acordar 7 horas da manhã, é para dormir 14 horas da tarde. Aceita, é só isso. As coisas não são do jeito que eu quero, como eu quero. Então essa mudança que a fazenda faz na gente, é aceitar as coisas. (E5).*

Dados publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)<sup>30</sup> mostram que a espiritualidade representa 95,6% dos métodos empregados pelas CT brasileiras. Todavia, a espiritualidade incentivada por esses serviços está, geralmente, atrelada a confissões religiosas utilizadas como meio para promover a fé dos usuários em um ser ou instância superior, visando transformar suas vidas; objetivando enquadrá-los moralmente; amenizar suas dores e sofrimentos e auxiliar na superação do uso de SP. Assim, pôde-se perceber que o termo espiritualidade constante nos panfletos de propaganda da instituição se refere a um eufemismo, visto que por espiritualidade se entende e se pratica uma determinada ordem religiosa, imposta como a correta e única.

Valendo-se do sistema de crenças oriundo do catolicismo, os serviços analisados buscam moldar os internos segundo os preceitos dessa religião, para que um 'novo homem nasça' e o 'velho homem' seja exterminado, ou seja, é preciso que a personalidade pregressa seja anulada para dar vazão a uma nova personalidade, consonante com os modos de vida desejados por essas instituições.

*A gente aprende que existe um homem velho e o homem novo. O homem velho não pode nascer, eu tenho que deixar o homem novo nascer todos os dias. (E5).*

*Morria muito da minha vontade, na fazenda ensina você morrer do seu próprio eu, morrer de si. Tipo assim, a pessoa fez uma coisa que você não gostou e você tem que aprender a ficar na sua, 'morrer' do próprio eu, se você não falar daquilo, você vai ficar tranquilo, não vai fazer nada e deixar, fazer a vontade de Deus. (E10).*

Essa constatação se revela consonante com o estudo de Fossi e Guareschi<sup>22</sup> que indicam que os rituais religiosos, comuns em grande parte desse tipo de serviço, são utilizados como meio para levar o indivíduo à abnegação de suas próprias vontades. Também Medeiros<sup>33</sup> aponta que, nesses locais, o uso de drogas é

tido como doença, maldição, castigo e um mal ‘espiritual’ provocado pela interrupção abrupta do sujeito com os códigos socialmente aceitos. A partir desse entendimento, o caminho para cura consiste na conversão religiosa, pois só assim os internos se tornam aptos a obedecer às ordens que lhes são impostas. Entretanto, essa cura só é possível quando o interno reconhece o próprio desvio ou desobediência e, assim, reflete e se arrepende de seus atos desviantes e pecaminosos. Além disso, os rituais religiosos são utilizados por essas instituições como meio para levar o sujeito a uma condição de fragilidade emocional, vulnerabilidade e humilhação, entendidas como condição indispensável para educar e normatizar os internos – isso porque, nesse contexto, o interno se reconhece como incapaz de cuidar de si e, por efeito, entrega o governo de sua vida aos coordenadores desses serviços. Vale ressaltar que, nas CT estudadas, esses coordenadores, geralmente, são residentes que estão no último mês de internação, trabalham de forma voluntária para manter a rotina destas e não precisam ter formação técnica e/ou acadêmica para ocupar o cargo.

## Considerações finais

Ao se analisar as consequências subjetivas decorrentes da internação em uma rede de CT, verifica-se que ela se constitui meio para normatizar seus internos. Para tanto, ancora-se em quatro pilares: disciplina, trabalho, convivência e, especialmente, abordagem religiosa, a fim de promover a anulação da subjetividade pregressa dos internos, em prol de uma nova subjetividade: aquela forjada segundo as prerrogativas que operam nesses espaços.

A disciplina nesses serviços é explicitada por meio da imposição de normas e regras que administram o tempo dos residentes, a partir de uma rotina padronizada e da adesão

aos preceitos religiosos que ali são professados. Além disso, a punição revela-se como o principal artifício para produzir pessoas humildes, adestradas e obedientes às normas e regras impostas.

Constata-se que a abordagem religiosa empregada é moralizante, disciplinadora, culpabilizante e violadora de direitos. Moralizante por ter como proposta a revisão moral do estilo de vida do sujeito. Disciplinadora, já que utiliza de rituais religiosos como meio para tornar seus residentes humildes para obedecer e aceitar as ordens que lhe são dadas. Culpabilizante por considerar a causa do uso de drogas como problema individual do sujeito, desconsiderando, assim, os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos que perpassam esse uso e fazendo recair sobre o indivíduo a inteira responsabilidade por sua recuperação. Violadora de direitos, posto que a participação nas práticas religiosas, rotinas de horários e trabalho é obrigatória, mesmo que o indivíduo não partilhe do que ali é prescrito.

Essas questões fazem problematizar a eficácia das CT, de forma que se torna imprescindível a avaliação e o monitoramento por parte do Estado. Outrossim, para além disso, faz-se necessário o devido investimento em dispositivos territoriais, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, a fim de propiciar uma abordagem que busque a autonomia do usuário, com propostas individualizadas e que valorizam as diferentes subjetividades.

## Colaboradoras

Barcelos KR (0000-0001-6959-1759)\*, Wandekoken KD (0000-0002-2326-4880)\*, Dalbello-Araujo M (0000-0002-9950-3358)\* e Quintanilha BC (0000-0002-2826-7183)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 23(11):2309-2319.
2. Costa SF. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serv. Soc. Rev.* 2009; 3(2):1-14.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: MS; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*. 30 Jun 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2011.
6. Sabino NM, Cazanave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. Psicol.* 2005; 22(2):167-174.
7. Ribeiro FML, Minayo MCS. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):515-526.
8. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia; 2011.
9. Conselho Federal de Serviço Social. Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF: CFSN; 2014.
10. Conselho Federal de Psicologia. CFP repudia mudanças na política de saúde mental. Brasília, DF: CFP; 2017.
11. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4579-4589.
12. Leal FX, Santos CCM, Jesus RS. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Text. & Cont.* 2016; 15(2):423-436.
13. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Galindo D, Moura M, Pimentel-Mello R. Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. *Barbarói*. 2017; (50):226-247.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Natalino MAC. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: Santos MPG, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-60.
17. Santos MPG. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: Santos MPG, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 17-36.
18. Loeck JF. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: Santos MPG, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 77-100.

19. Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev. Latino Am. Psicopatol. Fundam.* 2013; 16(4):584-596.
20. Raupp LM, Sapiro CM. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2008; 24(3):361-368.
21. Pacheco AL, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Rev. Psicol. Saúde.* 2013; 5(2):165-173.
22. Fossi LB, Guareschi NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estud. Pesqui.* 23. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-manguinhos.* 2015; 22(4):1231-1248.
23. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-manguinhos.* 2015; 22(4):1231-1248.
24. Ferrazza DA, Sanches RR, Justo JS. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *ECOS. Estud. Contemp. Subj.* 2017; 2(7):363-375.
25. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4665-4674.
26. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Perspectiva; 1987.
27. Amarante P. Entrevista: Paulo Amarante fala sobre a proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Laps; ENSP; Fiocruz; 2017.
28. Foucault M. *Microfísica do Poder.* 29. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2011.
29. Barbosa VFB, Martinhago F, Hoepfner AMS, et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde debate.* 2016; 40(108):178-189.
30. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. nº 21, Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Brasília, DF: IPEA; 2017.
31. Shimoguiri AFDT, Costa-Rosa A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(63):845-856.
32. Melo JRF, Maciel SC. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciênc. Prof.* 2016; 36(1):76-87.
33. Medeiros R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde Soc.* 2014; 23(1):105-117.

---

Recebido em 13/02/2020  
Aprovado em 25/09/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o aleitamento materno

*Perceptions of Health professionals regarding biopsychosociocultural factors related to breastfeeding*

Janaine Fragnan Peres<sup>1</sup>, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho<sup>1</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>1</sup>, Marialda Moreira Christoffel<sup>2</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112811

**RESUMO** O aleitamento materno é uma prática social importante, no entanto, sua taxa no Brasil, aproximadamente 40%, está aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Assim, o objetivo do estudo foi compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o aleitamento materno. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 28 profissionais de saúde de unidades de saúde da família em município do estado do Paraná. A análise de dados foi temática, os quais foram discutidos à luz do referencial do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender. Percebeu-se que o aleitamento materno misto é a prática mais adotada até os 6 meses de vida do recém-nascido e que o trabalho materno atua como a principal barreira que impede a prática do aleitamento materno exclusivo. Aspectos de ordem biológica, cultural e de intervenção profissional também surgiram. Contudo, diversos fatores biopsicossocioculturais que interferem na amamentação exclusiva não foram pontuados como causa do não aleitamento materno exclusivo e desmame precoce. Demonstra-se a importância de profissionais de saúde da atenção primária qualificados e preparados para apoiar a mulher e sua família no processo de amamentação.

**PALAVRAS-CHAVE** Aleitamento materno. Profissionais de saúde. Desmame precoce.

**ABSTRACT** *Breastfeeding is an important social practice, however, its rate in Brazil, approximately 40%, is lower than that recommended by the World Health Organization. Thus, the objective of the study was to understand the perceptions of health professionals about biopsychosociocultural factors related to breastfeeding. Qualitative, descriptive and exploratory study conducted through semi-structured interviews, with 28 health professionals from family health units, in a city in the state of Paraná. Data analysis was thematic and discussed following the Pender Health Promotion Theoretical Model. It was noticed that mixed breastfeeding is the most adopted practice up to six months of life of the newborn, and that maternal work is the main barrier for practicing exclusive breastfeeding. Aspects of biological, cultural, and professional intervention also emerged. However, several biopsychosociocultural factors that interfere with exclusive breastfeeding were not pointed as the cause of non-exclusive breastfeeding and early weaning. The importance of qualified primary health care professionals prepared to support women and their families in the breastfeeding process is demonstrated.*

**KEYWORDS** *Breast feeding. Health personnel. Weaning.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.  
janainefp@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.





## Introdução

A cada dia, novos estudos científicos indicam o leite materno como o alimento primordial para os bebês, sendo incomparável, sustentável e gratuito; que não apenas sacia a fome, mas também supre suas necessidades nutricionais, hormonais e imunológicas<sup>1</sup>.

Entre as inúmeras vantagens do Aleitamento Materno (AM), autores demonstram que crianças que recebem o Leite Materno (LM) por tempo prolongado apresentam menores índices de morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média, menores taxas de mortalidade por causas como a enterocolite necrotizante e a síndrome da morte súbita na infância, maior quociente de inteligência e menos má oclusão dentária; além de evidências já demonstrarem que essa prática pode proteger contra sobrepeso e diabetes no decorrer da vida. Para a mãe, esse ato pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal, reduzir o risco de diabetes tipo 2 e câncer de ovário<sup>2</sup>.

Para um país, o LM também promove incrementos de ordem econômica, seja por meio do aumento do quociente de inteligência, seja pela redução nos custos com assistência à saúde e/ou por possuir sustentabilidade ambiental e não causar poluição, desperdício ou uso de embalagens desnecessárias<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) recomendam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses de vida, ou seja, que o bebê só receba LM, sem outro alimento ou bebida, e que o início da alimentação complementar adequada e segura se dê a partir de então, mantendo a amamentação até os 2 anos de idade ou mais<sup>4</sup>. Contudo, apesar de reconhecidamente benéfico, as taxas de AM no mundo ainda se encontram aquém do preconizado pela OMS. Por exemplo, em média, aproximadamente 44% das crianças com menos de 6 meses são amamentadas exclusivamente com LM<sup>5</sup>.

No Brasil, estudo realizado sobre a tendência

de indicadores do AM nas últimas três décadas apontou que a prevalência do AME entre os menores de 6 meses teve ganhos significativos até o ano de 2006, indo de 2,9% em 1986 para 37,1% no referido ano, porém, com estabilização em 2013, com 36,6%. Por outro lado, a amamentação continuada até o segundo ano manteve-se estável entre 1986 e 2006 (24,5% e 24,7% respectivamente), sendo o único indicador com aumento da prevalência nesse período, elevando-se para 31,8% em 2013<sup>6</sup>.

Desde a década de 1980, diversos foram os esforços empreendidos no País em prol da amamentação, respaldados por políticas públicas baseadas em estratégias de apoio, proteção e promoção do AM como forma de combate à morbimortalidade infantil<sup>7</sup>.

No entanto, existem fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos que influenciam nesse processo e que vão além de uma política específica<sup>7</sup>. Há que se considerar o contexto biopsicossociocultural no qual a mulher está inserida, visto que muitos são os determinantes que exercem influências na iniciação e na manutenção do AM e que, por isso, devem ser criteriosamente avaliados<sup>8</sup>.

Assim, para promover o AME, torna-se imprescindível ampliar a visão sobre a promoção da saúde, admitir que o processo saúde-doença é decorrente de múltiplos aspectos e que, para promover a saúde, não devemos considerar apenas a singularidade dos sujeitos e coletividades, mas reconhecer que o tema está condicionado e determinado pelos contextos social, econômico, político e cultural, o que não se assegura somente pelo setor saúde e demanda articulação e cooperação intra e intersetorial, com ampla participação e controle social<sup>9</sup>.

Todavia, os profissionais de saúde, de forma recorrente, têm considerado a amamentação como ato puramente instintivo e biológico, desconsiderando o processo biopsicossociocultural, dinâmico e relacional que envolve essa prática<sup>10</sup>. Diante disso, o objetivo do estudo foi compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o AM.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa que estudou as crenças, as representações, as percepções e as interpretações dos profissionais de saúde acerca do AM<sup>11</sup>. O estudo integra um projeto multicêntrico, denominado 'Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil', sob coordenação da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa foi realizada com 28 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalhavam em Unidades urbanas de Estratégia Saúde da Família (USF) em município de médio porte na região Oeste do Paraná.

As USF foram selecionadas por amostragem aleatória simples. Para tanto, foi utilizado o aplicativo de celular Random Number Generator para selecionar as USF de acordo com o Distrito Sanitário, totalizando sete USF para a coleta de dados com os profissionais de saúde.

A distribuição por categoria profissional se deu de forma intencional, ou seja, 25% eram médicos; 25%, enfermeiros; 25%, Técnicos em Enfermagem; e 25%, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que a decisão foi de entrevistar pelo menos um profissional de cada categoria em uma mesma equipe da USF. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2018. A princípio, foi realizado contato telefônico com as coordenadoras das unidades com a finalidade de realizar o convite de participação no estudo e, consequentemente, definir as datas e horários para sua realização. Nos dias em que ocorreram os encontros, o pesquisador apresentou a proposta da pesquisa ao participante, informando-o sobre o desenvolvimento e os objetivos a serem alcançados. Visando resguardar a privacidade dos entrevistados e proporcionar segurança para que pudessem expor suas vivências, as entrevistas ocorreram em salas e consultórios da unidade, com porta fechada, somente com o pesquisador e o participante do estudo.

As entrevistas foram realizadas por meio

de um roteiro semiestruturado com as principais questões: qual é a forma mais comum das mães alimentarem seus bebês em sua comunidade? Você acredita que as mulheres de sua comunidade enfrentam alguma barreira que as impeça de alimentar ao seio materno de forma exclusiva?

As entrevistas foram gravadas; e, após a realização de cada uma, foi feita a escuta atenta da gravação e, posteriormente, a transcrição para a leitura textual. A finalização da coleta de dados deu-se quando ocorreu a saturação, ou seja, a partir do momento em que as vivências e as respostas dos entrevistados começaram a se repetir.

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, organizaram-se os conteúdos em quadros sistematizadores para visualizar, de maneira geral, as entrevistas. Na sequência, realizou-se a exploração do material que possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado. Para finalizar, foram realizados o tratamento e a interpretação dos dados, que foram agrupados em duas categorias temáticas, discutidas à luz do referencial do Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MTPS).

O MTPS foi desenvolvido na década de 1980 por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, Estados Unidos, com a finalidade de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de explorar o complexo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde<sup>12</sup>.

O MTPS repousa sobre a concepção de promoção da saúde, definida como aquelas atividades destinadas a aumentar o nível de bem-estar e autorrealização de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade e, portanto, é essencialmente um modelo de enfermagem. Sendo assim, esse modelo pode ser usado para

implementar e avaliar as ações de promoção da saúde e os comportamentos que levam à promoção da saúde, por meio do estudo da inter-relação de três pontos principais: 1) as características e experiências individuais; 2) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e 3) o comportamento de promoção da saúde desejável<sup>12</sup>.

Assim, os profissionais de saúde devem reconhecer os comportamentos que são promotores do AME e identificar os fatores que atuam nessa prática, com a finalidade de minimizar ou impedir as barreiras que dificultam a adoção da prática do AME.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) sob parecer número 2.507.525 e CAAE número: 80711517.8.1001.5238. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de assegurar o sigilo de sua identidade, os participantes foram identificados por códigos, sendo a letra M para os médicos, a letra E para os enfermeiros, as letras TE para técnicos em enfermagem, e as letras ACS para os agentes comunitários de saúde. As entrevistas em cada grupo foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Por exemplo: M1, M2, E1, E2, TE1, TE2, ACS1, ACS2 e assim sucessivamente.

## Resultados

Na caracterização dos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (82%), e a faixa etária variou de 24 a 54 anos, sendo que a idade entre 30 e 39 anos predominou (43%). Entre os 14 profissionais com graduação universitária, 10 têm especialização. O tempo de formação na profissão variou de 7 meses a 29 anos, predominando o período de formação entre 5 e 10 anos (28%). O tempo de trabalho com amamentação predominante foi de 5 a 10 anos (29%), período que coincide com o tempo de formação.

Quanto à formação para o AM, a maioria dos médicos (86%) afirmou não ter realizado nenhum curso e/ou qualificação nessa temática, já a maioria dos técnicos em enfermagem (57%) recebeu algum tipo de treinamento. Entre os enfermeiros e ACS, todos (100%) participaram de cursos e/ou capacitações.

Na análise temática dos dados, produziram-se duas categorias: 'Alimentação do lactente' e 'Barreiras para a alimentação exclusiva ao seio materno'.

### Alimentação do lactente

Os profissionais de saúde entrevistados mencionaram que o LM é o alimento predominante nos primeiros 6 meses de vida da criança. No entanto, afirmam que poucas são as mães que conseguem mantê-lo de forma exclusiva, associando-se ao fato de a mulher não exercer atividade remunerada. *“Como a grande parte das mulheres aqui do bairro não trabalham, ou se trabalham pegam uma licença, elas praticam bem a amamentação”* (M1).

Diante disso, o AM misto ou parcial é o tipo de alimentação mais frequente nessa faixa etária na visão dos participantes da pesquisa, sendo citado por 16 deles, revelando que *“muitas mulheres acabam dando complemento antes dos seis meses”* (E6); e *“acham mais prático começar o aleitamento artificial”* (M6).

Quanto ao tipo de leite utilizado pela mulher juntamente com o LM, observou-se que essa escolha se associa ao nível socioeconômico da mulher e da sua família:

*Elas começam a introduzir o leite que elas têm condições, leite de lata, elas compram esses, geralmente indicado pelo médico, e depois vão para o leite de pacote (ACS6); [ou] algumas, que tem nível social mais difícil, às vezes já começam até com leite de vaca e dando direto leite de vaca e param de amamentar cedo* (M4).

Um profissional de saúde fez menção ao Programa Leite das Crianças, um programa do estado do Paraná que tem por objetivo auxiliar

o combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição gratuita e diária de um litro de leite às crianças de 6 a 36 meses<sup>13</sup>.

*A maioria é fórmula mesmo, mas tem até o programa leite das crianças, que às vezes até está em AME, mas como elas sabem que tem esse programa, elas acabam fazendo o cadastro e pegando e dando, de vez em quando, esse outro tipo de leite, que é leite de vaca de pacote. (E7).*

O AM predominante apareceu em alguns discursos, geralmente associado à *“influência de pessoas da família, como pais e avós, que acabam a dar chazinhos, sucos, porque é bom para cólica, é bom para isso e aquilo”* (ACS4).

Nesse contexto, alguns profissionais de saúde afirmaram que as mães iniciam a alimentação complementar *“geralmente, em torno dos quatro, cinco meses elas já introduzem algumas papinhas”* (M5).

### **Barreiras para a alimentação exclusiva ao seio materno**

Entre os aspectos socioculturais que influenciam na amamentação, os profissionais afirmaram que o trabalho materno é a principal barreira que impede a duração do AME até o período mínimo recomendado, visto que, *“no trabalho privado, elas têm só quatro meses de licença”* (TE6), e a maior parte das mulheres *“trabalha na condição de CLT [Consolidação das Leis do Trabalho], daí tem 120 dias de licença maternidade”* (M6). Além disso, alguns profissionais destacaram que algumas mulheres *“não têm liberação para amamentar, não tem uma creche próxima”* (M3) quando retornam ao trabalho e *“nem sempre a empresa vai permitir que a mãe saia de lá para vir amamentar o bebê”* (TE6).

Emergiram ainda nas entrevistas os aspectos biológicos, que dizem respeito às condições biológicas da mãe ou do recém-nascido e ao manejo da amamentação, alegando que

*[...] geralmente com a pega inadequada fazem fissuras, o que também acaba fazendo algumas*

*mães desanimarem e desistirem da amamentação, por causa da dor (M5), [ou] por conta do bico do seio, mamilo invertido, e as vezes pela condição clínica da criança acabam introduzindo o complemento (E3), bico rachado, mastite, ingurgitamento, que faz, às vezes, elas desistirem (E5), também casos de mãe com obesidade, bebê nasceu e a gente tentou até segundo, terceiro mês, e ela preferiu fórmula, é mais fácil (TE3), tem aquelas que passam por estresse e acaba diminuindo o leite e acaba tendo que entrar com industrializado (TE4); [e,] também eu tenho um grande índice de mulheres com depressão pós-parto, às vezes ela não quer fazer o aleitamento (ACS2).*

Alguns profissionais apontaram os aspectos culturais como uma barreira que impede o AME até o sexto mês de vida, associando-os a aspectos estéticos, mitos e crenças, visto que algumas *“escutam mitos de que o seio cai, que o leite é fraco”* (M5, E1, E4, E5, TE7), ou que *“tem pouco leite”* (E5), *“o leite é só água”* (ACS5), geralmente atrelados à influência das pessoas do contexto familiar:

*[...] porque fica muito com vó, e aí a vó introduz os chazinhos, introduz as sopinhas, introduz as papinhas, muito cedo, porque acha que a criança está com fome, principalmente porque acha que o leite é fraco (E4), [e a crença de achar que o leite] causa gases demais no bebê, que não sustenta (E1).*

Outro aspecto que emergiu nessa temática foi relacionado com *“prescrição de suplementação por pediatras”* (E1), justificando que

*[...] a criança está com o desenvolvimento perfeito, às vezes superiores aos percentis recomendados, e mesmo assim eles entram com suplementação e elas falam que ele [médico] achou que o leite estava sendo muito pouco e precisava complementar. (E1).*

Outros relataram que muitos pediatras prescrevem fórmulas infantis antes dos 6 meses de vida da criança:

*Depois que faz o acompanhamento com o pediatra já vem muitas vezes com a fórmula, então essa é uma dificuldade que eu enfrento aqui, os pediatras costumam fazer a prescrição de fórmulas antes do sexto mês. (E3).*

## Discussão

Estudo demonstra que, embora os índices de AM no Brasil tenham apresentado ganhos significativos ao longo do tempo, os indicadores estão muito aquém das recomendações quanto a sua duração<sup>6</sup>. Além disso, estudo transversal para avaliar o consumo de leites entre menores de 1 ano de idade aponta que 55% das crianças menores de 6 meses recebem LM associado com leite não materno, sendo este a fórmula infantil ou o leite de vaca<sup>14</sup>. Esses dados corroboram a citação dos profissionais de saúde ao AM misto ou parcial como principal fonte de alimentação de crianças até os 6 meses de idade e demonstram que essa forma de alimentação é o comportamento anterior/prévio do MTPS que precisa ser considerado para elaborar as intervenções de saúde e, assim, alcançar o comportamento de saúde desejável, que, nesse caso, é o AME.

O comportamento anterior/prévio do modelo teórico de Nola Pender é definido como os hábitos passados relacionados com a busca da saúde, e está vinculado à concepção de que existem fatores pessoais que interferem diretamente no comportamento e nas ações dos indivíduos para a promoção da saúde<sup>12</sup>.

Nesse contexto, os fatores pessoais, que incluem aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, podem influenciar os resultados da saúde e, por isso, devem se limitar àqueles que são teoricamente relevantes para o comportamento de saúde proposto<sup>12</sup>. Assim, na literatura sobre a amamentação, o uso de chupetas<sup>8,15,16</sup>, mamadeiras e chuquinhas<sup>16</sup>, retorno ao trabalho materno<sup>3,17,18</sup> ou ao estudo<sup>18</sup>, baixo número de consultas de pré-natal<sup>8</sup>, parto cesariano, menor idade materna, multiparidade<sup>16</sup>, entre outras, são fatores

relevantes para a duração da amamentação e, por isso, devem ser considerados quando se deseja alcançar o AME. Todavia, entre essas múltiplas variáveis associadas ao não consumo de AME, os profissionais de saúde entrevistados referiram a questão do trabalho materno, levando a perceber que outros determinantes apontados na literatura como importantes nesse processo não são considerados como causas do não AME.

Quanto aos tipos de leite inseridos na alimentação infantil, estudos demonstram que o consumo de leite de vaca aumenta conforme os meses de idade da criança, comprovando que esse tipo de leite é consumido pelas crianças antes de 1 ano de idade, em especial aquelas pertencentes às famílias de menor nível socioeconômico<sup>14,17</sup>, de acordo com o mencionado pelos participantes do estudo. Nessa conjuntura, acrescenta-se que o consumo desse tipo de leite antes dos 6 meses da criança pode estar ligado ao fato de a família ser inserida em programa social para recebimento de leite e de outras crianças da família receberem o benefício, e a mãe fazer o uso do leite para todas, independentemente da idade<sup>14</sup>, como relatado pelos profissionais dessa pesquisa.

Nessa vertente, verifica-se que os profissionais de saúde reconheceram a renda familiar como um fator sociocultural que pode influenciar na escolha do tipo de leite ofertado à criança. No entanto, torna-se imprescindível que essa variável também seja correlacionada como um fator preditivo no AME, visto que existe associação positiva entre o percentual de conhecimento de puérperas sobre o AM e a renda familiar, demonstrando que puérperas com maior renda familiar apresentaram maior conhecimento sobre o AM<sup>19</sup>.

Dessa forma, esse é um fator que exerce influências no AME e, embora não seja passível de alteração pelos profissionais de saúde isoladamente, oferece uma base para a personalização das intervenções de saúde<sup>12</sup>. Entretanto, destaca-se que a recomendação é de não introduzir leite de vaca na dieta de crianças menores de 1 ano de idade, por ser



pobre em ferro e zinco e ser um dos grandes responsáveis pela alta incidência de anemia ferropriva em menores de 2 anos, além de ser um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo estar associado ao desenvolvimento de atopia<sup>1</sup>.

Assim, diante da impossibilidade do AM ou quando esgotadas todas as possibilidades de relactação, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do grupo etário; e, caso existam dificuldades financeiras para sua aquisição, os profissionais de saúde devem orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura do leite de vaca<sup>1</sup>.

Quanto à menção à introdução de alimentos complementares na dieta de crianças menores de 6 meses, estudo realizado na região Noroeste de Goiás aponta que é comum o consumo de chás e água no primeiro mês, sendo ainda mais acentuado no quarto mês, acompanhado também de outros leites e sucos. Já no sexto mês, mais da metade das crianças consumiam água, frutas, sucos e comida de sal<sup>20</sup>. Esses achados corroboram outro estudo realizado em Minas Gerais, no qual as mães das crianças menores de 6 meses relataram ter dado aos seus filhos papa de frutas e suco de frutas, caracterizando a introdução precoce da alimentação complementar<sup>16</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a introdução de alimentos complementares antes dos 6 meses de idade pode acarretar prejuízos à saúde da criança, pois está associada a episódios de diarreia, doenças respiratórias, risco de desnutrição e menor absorção de ferro e zinco<sup>1</sup>. Adicionalmente, essa prática interfere diretamente na duração do AM e influencia negativamente na duração do AME, sendo um comportamento que precisa ser analisado pelos profissionais de saúde para que ações efetivas sejam realizadas. Nesse âmbito, o MS recomenda, a partir dos 6 meses, a introdução lenta e gradual de outros alimentos, além do LM, visto que, nesse período, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos<sup>1</sup>.

Quanto ao trabalho materno atuar como uma barreira para a amamentação exclusiva ao seio materno, estudo evidenciou que as mães trabalhadoras que estavam em licença maternidade apresentaram menor chance de interrupção do AME nos primeiros 4 meses de vida do lactente, demonstrando que o aumento da prevalência do AME em no Brasil está associada à licença maternidade e que sua ampliação poderia beneficiar milhares de mulheres e seus filhos<sup>21</sup>. Em contrapartida, outro estudo aponta que, mesmo tendo um plano para amamentar e conhecimentos sobre os benefícios do AM, o retorno ao trabalho, juntamente com fatores que não favorecem a continuidade da amamentação, causa a interrupção frequente dessa prática<sup>22</sup>, o que evidencia a insuficiência dos direitos trabalhistas para o cumprimento da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida<sup>23</sup>.

Sendo assim, verifica-se que o ambiente de trabalho pode atuar como uma barreira percebida para a ação, ou seja, um bloqueio real representado por dificuldades e/ou limitações de permanecer na prática do AME, uma vez que, geralmente, quando as mulheres retornam a suas atividades laborais, o seguimento desse comportamento torna-se difícil. Além disso, os fatores psicológicos atrelados ao retorno da mulher ao trabalho podem ser associados a variáveis como autoestima, automotivação e competência pessoal para a continuidade desse comportamento<sup>12</sup>.

No que concerne aos aspectos biológicos, estudo realizado com 276 binômios mãe-lactente atendidos em maternidades no norte de Minas Gerais nas primeiras 18-48 horas pós-parto evidenciou uma elevada prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação, destacando-se a pega inadequada (25,0%) e os problemas com a mama (28,3%), englobando neste último, principalmente, a presença de fissuras e mamilo plano<sup>24</sup>. Outro estudo realizado sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva, constatou que os problemas mamários, como dor e desconforto, estão entre os principais que levam ao desmame precoce,



já o tipo de mamilo também tem influência nessa prática, mas não a impede<sup>25</sup>.

Nesse contexto, o MS afirma que, apesar da sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente; e, muitas vezes, a técnica da amamentação, incluindo a posição e a pega, precisa ser ensinada e observada pelos profissionais de saúde na tentativa de evitar complicações relacionadas com a amamentação e que podem levar ao desmame precoce<sup>1</sup>. Assim, quando os profissionais de saúde desta pesquisa declaram que os problemas relacionados com os aspectos biológicos, principalmente aqueles envolvendo problemas mamários, atuam como uma barreira percebida para o AME, deve-se refletir sobre como está ocorrendo a orientação e o acompanhamento sobre amamentação no pré-natal, no pós-parto hospitalar e domiciliar e o manejo clínico adequado desses casos no sentido de minimizar essas complicações para que não impeçam o AME, pois, de acordo com o MTPS, esses fatores biológicos são variáveis que precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde porque são passíveis de mudança<sup>12</sup>.

Quanto aos aspectos culturais, os mitos e as crenças que envolvem o AM, como o leite fraco, pouco leite, flacidez das mamas e uso precoce de água e chás, sugerem, em sua maioria, a não efetividade do LM e, por isso, são influenciadores negativos da manutenção da amamentação – e a confiabilidade que a mulher dá a esses conceitos exhibe o quanto a intervenção da cultura e a herança dos comportamentos familiares são mentores da conduta materna<sup>26</sup>.

A cultura familiar referida neste estudo também é apontada em uma revisão integrativa sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva, a qual verificou que as pessoas que convivem com a nutriz estão diretamente ligadas à manutenção da amamentação, visto que são dotadas de experiências, crenças e valores culturais repassados de geração que irão interferir fortemente nas práticas maternas, na sua segurança para a amamentação e em seus medos e dúvidas<sup>25</sup>.

Ainda nessa temática, questões culturais envolvendo mitos e crenças relacionados com a amamentação, como as expressões ‘leite fraco’, ‘pouco leite’ ou ‘o bebê não quis pegar o peito’, evidenciam a insegurança da mãe ante o processo da amamentação e podem ser determinantes na introdução precoce de outros alimentos<sup>27</sup>. O que foi também verificado em outra pesquisa, na qual se notou que as mães inseriam outros alimentos na dieta da criança, como farináceos e leite industrializado, com o AM, pela crença de que produziam pouco leite, que seu leite era ‘fraco’, que a criança não pegava o ‘bico’ do seio e que desconheciam dos benefícios do AME<sup>28</sup>.

Essas influências interpessoais, que são os conhecimentos, atitudes ou crenças de familiares, cônjuges, cuidadores de saúde, ou normas e modelos sociais, podem interferir positivamente ou negativamente na prática do AME<sup>12</sup>. Sendo assim, os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos à mulher, relacionados com a prática correta da amamentação, devem valorizar os conhecimentos e as crenças preconcebidos por ela, uma vez que as orientações profissionais, muitas vezes, diferem do saber popular e podem gerar dúvidas e confusão diante do seu seguimento, causando insegurança na nutriz<sup>29</sup>.

No que se refere à prescrição de fórmulas infantis, estudo com a finalidade de identificar a frequência e a justificativa para seu uso em maternidades constatou que 47,5% das crianças avaliadas estavam em uso de suplementos, e apenas 6,88% das prescrições estavam dentro das normas internacionais de recomendação ao uso de fórmulas infantis, como casos de infecções maternas com agentes de alta patogenicidade ou que exijam o uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação<sup>30</sup>.

Nesse âmbito, os próprios profissionais de saúde tornam-se barreiras para a prática do AME, pois, conforme apontado pelo MS, a prescrição desses produtos para crianças que não necessitam desses alimentos deve ser considerada inapropriada, visto que tem impacto negativo na promoção da amamentação e na saúde infantil<sup>1</sup>.

## Considerações finais

Os profissionais de saúde reconhecem que o AME ainda não é uma realidade no Brasil e que o AM misto é a prática mais adotada até os 6 meses de vida do recém-nascido. Além disso, identificam algumas barreiras como impeditivas na adoção do comportamento de saúde esperado, que, nesse caso, trata-se do AME. Entretanto, existem diversos fatores biopsicossocioculturais que não foram pontuados e/ou que estão sendo preteridos pelos profissionais de saúde como causas do não AME e desmame precoce e que precisam ser identificados, pois representam dificuldades e limitações na adoção de comportamentos saudáveis.

Destaca-se a importância de profissionais de saúde da atenção primária qualificados para apoiar a mulher e sua família no processo de amamentação durante o pré-natal, além de na maternidade e no pós-parto. No entanto, na caracterização dos profissionais, constataram-se problemas com a formação para o tema, já que mais da metade dos técnicos de enfermagem e todos os enfermeiros e ACS realizaram cursos/capacitações em AM, ao passo que a maior parte dos médicos não recebeu nenhum treinamento/qualificação nessa temática (ainda mais porque cabe aos médicos prescrever fórmulas infantis). Diante disso, sendo o conhecimento uma ferramenta importante para atuação dos profissionais de saúde, a falta de capacitações em AM pode se tornar um obstáculo para sua prática.

Para promover o AME, portanto, é necessário identificar, seguindo o MTPS, quais são

os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais presentes que atuam positivamente ou negativamente na prática do AM, bem como as barreiras e os benefícios que são percebidos para essa ação, conforme explicitado no decorrer das discussões, para auxiliar na implementação de intervenções e estratégias que resultem em mudanças nos comportamentos de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Refere-se como uma das limitações do estudo e, portanto, indica-se a necessidade de ouvir também as mulheres em processo de amamentação para entender se a sua percepção está refletida naquela que os profissionais de saúde da atenção primária mencionam, pois a comunicação efetiva entre ambos é mister para o auxiliar no processo de AM.

## Colaboradoras

Peres JF (0000-0003-0681-2459)\* e Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)\* contribuíram igualmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho ARS (0000-0002-2300-5096)\* contribuiu para organização da coleta de dados, coorientação da interpretação dos dados, leitura da primeira versão do manuscrito e revisão crítica do conteúdo. Viera CS (0000-0002-0900-4660)\* e Christoffel MM (0000-0002-4037-8759)\* contribuíram igualmente para revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2015.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life-long effect. *Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 20]; 387(10017):475-90. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010247>.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 20]; 387(10017):491-504. Disponível em: <http://scilo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2010.
5. World Health Organization. Infant and young child feeding. *Media Cent* [internet]. 2020 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
6. Boccolini CS, Boccolini PDMM, Monteiro FR, et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 20]; 51(108):108. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140946>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, DF: MS; 2017.
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Couto de Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Pub*. 2015; (49):1-15.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS; 2018.
10. Almeida JM, Araújo S, Luz B, et al. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr (English Ed)* [internet]. Associação de Pediatria de São Paulo; 2015 [acesso em 2019 jan 20]; 33(3):355-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.06.016>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons M. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6. ed. Upper Saddle River: Pearson; Prentice-Hall; 2011.
13. Secretaria da Agricultura e do Abastecimento do Paraná. Programa Leite da Crianças [internet]. 2019 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <http://www.leitedascrianças.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1>.
14. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, et al. Milk consumption in infants under one year of age and variables associated with non - maternal milk consumption Consumo de leites em menores de um ano de idade. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 35(4):407-14.
15. Carvalho JLS, Cirino IP, Lima LHO, et al. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. *Saúde em Redes* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 20]; 2(4):383-92. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/794>.
16. Souza JBPG, Mendes LL, Binoti ML. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora - MG. *Rev APS* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 20]; 19(1):67-76. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15580>.

17. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, et al. Socio-demographic, perinatal and behavioral factors associated to types of milk consumed by children under in six months: birth cohort. *Cienc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2019 jan 20]; 22(11):3699-710.
18. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm.* 2014 [acesso em 2019 jan 20]; 67(1):22-7.
19. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, et al. Mother's social / economic aspects and level of knowledge about breastfeeding Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol - Commun Res.* 2015; 20(2):141-5.
20. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2015; 24(3):465-74.
21. Monteiro FR, Buccini GS, Venâncio SI, et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J Pediatr* [internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2017 [acesso em 2019 jan 20]; 93(5):475-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2017.07.003>.
22. Marcolin M, Marcolin CGDA, Souza AR, et al. Amamentação e os desafios enfrentados pela mulher trabalhadora: um relato de experiência. *J Manag Prim Heal Care.* 2016; 7(1):99-99.
23. Pereira BSA, Kluber TE, Zilly A, et al. O paradigma no direito de amamentar no Brasil The paradigm on the right to breastfeed in Brazil. *Rev Interdiscip Estud em Saúde.* 2017; 6(1):85-95.
24. Barbosa GEF, Silva BV, Pereira JM, et al. Initial breastfeeding difficulties and association with breast Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(3):265-72.
25. Capucho LB, Forechi L, Lima RDCD, et al. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2017; 19(1):108-13.
26. Algarves TR, Julião AMS, Costa HM. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Rev Saúde em foco* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 20]; 2(1):151-67. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912>.
27. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, et al. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(esp): e2016-0044.
28. Sousa ELO, Melo LGNS, Medeiros DMF. Práticas de complementação ao leite materno: concepções de puérperas sobre aleitamento materno e uso de fórmula infantil Breast-milk supplementation practices: conceptions of puerperal mothers about breastfeeding and. *Rev Bras Educ e Saúde.* 2019; 9(2):76-84.
29. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 20]; 36(esp):127-34. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en\\_0102-6933-rgenf-36-spe-0127.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0127.pdf).
30. Sabra A, Sabra Filho A, Corsini L, et al. Frequência e justificativa para o uso de fórmulas infantis, em maternidades, em substituição e junto ao leite materno. *J food allergy* [internet]. 2017; 6(4):115-8. Disponível em: <https://journaloffoodallergy.com/journal/JFA-V6-N4.pdf#page=15>.

---

Recebido em 26/12/2019

Aprovado em 10/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Estudo comparativo entre indicadores assistenciais de saúde bucal na Atenção Básica em Recife, Pernambuco

*Oral healthcare comparative study among indicators in Primary Care, in Recife, Pernambuco*

Laís de Sá Menezes<sup>1</sup>, Cindy Avani Silva Ceissler<sup>1</sup>, Yuri Wanderley Cavalcanti<sup>2</sup>, Nilcema Figueiredo<sup>1</sup>, Edson Hilan Gomes de Lucena<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112812

**RESUMO** A rede de atenção à Saúde Bucal (SB) se ampliou com a Política Nacional de Saúde Bucal, sendo os indicadores ferramentas para avaliar conquistas ou necessidade de mudanças. Este trabalho objetivou analisar indicadores de SB da Atenção Básica por tipo de organização das unidades de saúde em Recife, 2018. Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e analítica com base em dados secundários. Analisou-se a associação entre tipos de organização da Atenção Básica (Unidade de Saúde da Família – USF; Upinha e Unidade Básica Tradicional – UBT) e indicadores assistenciais de SB, através dos testes qui-quadrado e Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ). A cobertura de primeira consulta odontológica e os procedimentos odontológicos per capita apresentaram mediana maior nas UBT, 31,8% ( $p = 0,00$ ) e 0,6 ( $p = 0,127$ ), respectivamente. A proporção de exodontia e procedimentos clínicos foi maior nas USF com mediana 8,2% ( $p = 0,703$ ). As USF foram as que realizaram o maior número de atividades coletivas de escovação dental supervisionada (45,3%,  $p = 0,082$ ) e aplicação de flúor (44,6%,  $p = 0,174$ ). Conclui-se que as UBT apresentaram melhores resultados nos indicadores relacionados ao acesso ao tratamento clínico e as USF realizaram mais ações coletivas de prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Saúde bucal. Modelos de assistência à saúde.

**ABSTRACT** *The Oral Health care network (OH) has expanded with the National Oral Health Policy, and the indicators are tools to assess achievements or the need for changes. This study aimed to analyze the OH indicators of Primary Care Basic by health units organization type in Recife, 2018. This is a cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study, based on secondary data. The association between organization type of Primary Care (Family Health Unity/USF; Upinha and Traditional Basic Health Unit/UBT) and OH assistance indicators was analyzed using the chi-square and Kruskal-Wallis tests ( $p < 0,05$ ). The first dental appointment coverage and the average number of procedures per capita showed a higher median in the UBT, 31,8% ( $p = 0,00$ ) and 0,6 ( $p = 0,127$ ), respectively. The tooth extraction proportion was higher in the USF, with a median of 8,2% ( $p = 0,703$ ). The USF were the ones that performed the largest number of collective activities of supervised tooth brushing (45.3%,  $p = 0.082$ ) and fluoride application (44.6%,  $p = 0.174$ ). It is concluded that the UBT showed better results in the indicators related to access to clinical treatment and the USF performed more collective activities.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Oral health. Healthcare models.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. [laisdesamenezes@gmail.com](mailto:laisdesamenezes@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) é citada em 1920, no Relatório Dawson como uma das formas de organização do cuidado em saúde em níveis de atenção por meio dos chamados ‘Centros de saúde primários’. Em 1978, na Declaração de Alma-Ata, a APS é apontada como o primeiro contato do sistema de saúde, devendo apresentar um olhar ampliado para o cuidado, agindo sob determinantes de saúde que vão além da genética, abarcando os aspectos sociais e físicos nos quais os usuários estão inseridos<sup>1</sup>.

No Brasil, apesar de a APS apresentar aproximações com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), o seu desenvolvimento atribuiu-lhe outro significado. A incorporação de elementos do processo de redemocratização do País e de luta do movimento sanitário brasileiro distanciou-a do reducionismo conceitual e pautou a construção de um sistema público e universal em uma concepção de cidadania ampliada. Assim, para o SUS, em sua criação, optou-se pelo termo Atenção Básica (AB)<sup>2</sup>.

No contexto brasileiro, propõe-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994, como programa prioritário de solidificação, expansão e reorientação da AB, devendo garantir atenção integral ao usuário, com ações de vigilância em saúde, além de compreender e atuar sobre os múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença<sup>3</sup>. A institucionalização da AB se deu por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006, revisada em 2017<sup>4</sup>. Apesar de definir a ESF como estratégia prioritária, a última revisão incentiva outras formas de organização ao retomar o financiamento federal para AB tradicional, o que desfaz o compromisso com a expansão da ESF e com o SUS. Além disso, há a flexibilização da cobertura populacional e do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que segmenta o cuidado, retomando a perspectiva seletiva da APS e favorecendo a desqualificação da AB brasileira<sup>5</sup>.

A inserção da saúde bucal só ocorreu sete anos após a criação da ESF<sup>6</sup>. No entanto, ainda de forma limitada, pois cada equipe de saúde bucal só podia atuar para cada duas ESF. Em 2004, com o Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), deu-se início à expansão de serviços de saúde bucal e à superação do ideário liberal-privatista, buscando uma reorientação do modelo de saúde bucal vigente. A PNSB orienta todos os níveis de atenção, fomentando ações multidisciplinares, intersetoriais e atividades nos âmbitos individual e coletivo de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação<sup>7-9</sup>. No âmbito da AB, essa política aponta para ampliação e qualificação, com estímulo ao vínculo com os usuários e superação do modelo biomédico, considerando a realidade local<sup>10</sup>.

Entretanto, ao longo do tempo, o número de equipes de Saúde da Família (eSF) mostrou-se superior ao de equipes de Saúde Bucal (eSB). No Brasil, de 2002 a 2018, o número de eSF aumentou de 16.734 para 42.975, o que implicou uma expansão da cobertura de 31,9% para 64%. Por outro lado, no período, para as eSB, o País apresentava 4.261 equipes e finalizou o recorte com 26.712 equipes, ampliando de 15% para 40% de usuários cobertos<sup>11</sup>. A mesma disparidade entre a cobertura de eSF e saúde bucal é observada em Pernambuco<sup>12</sup>, e dados do Ministério da Saúde indicam que, em Recife, a cobertura de saúde bucal evoluiu de 19% para 34% no período de 2002 a 2018, enquanto a de saúde da família obteve aumento de 30,7% para 55,9%<sup>11</sup>.

Apesar dos avanços, a reorientação de um modelo assistencial não depende apenas da criação da política pública<sup>13</sup>. Ainda existem desafios no trabalho em equipe, multidisciplinar e interprofissional, além de necessidade de avanços no cuidado integral ao paciente e na formação profissional voltada para o SUS<sup>14,15</sup>. Lima, Antunes e Silva<sup>16</sup> destacam, também, o escasso conhecimento dos gestores de unidades de saúde sobre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e a subutilização



de indicadores de saúde para o planejamento e o controle dos serviços de saúde. Os indicadores de saúde são medidas-síntese baseadas em evidências que apresentam informações importantes sobre a situação sanitária e o desempenho dos sistemas de saúde, o que permite a vigilância das condições de saúde, sendo, portanto, uma poderosa ferramenta para a gestão e a avaliação da situação da saúde em todos os níveis<sup>17</sup>.

A análise dos SIS e dos indicadores de saúde pode auxiliar na concepção de estratégias de aperfeiçoamento da gestão em saúde bucal. Bulgareli et al.<sup>18</sup> e Magri et al.<sup>19</sup> usam o indicador de resolatividade em saúde bucal para comparar a efetividade dos modelos de atenção à saúde na ESF e na AB tradicional e usam os indicadores para subsidiar a tomada de decisão pautada na realidade local.

Em Recife, o modelo de atenção à saúde bucal na AB é dividido em três tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS): Unidades de Saúde da Família (USF) e Upinhas, ambas inseridas na ESF; e Unidades Básicas Tradicionais (UBT), que seguem o modelo tradicional sem divisão territorial ou cadastro de usuários. As USF seguem as normativas da Portaria do Ministério da Saúde nº 2436/2017, com o funcionamento de 40 horas semanais, devendo ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podem fazer, também, parte da composição os agentes de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal)<sup>4</sup>. As Upinhas foram instituídas em 2013 pela gestão municipal como um novo modelo de USF<sup>20</sup> e destacam-se, para o modelo de atenção à saúde bucal, por apresentarem quantitativo equiparado de eSF e eSB. Além disso, apresentam duas modalidades de horário de funcionamento: quando Upinha 24 horas, o atendimento ambulatorial ocorre das 07 às 19 horas; quando Upinha Dia, segue o horário das USF convencionais. Já as UBT são mais antigas e estão em policlínicas ou Centros de Saúde, não havendo composição

mínima de profissionais, nem ACS, e atendem a população descoberta pela ESF.

Dessa forma, observam-se diferenças estruturais, de funcionamento e de processo de trabalho nos tipos de organizações da AB do Recife. Assim, este trabalho objetivou analisar indicadores assistenciais de saúde bucal da AB com relação ao tipo de organização das unidades básicas de saúde na cidade de Recife/Pernambuco, no ano de 2018.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e analítica, realizado com dados secundários extraídos dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), referentes às eSB de UBS de Recife (PE), em 2018. No referido ano, Recife apresentava uma rede de AB de 138 UBS com atenção à saúde bucal. Para o modelo de ESF, eram 117 unidades com 172 eSB, que, de acordo com a gestão municipal, representam uma cobertura de 37% da população. Destas unidades, 106 eram USF e continham o total de 144 eSB; as demais eram quatro Upinhas 24 horas e sete Upinhas Dia, totalizando 28 eSB. Para o modelo tradicional, o município apresentava 21 UBT com atendimento odontológico.

Na pesquisa, foram incluídas todas as UBS com oferta de saúde bucal cujo registro de informações no Sisab permitisse o cálculo dos indicadores do estudo, excluindo as que não possuíam cirurgião-dentista no registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A partir do tipo de organização das eSB da AB (USF, Upinha e UBT), verificou-se o resultado de cinco indicadores assistenciais de saúde bucal à AB: cobertura da primeira consulta odontológica programática, proporção de exodontia entre procedimentos clínicos odontológicos individuais selecionados, média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita na população, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel e ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Para o cálculo dos indicadores foram coletados dados referentes ao número de usuários cadastrados para cada UBT e eSB das USF e Upinhas e ao número de procedimentos realizados especificamente para cada índice. Os dados referentes à população cadastrada foram gerados por meio de relatórios consolidados do cadastro individual no e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), ajustando a data para 31 de dezembro de 2018, obtendo-se, assim, o número de ‘cidadãos ativos’ no relatório de cadastro individual. Ressalta-se que, por não existir um registro exato de pessoas atendidas pelas UBT, esses dados foram estimados com base na população cadastrada na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Todavia, diante da fragilidade desse dado em algumas UBS, quando o contingente populacional registrado foi menor do que o estabelecido na PNAB<sup>4</sup>, considerou-se o mínimo de 2.000 usuários para um cirurgião-dentista

com carga horária de 40 horas, ou a soma das horas de trabalho semanais de um ou mais profissionais até se atingir a soma de 40 horas.

Os dados do número de procedimentos realizados referentes às USF e Upinhas foram obtidos com a Coordenação de Informação e Avaliação da AB da Prefeitura do Recife através dos relatórios gerenciais do Sisab, que têm como fonte a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), por meio do e-SUS AB. Já os dados referentes às UBT foram oriundos de endereço eletrônico de acesso público (<http://tabnet.saude.pe.gov.br/>), que tem como fonte os Boletins de Produção Ambulatorial Consolidados (BPA-C) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

A partir do consolidado calcularam-se para cada eSB (USF e Upinha) e UBT os cinco indicadores investigados no estudo, conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Quadro resumo com os indicadores de saúde bucal utilizados no estudo, método de cálculo e procedimentos incluídos

Indicador	Método de cálculo	Procedimentos inclusos
Cobertura da primeira consulta odontológica programática	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100	Primeira consulta odontológica programática.
Proporção de exodontia entre procedimentos clínicos odontológicos individuais selecionados	Número total de exodontias de dente permanente em determinado município e período dividido pelo número total de procedimentos clínicos individuais no mesmo local e período, multiplicado por 100	Exodontia de dente permanente, aplicação de carióstático, aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, selamento provisório de cavidade dentária, capeamento pulpar, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, acesso à polpa dentária e medicação, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, pulpotomia dentária, raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) e raspagem alisamento subgengivais (por sextante).
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita	Procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos dividido pela população de determinado local	Exodontia de dente permanente, aplicação de carióstático, aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, selamento provisório de cavidade dentária, capeamento pulpar, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, acesso à polpa dentária e medicação, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, pulpotomia dentária, raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) e raspagem alisamento subgengivais (por sextante).
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	Atividade realizada ou não	Escovação dental supervisionada.
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor	Atividade realizada ou não	Aplicação tópica de flúor.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil<sup>21</sup>, Brasil<sup>22</sup>, Silva et al.<sup>23</sup>, Brasil<sup>24</sup>, Brasil<sup>25</sup>, Campos et al.<sup>26</sup>.

O indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática é um indicador de acesso e continuidade do cuidado, em que a primeira consulta odontológica programática refere-se à avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo e terapêutico<sup>21</sup>.

O indicador de proporção de exodontia entre procedimentos clínicos odontológicos individuais selecionados demonstra o tipo de cuidado (mutilador/curativo) ofertado no serviço odontológico<sup>23</sup>. Quanto maior seu valor, maior percentual de extrações dentárias em comparação às ações preventivas e curativas<sup>24</sup>.

A média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita mede a resposta dos serviços odontológicos da AB às necessidades de assistência odontológica. Representa o número médio de procedimentos odontológicos para cada indivíduo em um determinado local e período<sup>25,26</sup>.

As ações coletivas em saúde bucal foram investigadas através dos indicadores de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor. O indicador escovação dental supervisionada corresponde à média do número de atividades de escovação dental com ou sem evidência de placa bacteriana sob a supervisão de um ou mais profissionais de saúde<sup>21</sup>, avalia efetividade na AB e dá noção de acesso a orientações para prevenção de doenças bucais<sup>24</sup>. Já a ação coletiva de aplicação tópica de flúor é realizada em grupos populacionais sob supervisão de um ou mais profissionais de saúde, aplicando-se flúor em gel na concentração de 1,23%, utilizando escova dental, moldeira, entre outras formas de aplicação registrada por pessoa e por mês<sup>21</sup>.

Para análise dos indicadores de atividades coletivas, foi avaliada sua ocorrência ou não, e os demais indicadores foram categorizados em medidas de tendência central e dispersão. Por fim, os dados obtidos foram inseridos em uma planilha do *software* Excel versão 2016 (Microsoft Corp., Estados Unidos). Foram realizados os testes qui-quadrado para análise do

tipo de organização de equipe de saúde bucal com os indicadores de atividades coletivas em saúde e o teste de Kruskal-Wallis para as outras variáveis, considerando-se o intervalo de confiança de 95%,  $p < 0,05$ . Todos os testes estatísticos foram realizados através do *software* Statistic Package for the Social Sciences – SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Estados Unidos).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) sob parecer nº 3.159.947.

## Resultados

Participaram do estudo 166 eSB, sendo 139 de USF, 27 de Upinhas e 9 de UBT. Dessa forma, foram excluídas 5 eSB de USF, 1 eSB de Upinha e 12 UBT, por não possuírem informações registradas no Sisab ou não possuírem informações de cirurgião-dentista registrado no CNES.

Para o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática, observa-se que as UBT apresentaram os maiores valores de mediana (31,8%), enquanto as Upinhas obtiveram o menor valor (5,4%) ( $p=0,000$ ) (tabela 1).

Com relação à proporção de exodontia entre procedimentos clínicos odontológicos individuais selecionados, verifica-se que algumas unidades, no ano de 2018, não realizaram extração dentária. Por outro lado, algumas realizam exodontias em excesso, sendo os valores máximos encontrados em USF e UBT, com 32,7% e 31,6%, respectivamente (tabela 1).

O indicador Média de procedimentos odontológicos básicos individuais demonstra quantidade de procedimentos per capita realizados em um determinado período. Nesse caso, as Upinhas apresentaram uma baixa mediana, isto é, metade das equipes realizaram em média menos de um procedimento (0,3) por paciente coberto pela equipe (tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de saúde bucal por tipo de organização das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica em Recife (PE), 2018

Indicadores	Tipo de Organização		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p <sup>a</sup>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática (%)	USF		11,4	9,6	7,7	0	38	0,000 <sup>b</sup>
	Upinha		7,3	5,4	7,9	0,2	42,1	
	UBT		33,5	31,8	26,3	2,1	88,1	
Proporção de exodontia entre procedimentos clínicos odontológicos individuais selecionados (%)	USF		9,4	8,2	7,1	0	32,7	0,703
	Upinha		8,1	7,5	5,3	0	19,1	
	UBT		10,3	7,5	12,3	0	31,6	
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita	USF		0,5	0,4	0,3	0,0	1,4	0,127
	Upinha		0,4	0,3	0,4	0,0	1,6	
	UBT		0,8	0,6	0,7	0,1	2,1	

Fonte: Elaboração própria com dados SIA/SUS<sup>28</sup> e Sisab<sup>29</sup> (2018).

<sup>a</sup> Valor-p calculado pelo Teste estatístico de Kruskal-Wallis; <sup>b</sup> significância estatística (p<0,05).

Quanto às atividades coletivas, no tocante à realização da ação coletiva de escovação dental supervisionada, as USF realizam mais essa

atividade do que as demais unidades. O mesmo resultado é observado para a ação coletiva de aplicação tópica de flúor (tabela 2).

Tabela 2. Atividades coletivas em saúde bucal por tipo de organização das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica em Recife (PE), 2018

Indicador/Tipo de organização	Sim		Não		Valor-p <sup>a</sup>
	N	%	N	%	
<b>Ação Coletiva Escovação Supervisionada</b>					
USF	63	45,3	76	54,7	0,082
Upinha	9	33,3	18	66,7	
UBT	1	11,1	8	88,9	
<b>Ação Coletiva Aplicação Tópica de Flúor</b>					
USF	62	44,6	77	55,4	0,174
Upinha	8	29,6	19	70,4	
UBT	2	22,2	7	77,8	

Fonte: Elaboração própria com dados SIA/SUS<sup>28</sup> e Sisab<sup>29</sup> (2018).

<sup>a</sup> Valor p calculado pelo Teste qui-quadrado.

## Discussão

O estudo, realizado no ano de 2018, em Recife, apontou que a forma de organização dos serviços de saúde está associada à cobertura de primeira consulta odontológica programática, sendo maior nas unidades básicas de saúde do modelo tradicional. Para os demais indicadores, não houve associação, demonstrando-se uma similaridade na organização e na oferta de cuidado dos três tipos de organização em saúde bucal analisados.

Para o indicador de primeira consulta odontológica programática, observa-se que há diferença entre ser coberto pela ESF ou não, resultado corroborado por Rocha e Goes<sup>27</sup>, que indicam que usuários de áreas não cobertas têm 1,5 vezes mais chance de acesso. Nesse sentido, o presente trabalho, ao comparar tipo de organização das equipes, também compara áreas cobertas e descobertas pela ESF, visto que são características das USF/Upinhas e UBT, respectivamente.

O modelo de atenção da ESF representa um desafio positivo para os profissionais, na medida em que exige a ruptura com o modelo tecnicista vigente na odontologia tradicional<sup>30</sup>. Assim, sugere-se que o melhor desempenho para as UBT no indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática pode ser resultado da persistência da ênfase em procedimentos, característica do modelo da odontologia tradicional. Esse modelo, apesar de garantir o acesso, não considera a continuidade e a conclusão do tratamento, visto que a literatura aponta que profissionais das eSB com formação em saúde da família apresentam mais chances de concluir o tratamento dos usuários<sup>31</sup>.

As eSB vinculadas à ESF apresentam-se mais em conformidade com os atributos da AB, como o primeiro contato, coordenação do cuidado e integralidade<sup>32</sup>. Além disso, a literatura aponta melhor desempenho na resolatividade, ou seja, na razão entre primeiras consultas odontológicas programáticas e tratamentos concluídos, ao comparar a ESF com

UBS do modelo tradicional<sup>18</sup>, podendo esse desempenho variar de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo maior em municípios de menor IDH<sup>33</sup>.

Estudo realizado em Pernambuco aponta influência da equiparação entre eSF e eSB em indicadores de saúde bucal, onde a cobertura de primeira consulta odontológica programática se mostrou duas vezes maior em municípios com equiparação das equipes, quando comparados aos municípios sem equiparação<sup>34</sup>. Tal evidência vai de encontro aos achados deste estudo, visto que Upinhas, unidades com equiparação entre eSF e eSB, apresentaram os menores valores desse indicador, demonstrando que a ampliação da oferta do serviço nem sempre vem vinculada a uma reorientação do modelo de atenção.

Apesar da semelhança de resultados da proporção de exodontias entre procedimentos clínicos por tipo de organização, as USF apresentaram os maiores valores, resultado evidenciado em outros estudos ao comparar a relação de exodontias apenas com procedimentos restauradores<sup>19</sup> e a cobertura de exodontia<sup>35</sup>. Entretanto, uma mudança no perfil dos procedimentos de saúde bucal da AB pode ser verificada nos últimos anos, visto que dados apontam uma predominância de procedimentos restauradores em relação aos cirúrgicos ao longo dos anos<sup>36</sup>. Todavia, devem ser levados em consideração a necessidade da população e os aspectos relativos ao acesso ao tratamento especializado de endodontia, que interferem na escolha do profissional e do paciente acerca da manutenção do elemento dentário, pois fatores locais são determinantes para os resultados dos indicadores<sup>35</sup>.

O estudo aponta que algumas UBS não registraram procedimentos cirúrgicos nos SIS no período investigado. Apesar de o estudo não se propor a fazer uma avaliação qualitativa dos procedimentos realizados na AB, levantam-se algumas hipóteses acerca desses dados. Assim, os cirurgiões-dentistas podem impor algumas limitações de procedimentos realizados, devido à sobrecarga no sistema musculoesquelético,

que são consequência de posturas não naturais e constantes<sup>37</sup>. Além disso, sugere-se que alguns profissionais não realizam procedimentos cirúrgicos sem exames complementares, visto que estudos apontam que apenas 10,8% das eSB de Pernambuco apresentam aparelhos radiográficos<sup>38</sup> e que o tempo de espera para a radiologia no Nordeste é de 1 ano ou mais para 26,2% das eSB<sup>39</sup>. Recomenda-se o aprofundamento de estudos para além da quantidade de procedimentos realizados, voltados para a qualidade do cuidado ofertado em saúde bucal nas UBS do País.

O indicador média de procedimentos odontológicos básicos individuais per capita na população apontou maiores valores nas UBT, apesar de apresentar menos de um procedimento por paciente no ano de 2018 em todos os tipos de organização. Dutra et al.<sup>40</sup> apontam resultado oposto. Segundo seus achados, a produção ambulatorial na AB per capita apresentou valores menores entre a população não cadastrada pela ESF. Tal diferença pode ser resultante do baixo número de procedimentos incluídos no cálculo do indicador, o que pode ter limitado o consolidado de procedimentos realizados no período.

As atividades coletivas realizadas pela AB são ferramentas fundamentais de promoção da saúde, sendo importante evidenciar a realização dessas atividades por tipo de organização das eSB diante das diferenças estruturais, de processo de trabalho e de carga horária. Neste estudo, percebe-se o papel relevante da ESF na realização das atividades coletivas, o que é corroborado por Pereira et al.<sup>35</sup> e por Magri et al.<sup>19</sup>, que obtiveram melhores resultados na comparação entre procedimentos preventivos e curativos para USF. Entretanto, no Nordeste do Brasil, ainda predomina um maior número de procedimentos curativos quando comparados aos preventivos<sup>36</sup>. Dessa forma, as atividades de promoção e prevenção à saúde permanecem um desafio para todos os modelos de AB.

Por outro lado, Viana et al.<sup>41</sup> abordam que a média de escovação dental supervisionada

pode estar relacionada com o processo de trabalho das equipes, sendo melhor para padrões de processo de trabalho considerados satisfatórios pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Assim, Lima et al.<sup>15</sup> enfatizam a necessidade de implementação de ações de prevenção e promoção de saúde, mas também de aumento da resolutividade de ações curativas, de forma a superar os desafios relacionados ao cuidado integral dos pacientes. Portanto, a ESF deve demandar ações que respondam às necessidades de saúde da população, valorizando o equilíbrio entre ações curativas e preventivas. O processo de trabalho mostra-se como um fator a ser considerado. Além disso, estudos apontam poucos profissionais qualificados na área de atuação da saúde coletiva, refletindo o modelo curativista, com foco hospitalocêntrico<sup>14</sup> e que é um obstáculo para a efetividade e o potencial das ações coletivas de atingirem a população<sup>19</sup>.

No entanto, a análise da AB revela limitações nos três tipos de organização de eSB estudados: as UBT apresentaram maiores resultados nos indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e média de procedimentos odontológicos básicos individuais; as Upinhas realizaram menos procedimentos de exodontia; e as USF tiveram resultados mais favoráveis com relação às atividades coletivas.

Por se tratar de dados secundários, obtidos nos sistemas de informação, podem ocorrer possíveis falhas no registro dos procedimentos realizados. Assim, os resultados devem orientar a avaliação dentro de um contexto e agregar informações oriundas de outras fontes de informação. Outra limitação foi a baixa quantidade de usuários cadastrados em cada UBS, que fez com que, em boa parte das unidades, o cálculo dos indicadores fosse realizado a partir de um valor populacional estimado. Entretanto, este estudo evidencia lacunas que são fundamentais ao monitoramento e à avaliação local, que podem ser ferramentas para a gestão impulsionar a busca de estratégias



de melhoria e realização de novos estudos comparativos.

## Considerações finais

O estudo observou que, no ano de 2018, na cidade de Recife, as unidades básicas tradicionais apresentaram melhores resultados nos indicadores relacionados ao acesso ao tratamento clínico, e as unidades de saúde da família estiveram mais voltadas para ações coletivas de prevenção. Dessa forma, os resultados demonstram a necessidade de discussões em nível local acerca do desempenho de cada Unidade Básica de Saúde, a fim de que, juntamente com os atores envolvidos, seja induzida uma requalificação do processo de trabalho de modo a fortalecer a AB e o cuidado pautado na longitudinalidade e na resolutividade.

## Colaboradores

Menezes LS (0000-0001-6049-7555)\* e Lucena EHG (0000-0003-3431-115X)\* contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo. Figueiredo N (0000-0001-6181-8728)\* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo. Cavalcanti YW (0000-0002-3570-9904)\* contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados. Ceissler CAS (0000-0002-4077-9245)\* contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados, elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo. Todos os autores e autoras participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.
- Giovanella L. Atenção Básica ou atenção primária à saúde? Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8):e00029818.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Cosac; 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018; 42(116):11-24.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. 29 Dez 2000.
- Lucena EHG, Pucca Junior GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Tempus actas de saúde colet. 2011; 5(3):53-63.
- Narvai PC. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Tempus actas de saúde colet. 2011; 5(3):21-34.
- Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(2):373-382.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [internet]. Brasília, DF: MS; 2004. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).
- Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
- Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 1(16):211-20.
- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública. 2007; (23):2727-39.
- Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. Ciênc. Saúde Colet. 2008; 13(5):1669-74.
- Lima VT, Codato AB, Higasi MS, et al. Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. Rev da ABENO. 2018; 18(4):130-139.
- Lima KWS, Antunes JLF, Silva ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Saúde Soc. 2015; 24(1):61-71.
- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Rípsa; Opas; 2008.
- Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, et al. A resolutividade em saúde bucal na Atenção Básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(2):383-91.
- Magri VL, Aciole GG, Salomão DGF, et al. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em mu-

- nicípio do estado de São Paulo. *Saúde debate*. 2016; 40(108):144-55.
20. Recife. Prefeitura. Construção de Upinha Dia inaugura novo padrão de atendimento na saúde [internet]. [Recife, PE]: 2013. [acesso em 2019 out 15]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/23/08/2013/construcao-de-upinha-dia-inaugura-novo-padrao-de-atendimento-na-saude>.
  21. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP [internet]. [acesso em 2018 nov 15]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
  22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo para as Equipes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
  23. Silva LS, Santana KR, Pinheiro HHC, et al. Indicadores de Atenção Básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(2):325-334.
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Índice de desempenho do SUS – IDSUS [internet]. [acesso em 2018 nov 15]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf>.
  25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
  26. Campos ACV, Borges CM, Leles CR, et al. Indicadores socioeconômicos e de saúde da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. *Arq Odontol*. 2012; 48(1):6-12.
  27. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2871-80.
  28. Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). [internet]. [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>.
  29. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [internet]. [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
  30. Leme PAT, Bastos RA, Turano ER, et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis*. 2019 [acesso em 2020 jun 18]; 29(1):1-19. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000100610&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100610&lng=en).
  31. Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 18]; 23(12):4319-4329. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182312.12922016>.
  32. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(9):e00049817.
  33. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(2):1-18.
  34. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, et al. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no sistema de informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Colet*. 2014; 22(1):54-61.
  35. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):449-462.

36. Silva SE, Araújo JHP, Laureano ICC, et al. Caracterização do modelo de Atenção Básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017. *Arch Health Invest*. 2018; 7(10):402-407.
37. Santos MC, Vogt MS. Estudo exploratório dos distúrbios musculoesqueléticos em cirurgiões-dentistas da Associação Brasileira de Odontologia – Regional Missioneira da cidade de Santo Ângelo/RS. *Fisioter Bras*. 2009; 10(4):229-234.
38. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV, et al. A atenção em saúde bucal no estado de Pernambuco: analisando a estrutura e as ações preventivas e curativas, segundo porte populacional. *Rev baiana saúde pública [internet]*. 2014 [acesso em 2020 jun 22]; 38(2):297-317.
39. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate [internet]*. 2014 [acesso em 2020 jun 22]; 38(esp):140-157. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>. ISSN 0103-1104.
40. Dutra ILS, Reis WFCA, Ferreira MC. Informação em Saúde Bucal: a realidade sanitária de um município do Nordeste brasileiro. *Re Saúd Digi Tec Edu*. 2018; (3):32-42.
41. Viana IB, Moreira RS, Martelli PJJ, et al. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019; 28(2):e2018060.

---

Recebido em 03/03/2020

Aprovado em 13/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’

*On bodies as object: a postcolonial reading of the ‘Brazilian Holocaust’*

Rodrigo Matos-de-Souza<sup>1</sup>, Ana Carolina Cerqueira Medrado<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112813

**RESUMO** A lei da reforma psiquiátrica brasileira reconfigurou o modelo assistencial em saúde mental no País, tendo como principal repercussão a mudança do regime asilar de tratamento para o tratamento em meio comunitário, realizado, sobretudo, nos diversos tipos de Centros de Atenção Psicossocial. A exigência de mudança do modelo assistencial foi encabeçada pelo Movimento da Luta Antimanicomial, que denunciou a corrupção do sistema hospitalocêntrico (soberano antes da reforma psiquiátrica) e a violação dos direitos humanos nos manicômios. A título de exemplo, no Hospital Colônia, localizado em Barbacena (MG), morreram cerca de 60 mil pessoas, fato retratado no livro ‘Holocausto Brasileiro’, de Daniela Arbex. Neste ensaio, abordaremos a obra de Arbex à luz do debate pós-colonial e biopolítico, que entende que os modos de produção do mal banal encontraram nas sociedades colonizadas uma forma de ação, perpetuação e naturalização da despersonalização do humano, aproximando-o da noção de objeto. O presente trabalho questiona o tratamento dado, no passado, à loucura dentro dos manicômios, como uma espécie de manifestação do mal banalizado no contexto colonial brasileiro, ao mesmo tempo em que conjectura a retomada do discurso manicomialista, agora com nova roupagem, nas políticas públicas brasileiras.

**PALAVRAS-CHAVE** Colonialismo. Hospital psiquiátrico. Saúde mental.

**ABSTRACT** *The Brazilian Psychiatric Reform law reconfigured the mental health care model in the country, with the main repercussion being the change from an asylum treatment regime to community-based treatment, carried out, mainly in the various types of Psychosocial Care Centers. The Brazilian Anti-Asylum Movement that denounced the corruption of the hospital model system and the violation of human rights in the asylums headed the demand for a change in the assistance model. For example, in the Hospital Colônia from Barbacena (MG), around 60 thousand people died, a fact portrayed in the book ‘Brazilian Holocaust’ by Daniela Arbex. In this essay, we will approach Arbex’s work in the light of the post-colonial and biopolitical debate, which understands that the modes of production of banal evil found in colonized societies a form of action, perpetuation, and naturalization of the depersonalization of the human, bringing them closer to the notion of object. The present work aims at questioning the treatment given, in the past, to madness within the asylums, as a kind of manifestation of the banal evil in the Brazilian colonial context, at the same time as it predicts the resumption of the hospital model discourse, now in a new guise, in Brazilian public policies.*

**KEYWORDS** Colonialism. Hospital psychiatric. Mental health.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.  
accm100@yahoo.com.br



## Introdução

O livro 'Holocausto Brasileiro', da jornalista Daniela Arbex<sup>1</sup>, publicado em 2013, conta a história do Hospital Colônia, localizado em Barbacena (MG). Nesse hospital morreram cerca de 60 mil pacientes, vítimas de todo tipo de maus-tratos e descasos: exposição ao frio – muitos não dispunham de roupas, quartos, camas ou lençóis para dormir, permaneciam ao relento, mesmo durante a noite; alimentação racionada – alguns comiam ratos e bebiam do esgoto que cortava os pavilhões; espancamentos e estupros; 'tratamentos' violentos, à base de eletrochoque – às vezes, com carga elétrica tão forte, que derrubava a energia da cidade. Ademais, mulheres que engravidaram no Hospital Colônia tiveram seus bebês roubados; os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para as faculdades de medicina e, quando não foi mais possível vendê-los, eles foram derretidos em ácido, para que os ossos pudessem ser comercializados.

O Hospital Colônia foi uma lucrativa máquina de matar loucos, que percebia seus lucros na medida em que novos internos chegavam, incluindo-se crianças. Era mais um aparelho da chamada 'indústria da loucura', que descreve o período da ditadura militar, no Brasil, em que os hospitais psiquiátricos recebiam diária por cada paciente internado. Isso fez com que o número de leitos em tais hospitais saltasse de 14 mil, no início da ditadura, para cerca de 70 mil, em 1970<sup>2</sup>. Uma nódoa indelével e vergonhosa da história do Brasil e da psiquiatria, que nos lembra de que somos capazes da barbárie, tão normalizada pelo projeto da modernidade, produzindo corpos humanos desumanizados, despersonalizados, e sobre os quais a soberania do Estado avança no direito de deixar morrer e poder matar.

Nosso intuito, neste ensaio, é analisar como as marcas do projeto de modernidade/colonialidade se expressam na estrutura manicomial. Assim, buscamos uma melhor compreensão de como os horrores executados em arranjos societários constituídos estruturalmente de

forma segregada (como é o caso do Hospital Colônia) foram e ainda são capazes de produzir um corpo que vale menos, que pode ser obliterado, arrancado de sua humanidade e convertido em uma sombra, quando sobrevive.

Pensar o Hospital Colônia dentro desse marco, da necropolítica<sup>3</sup>, pode colaborar para que uma sociedade como a nossa consiga se enxergar como marcada pela colonialidade dos saberes, das práticas e dos corpos<sup>4</sup>, e quiçá, desta forma, consiga encontrar um caminho para sair dessa grande noite<sup>5</sup>.

## O *lager* como recurso ou a colonialidade no Hospital Colônia

Quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia, após sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena (MG), disse "Estive hoje em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo, presenciei uma tragédia como esta"<sup>6(207)</sup>, avivou no espectro da psiquiatria uma metáfora que veio sendo utilizada de muitas formas, desde a segunda metade do século XX; uma metáfora do horror, que espelha o pior do humano, confrontando-o com seu duplo, cuja consciência moral desgastada pela eficiência do bom funcionário, de forma banal e ordinária, foi, por isso mesmo, capaz de produzir as maiores atrocidades, apenas para bater uma meta de produção, ser eficiente no sentido estrito da administração.

A metáfora concentracionária encontrou muitos caminhos<sup>6-11</sup>, sua experiência – como sabemos hoje – teve como laboratório as colônias do Oriente, da África e das Américas, nas quais havia corpos que valiam menos, importavam menos, objetos que eram no projeto da racionalidade moderna, que os traduzia como periferias do humano<sup>3</sup>. Lugares nos quais uma política com o corpo do outro podia ser experimentada. No entanto, e de forma ambivalente, é justamente quando o sujeito moderno é vítima dos padrões de sua experiência colonial,



que essa representação emerge como a potência que o caráter exemplar tem. O *lager*, o campo de concentração, é a prática colonial que chega à metrópole, para daí se difundir como *standard*, do que não podemos mais fazer e do que será permitido, de agora em diante.

O fato de que as colônias podem ser governadas na ausência absoluta de lei provém da negação racial de qualquer vínculo comum entre o conquistador e o nativo. Aos olhos do conquistador, 'vida selvagem' é apenas outra forma de vida animal, uma experiência assustadora, algo radicalmente outro (alienígena), além da imaginação ou da compreensão. [...] Os selvagens são, por assim dizer, seres humanos 'naturais', que carecem do caráter específico humano, da realidade especificamente humana, de tal forma que, 'quando os europeus os massacravam, de certa forma não tinham consciência de que cometeram um crime'<sup>3(35-36)</sup>.

As experiências latino-americanas e brasileiras, por mais distintas que sejam da experiência colonial do século XX no continente africano, guardam uma relação muito próxima, que não pode ser ignorada em uma análise biopolítica. Nossos Estados soberanos produziram um espaço diferente para o corpo diferente, para categorias diferentes de pessoas. Este lugar é chamado de muitas maneiras, ao longo do imenso território identitário chamado América Latina: *villa, comuna, barriada, barrio nuevo*, favela, invasão, cidade-satélite, periferia. E adquire modos variados dentro do Estado soberano: zona de conflito armado, camburão, delegacia, prisão, penitenciária, sistema socioeducativo, hospital, hospício, asilo. É nesses espaços – uma terceira zona, nas palavras de Mbembe<sup>3</sup> –, que os estatutos de sujeito e objeto se aproximam.

A experiência colonial em países como o Brasil jamais foi superada, mas ganhou em sofisticação, pois produziu um tipo de organização social na qual as zonas ricas e urbanizadas desempenham o papel de metrópoles, e as periferias, os lugares dos corpos menores, disponíveis para o abate,

que podem ser descartados sem que isto abale a consciência moral do cidadão de bem. O Estado funciona como o garantidor do bem-estar da sociedade, das vidas que são consideradas vivíveis<sup>12</sup> e, por sua vez, do cidadão, construindo espaços nos quais os corpos indesejados possam ser direcionados a lugares de higiene, imunizando a sociedade. Para tanto, este mesmo Estado assume uma competência médica capaz de restaurar o corpo adoecido com a remoção da causa do mal, expelindo os germes, amputando partes do corpo, restabelecendo o ideal de ordem e pureza sociais<sup>13</sup>.

Essa divisão do espaço em compartimentos é uma das características da ocupação colonial, que produz aquilo que Fanon<sup>14</sup> chamou de cidade do colonizado.

A cidade do colonizado, ou pelo menos a cidade indígena, a cidade negra, a Medina, a reserva, é um lugar mal afamado, povoado de homens mal afamados. Aí se nasce não importa onde, não importa como. Morre-se não importa onde, não importa de quê. É um mundo sem intervalos, onde os homens estão uns sobre os outros, as casas umas sobre as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade acorçada, uma cidade ajoelhada, uma cidade acuada<sup>14(29)</sup>.

A cidade do colonizado não é complementar à do colono, nem contígua, muito menos um lugar de desejo; ela é tudo o que a cidade do colonizador não pode ser, obedecendo a um princípio de exclusão recíproca. A cidade do colonizado é o *lager*, o *lager*-experimento dos corpos descartáveis, substituíveis, desmembráveis, e que podem ser vendidos como objetos. O *lager* como metáfora concentracionária, colonial, higienista e ascética, na qual os sujeitos podem ser categorizados, uniformizados – muitas vezes, pela cor da pele –, distribuídos conforme o valor econômico que seus corpos traduziram e, de certa forma, representa o horror. O que encontra significado no Hospital Colônia, descrito por Arbex<sup>1</sup>:

Os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil. Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazista de Auschwitz. A expressão 'trem de doido' surgiu ali. [...] Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra<sup>1(27-28)</sup>.

O 'trem de doido' – versão brasileira das ferrovias do holocausto, o constrangimento, a triagem, o banho e a humilhação compõem o panorama que aproxima a experiência do Hospital Colônia da experiência concentracionária dos campos nazistas, de sua ética soberana no domínio dos corpos. Ao avivar a metáfora do *lager*, comparando o Hospital Colônia de Barbacena (MG) à experiência concentracionária de Auschwitz (campo de concentração localizado na Polônia), Franco Basaglia recorreu à sua experiência imediata de europeu, de sujeito com idade suficiente para ter visto as barbáries ocorridas em seu continente, apenas duas décadas antes do evento do Hospital Colônia começar a emergir como um problema na sociedade brasileira. Nós, sujeitos do complexo contexto no qual hoje, em pleno século XXI, ainda persistem lógicas de segregação e colonização, precisamos avançar nesse recurso, pensando o *lager* a partir de outros modelos, tão aterrorizadores quanto Auschwitz, e que são produzidos no dia a dia de nossos aglomerados urbanos, de nossa vida cotidiana nas cidades do colonizador e do colonizado, e que naturalizam o terror, de muitas formas.

O que surpreendeu Basaglia foi a existência, em plena América Latina, de um campo de concentração nos moldes nazistas. Entretanto, a possibilidade de imaginar esta experiência distante de nosso contexto evidencia o lugar de onde parte o célebre psiquiatra para compreender a divisão geopolítica latino-americana, a de que, por aqui, essa é uma experiência estranha, fora dos padrões, surpreendente. Basaglia partiu de um olhar estrangeiro, ingênuo, que não tinha a exata dimensão do que era, e do que é a América Latina. Pois quem vive em nosso contexto tem na pele, no imaginário e no *modus vivendi* a segregação marcada como uma escara, sobretudo aqueles que fogem do padrão masculino-branco-heterossexual-rico. E todos nós, em comparação com o psiquiatra europeu, ainda carregamos a marca de latino-americanos. Uma marca de nosso processo de constituição de uma sociedade que naturalizou o lugar do corpo que vale menos, no qual se pode interpelar um corpo que se apresente fora do *lager* (da cidade do colonizado, da favela, da condição de sujeito saudável ou qualquer outra representação higienizada que imprima um fora e um dentro do que pode ser aceitável) como um germe a ser combatido, revistado, conduzido e, no caso do Hospital Colônia, levado, internado, apagado da própria existência como sujeito:

[...] a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos [...] a estimativa é de que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se o destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos indesejados, inclusive os chamados insanos<sup>1(25-26)</sup>.

A racionalidade moderna, ao estabelecer seus padrões do que é aceitável enquanto conceito possível, operou uma drástica seleção, por exclusão, do que seria aceito

como humano. Como diria Chatelet<sup>15</sup>, se a razão ainda não encontrou a idade da razão, a razão moderna flertou, em suas operações de distinção, com tudo o que a própria modernidade qualificou como barbárie. A loucura, como representação e modo de existência historicamente menor, sempre afrontou os padrões da razão médica e da racionalidade científica moderna, que pareceram sempre entender que havia um lugar para o louco, que, recorrendo a Lapoujade<sup>16(83)</sup>, podia existir “[...] seguramente, mas não desta maneira, nem dessa maneira, nem de nenhuma maneira...” [tradução nossa]. No entanto, a linha entre o que é considerado normal ou anormal em uma sociedade é muito tênue e, como no caso do Hospital Colônia de Barbacena (MG), esta linha pôde ser facilmente borrada, para caber quem, naquele momento, resolveu afrontar os padrões estabelecidos.

Os indesejados do Hospital Colônia, os anormais, viventes naquele lugar de expurgo, passaram por inúmeros outros sujeitos desligados de suas consciências morais, que viam aqueles encaminhados para o hospital como não iguais, destituídos da condição de pessoas, objetos que, quando incomodaram, foram prontamente encaminhados para tal lugar, do qual as chances de saída eram mínimas. A síntese de Arendt<sup>17</sup> sobre a banalidade do mal encontra no Hospital Colônia algo que a torna mais aguda. Se a despersonalização dos judeus nos campos de concentração passava por uma difícil relação de proximidade, e desligar a humanidade de um vizinho, ou até de um parente, pode ser um exercício de sofrimento profundo<sup>18</sup>, à estrutura asilar chegavam os indesejados que, uma vez por lá, eram transformados em sombras despersonalizadas, às quais o mínimo controle sobre o próprio corpo era negado.

## Banalidade do mal no/na Colônia

Em seu livro sobre Eichmann, o exemplar funcionário do regime nazista capturado pela

polícia secreta israelense e levado a julgamento, Hannah Arendt<sup>17</sup> colocou em disputa o conceito de banalidade do mal, a partir da imagem do burocrata que, ao obedecer às ordens, foi responsável direto pelo extermínio de milhares de pessoas.

A figura sem brilho de Eichmann descrita por Arendt é um excelente exemplo de como sujeitos premiados pela execução de atrocidades podem banalizar o mal ao ponto de não se perceberem como agentes da maldade, os técnicos que negam qualquer responsabilidade, pois estão cuidando apenas de fazer seu trabalho da melhor maneira possível. E, ao mesmo tempo, nos dá, junto com os personagens do julgamento de Nuremberg, a dimensão de como a consciência moral havia perdido espaço para a obediência ao regime, sendo substituído por um pensamento burocrático e uma consciência burocrática<sup>18(145-146)</sup>.

Essa administração do mal banal, cuja colagem aparece repetidas vezes nos discursos contemporâneos da boa administração, da eficiência, e que demonstra a total incompreensão do outro como humano, no Hospital Colônia, ganhava contornos terríveis ao equiparar o lugar de tratamento a um espaço para o confinamento de animais, no qual leito e curral se equivaliam:

Em 1930, com a superlotação da unidade, uma história de extermínio começou a ser desenhada. Trinta anos depois, existiam 5 mil pacientes em lugar projetado inicialmente para 200. A substituição de camas por capim foi, então, oficialmente sugerida pelo chefe de Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho, como alternativa para o excesso de gente. A intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes. O modelo de leito chão deu tão certo, que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros em 1959<sup>1(26)</sup>.

O Hospital Colônia e os 'outros hospitais mineiros' fizeram o estado de Minas Gerais referência nesse tipo de solução, marcada pela violência de Estado para com sua população e cujas marcas hoje podem ser reconhecidas como racismo, machismo, homofobia, ódio à diferença, todas essas fobias e medos em seu caráter estrutural, expondo uma necropolítica que se destacava até mesmo nas estatísticas: as internações nos hospitais psiquiátricos mineiros aconteciam em número superior ao dobro do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 3 internações por cada 1000 habitantes<sup>1</sup>.

Para tanto, o referido hospital não fazia distinção, esticava as bordas até de concepções inventadas pela modernidade, como a infância, dispensando às crianças 'tratamento' afim ao dado aos adultos, com os quais conviviam nos mesmos pavilhões, sendo alvos das mais abjetas violações. Arbex<sup>1</sup> relata a história de Luiz Pereira de Melo, internado aos 16 anos no Hospital Colônia por 'esquisitice', timidez ou pobreza – 'males' dos quais padecia a maioria dos internos do hospital –, não se sabia ao certo, e que perdeu as contas de quantos anos passou enclausurado. Crianças com epilepsia, hidrocefalia, deficiência física ou mesmo aquelas que não tinham diagnóstico, como Luiz, perderam suas infâncias no Hospital Colônia, submetidas a camisas de força, eletrochoques e lobotomias.

Quando a sociedade civil consegue entrar no Hospital Colônia, através da imprensa, com uma equipe de reportagem da revista 'O Cruzeiro', em 1961, é que o *lager* se apresenta em toda sua magnitude representacional, e a imagem que muitos já haviam visto, como produto de uma guerra, não encontra expressão compatível na realidade objetiva. As primeiras impressões só fazem paralelo possível com o uso de recurso literário – "o Inferno de Dante"<sup>1(74)</sup> –, e metafórico – a "sucursal do inferno"<sup>1(172)</sup>:

Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços.

Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo [fotógrafo de O Cruzeiro] viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio e inundava o chão do pavilhão feminino. Nos banheiros coletivos, havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante. Dentro da cozinha, a ração do dia era feita em caldeirões industriais. Antes de entrar nos pavilhões, o fotógrafo avistou um cômodo fechado apenas com um pedaço de arame. Entrou com facilidade no lugar usado como necrotério. Deparou-se com três cadáveres em avançado estado de putrefação e dezenas de caixões feitos de madeira barata.

Dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas à mercê da violência sexual. Nos alojamentos, trapos humanos deitados em camas de trapos. Moscas pousavam em cima de mortos-vivos. O mau cheiro provocava náuseas. [...] Viu muitos doentes esquecidos nos leitos, deixados ali para morrer. A miséria humana escancarada diante de sua máquina<sup>1(171-172)</sup>.

Felizardo e Oliveira<sup>19</sup> também tecem aproximações entre o livro de Arbex<sup>1</sup> e a obra de Hannah Arendt, encontrando semelhanças entre os campos de concentração nazista e o regime de vida dos internos do Hospital Colônia. Comum a ambos os espaços, temos o terror totalitário, que promove a interseção entre o aniquilamento da identidade e a condenação ao esquecimento:

As mulheres andavam em silêncio na direção do Departamento A, conhecido como Assistência. Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas, irmãs. As que não podiam pagar pela internação, mais de 80%, eram consideradas indigentes. Nesta condição, viam-se despidas do passado, às vezes, até mesmo da própria identidade. Sem documentos, muitas pacientes do Colônia eram rebatizadas pelos funcionários. Perdiam o nome

de nascimento, sua história original e sua referência, como se tivessem aparecido no mundo sem alguém que as parisse<sup>1(29-30)</sup>.

O Hospital Colônia e os campos de concentração também tinham como afinidade a fabricação de cadáveres, não importando se em morte ou em vida<sup>19</sup>, já que as fronteiras entre morte e vida eram eclipsadas em tais espaços. Como exemplo: Silvío Savat, criança fotografada dormindo no Hospital Colônia com o corpo cheio de moscas, chegou a ser confundido pelo fotógrafo Luiz Alfredo, de 'O Cruzeiro', com um defunto. Como assevera Arendt<sup>20(593)</sup>: "a desvairada fabricação em massa de cadáveres é precedida pela preparação, histórica e politicamente inteligível, de cadáveres vivos".

É nesse contexto de pulsão de morte que o Hospital Colônia aprofunda sua condição de lugar de degradação, de extermínio e de gestor de corpos, cujos valores estavam tanto em vida, no lucro com os pacientes, quanto na morte, com o comércio dos cadáveres. A narrativa que expõe o comércio cadavérico se inicia com a apresentação do personagem, o professor da faculdade de farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Ivanzir Vieira, falando do percurso que fazia a pé, de sua casa até a universidade, quando notou, pelo comportamento dos alunos que passavam pelo local, e pela falta do aglomerado de estudantes na porta da escola, que algo de estranho estava se passando. De dentro do prédio vinha um odor putrefato, que se assemelhava ao de centenas de ratos mortos. Ao adentrar o pátio interno, encontrou a origem do forte cheiro: dezenas de cadáveres esqueléticos, seminus, dispostos nas posições mais grotescas, ocupavam todo o espaço interno da faculdade. O professor começou a se perguntar o porquê de tantos, das posições em que estavam dispostos, quando apareceu um funcionário da faculdade de medicina e o informou que as aulas haviam sido suspensas, que uma caminhonete havia chegado na madrugada, oferecendo os corpos à instituição por cerca de um milhão de cruzeiros (algo próximo a R\$ 364, nos dias de

hoje) e que, caso a universidade não se interessasse, já havia comprador para o lote no Rio de Janeiro. O professor se espantou com o fato de a universidade comprar cadáveres. Ele não sabia que só o Hospital Colônia havia vendido 1.823 corpos à instituição, entre 1960 e 1980. Embora nenhum daqueles corpos tivesse venda autorizada pelas famílias, havia também a comercialização de peças anatômicas (partes do corpo) e ossos<sup>1(71-79)</sup>. Assim, retomando as palavras de Arendt<sup>20</sup>, o Hospital Colônia também assumia as feições de um campo de concentração, já que tornava, tal qual este,

[...] anônima a própria morte e, tornando impossível saber se um prisioneiro está vivo ou morto, roubaram da morte o significado de desfecho de uma vida realizada. Em certo sentido, roubaram a própria morte do indivíduo, provando que, doravante, nada - nem a morte - lhe pertencia, e que ele não pertencia a ninguém. A morte apenas selava o fato de que ele jamais havia existido<sup>20(600)</sup>.

Apesar da complacente banalidade do mal, da maioria dos funcionários, houve quem se opusesse à barbárie instituída no hospital. O livro destaca, entre outros, os psiquiatras Francisco Paes Barreto e Antônio Soares Simone, ambos retaliados pelas corporações médicas. Isto nos indica que o mal banal era o *modus operandi* da medicina da época. Será necessária a assunção de um novo modelo de cuidado, trazendo a reboque a assunção da humanidade, esta que, podemos dizer, chegou tardiamente para alguns e ainda não chegou para todos.

## Entre a reforma e a contrarreforma psiquiátrica: avanços e retrocessos da necropolítica brasileira

Por conta de denúncias de corrupção e de graves violações aos direitos humanos nos



hospitais psiquiátricos do País – como visto no panorama do Hospital Colônia apresentado por Arbex<sup>1</sup> –, a partir da década de 1980, começa uma guinada no modelo assistencial brasileiro, fruto do Movimento da Luta Antimanicomial, composto por profissionais de saúde mental, usuários do sistema psiquiátrico e seus familiares. Assim, em 2001, há a culminância do movimento reformista da psiquiatria no Brasil, pela instituição da Lei n° 10.216/01<sup>21</sup>, que preconiza o tratamento em meio comunitário, a defesa dos direitos humanos e a desinstitucionalização da loucura. Para tanto, foram criados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e, mais tarde, foi delineada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria n° 3.088/11<sup>22</sup>, que afirma a importância do cuidado em rede para atingir a integralidade em saúde.

Contudo, apesar dos avanços respaldados nas pesquisas científicas que ratificam a importância do tratamento em meio comunitário<sup>23,24</sup> e nos depoimentos dos próprios usuários, quanto à melhoria do modelo de cuidado, o modelo instituído não é unanimidade e encontra-se sob ataque aos seus valores basilares. Em verdade, podemos dizer que os primeiros golpes à reforma já puderam ser sentidos quando as comunidades terapêuticas foram consideradas como pontos de atenção da Raps no atendimento às pessoas com uso abusivo de drogas<sup>22</sup>, mas elas mesmas retomavam o modelo asilar, se opondo à política de redução de danos preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, em sua maioria, eram instituições religiosas, algumas denunciadas por violações dos direitos humanos<sup>25-27</sup>. Por conta de tais características, as comunidades terapêuticas têm sido identificadas como 'novos manicômios'<sup>28</sup>.

Entendemos que os movimentos reformistas, de maneira geral, não se dão sem tensões e concessões, muitas vezes, desvirtuando o idealizado. Contudo, algumas ações vão além do 'ceder para conquistar', se caracterizando como contracorrentes. Sobre isto, é importante

termos em mente os sinais contrarreformistas na saúde mental:

Pode-se definir a contrarreforma, enfim, como um processo sociopolítico e cultural complexo, que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas RP [Reformas Psiquiátricas] nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural<sup>29(4491)</sup>.

Nesse sentido, uma das tentativas de deturpar a reforma psiquiátrica no Brasil foi, em 2015, a nomeação do diretor de um grande manicômio brasileiro para a Coordenação Nacional de Saúde Mental<sup>29,30</sup>. Após o golpe de 2016, que destituiu uma presidenta mais alinhada à esquerda e colocou no poder um governo neoliberal, outros ataques foram deflagrados. Em 21 de dezembro de 2017, foi lançada a Portaria n° 3.588/17<sup>31</sup>, que retoma práticas biomédicas na saúde mental. Entre os objetos de crítica à portaria estão as introduções do hospital dia, do hospital psiquiátrico e dos ambulatorios na Raps<sup>24,29,30</sup>. Além da citada Portaria, outra afronta é a Lei n° 13.840/19<sup>32</sup>, que traz mudanças substanciais no tratamento aos usuários de drogas, instituindo a abstinência e, até mesmo, a possibilidade de internação involuntária<sup>29</sup>. Nunes et al.<sup>29</sup> elencam outros ataques à política de saúde mental, como o reajuste do valor das internações em hospitais psiquiátricos, o edital para credenciamento de comunidades terapêuticas e a retomada da eletroconvulsoterapia (revogada).

Assim, gradativamente, o modelo reformista vai sendo substituído, na retomada de ações de saúde fragmentárias e centradas no hospital, que contrariam a integralidade do cuidado proposta pelo SUS. A escolha dos últimos anos para a política de saúde mental é resgatar velhos expedientes, ao passo que os serviços substitutivos permanecem subfinanciados, os componentes previstos pela rede não foram suficientemente implementados ou articulados e o desenvolvimento de recursos



humanos na saúde mental permanece aquém do ideal<sup>23,24,29</sup>. É o futuro repetindo o passado, museu de grandes novidades, e, como suspeitam Martins, Assis e Bolsoni<sup>2</sup>, e Nunes et al.<sup>29</sup>: a ressuscitação da indústria da loucura, que entendemos que agora se apresenta em novos moldes, com um protagonismo das comunidades terapêuticas.

Tais instituições vêm tentando assumir a centralidade no tratamento de usuários/ dependentes de drogas no Brasil, o que fica ainda mais marcante ao analisarmos as ações dos primeiros anos do governo Bolsonaro. Segundo matéria da Agência Pública<sup>33</sup>, as vagas financiadas pelo governo federal nas comunidades terapêuticas saltaram de 2,9 mil, no ano de 2018, para 11 mil, em 2019. Ademais, entre os recursos do Ministério da Cidadania para tais instituições, cerca de 70% são destinados àquelas de caráter religioso (católica e evangélica), ou seja, em torno de R\$ 85 milhões. Mesmo as comunidades que violaram direitos humanos receberam verba federal, como o Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem Maanaim. Outra ação do governo Bolsonaro em prol de comunidades terapêuticas foi a publicação da Resolução nº 3/2020<sup>34</sup>, do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad), que regulamenta o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

Não causa espanto que as primeiras ações do governo Bolsonaro relativas à política de saúde mental brasileira tenham se voltado para o que concerne ao tratamento do uso/ abuso de drogas, ou melhor, para ações antidrogas, já que ele sempre assumiu pauta conservadora e governa de mãos dadas com a bancada evangélica, que, como vimos, tem muito interesse na expansão das comunidades terapêuticas. Quanto à sua posição sobre o restante da política de saúde mental, esta ainda é nebulosa, como tudo no governo, feito de ameaças e recuos. Contudo, dada a política de desmonte do SUS assumida por uma agenda

neoliberal, bem como dado o ataque aos direitos humanos, aos estudos científicos e às minorias, além de dada a alardeada defesa da tortura, temos muito o que temer. Ademais, não podemos perder de vista a participação da psiquiatria na biopolítica/necropolítica, no controle dos corpos, sobremaneira em tempos de convulsão social:

Em momentos de crise econômica, a psiquiatria é acionada para controlar desordens, excluir os que incomodam e manter a ordem produtiva, além de geralmente ser acompanhada de outras leis repressivas. Fora assim na 'Grande Internação', na passagem do feudalismo à sociedade capitalista, como traz Foucault em 'A História da Loucura'; foi assim no Brasil, na passagem da Colônia ao Império, bem como no aprofundamento liberal da ditadura militar<sup>2(3)</sup>.

Sobre isso, Freire<sup>35</sup> constrói uma analogia para a sociedade brasileira, dizendo que nossa história pode ser explicada por um movimento dialético entre sociedade aberta (mais democracia) e sociedade fechada (menos democracia). O Brasil, ao longo de seu período republicano, passou por ditaduras militares, ditaduras civis e golpes de Estado. A recente jornada democrática brasileira pós-ditadura militar é um período ainda muito curto e, mesmo na vivência dessa experiência democrática, se dá em um amplo processo de negociação com estruturas pouco democráticas ou declaradamente simpatizantes do totalitarismo. A abertura do último período ditatorial também permitiu que vários setores da sociedade brasileira pudessem repensar práticas totalitárias em seus espaços de atuação, como aconteceu em relação ao aparato manicomial, pois se um valor incontornável de uma democracia é a vida conjunta entre os diferentes, a vida em conjunto precisa chegar para todos.

A ideia de história como estrutura linear, típica da narrativa historiográfica rankeana, com a qual somos solapados desde a mais tenra idade pelo processo de escolarização, talvez não consiga dar conta de um exercício

de percepção histórica não linear, que concebe o tempo em movimentos de idas e vindas, no qual a história se produz como alerta de perigo, alerta de que os que sempre venceram estão, mais uma vez, ocupando seus postos triunfais, “em que os dominadores de hoje espezinham os corpos dos que estão prostrados no chão”<sup>36(225)</sup>, e reivindicam, outra vez, o domínio dos corpos, pois, no estado de exceção tornado normalidade<sup>8</sup>, no qual vivemos, é preciso ter a consciência de que a história “é objeto de uma construção, cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de ‘agoras’”<sup>36(229)</sup>.

A provocação de Arbex<sup>1</sup>, de comparar nossa experiência asilar com a experiência concentracionária, opera, pela radicalidade, um exercício de se ver como outro, mas um outro capaz de cometer atrocidades, de ser algoz de seu próprio povo, de despersonalizar o humano, que, na acepção mais cordata, poderíamos dizer que é produzida por sujeitos que se descolaram de suas consciências morais e nos assombram quase diariamente com a expressão pública desse descolamento. E, se a luta pela reforma psiquiátrica pode ser entendida como um movimento de produção de uma consciência social sobre a condição humana do louco, as contrarreformas expressam os modos pelos quais os sujeitos desligados de suas consciências morais manifestam seus desejos de retomarem seus postos de dominadores dos corpos.

## Considerações finais

“O repórter luta contra o esquecimento. Transforma em palavra o que era silêncio. Faz memória”<sup>37(13)</sup>. Conforme Eliane Brum<sup>37</sup>, no prefácio do livro de Daniela Arbex<sup>1</sup>, o ‘Holocausto Brasileiro’ é um resgate da memória, de uma página antes desbotada, amarelada, apagada da história do País. Mas não deve ser só labuta do repórter não esquecer, a luta contra o esquecimento deve ser uma batalha diária da sociedade. É preciso lembrar

sobremaneira do nosso passado colonial, presente ainda em nossa colonialidade, que ecoa em práticas travestidas de cuidado em saúde, e que dividem a sociedade em cidade do colonizado, guetos, periferias, manicômios. Neste sentido, a inscrição no livro funciona como um *phármakon*<sup>38</sup>, uma droga contra a banalidade do mal, contra o esquecimento. Por outro lado, o *phármakon* é também veneno, já que o recurso ao registro em escrita faz o lembrar prescindível. Cabe a nós, sabermos dosar a medida do remédio oferecido por Arbex<sup>1</sup>.

Muitos sujeitos, ao longo da história do Hospital Colônia, entenderam o absurdo que se produzia ali, que os internos estavam sendo tratados fora do acordo civilizacional que chamamos de sociedade, e não chegavam a alcançar os direitos mínimos do que entendemos como os anseios de uma sociedade mais aberta (o Hospital Colônia, em sua longa existência, passou por ditaduras e também por períodos ditos democráticos). Foi no período da abertura do último regime militar que se criou um ambiente propício para que muitos profissionais de saúde, familiares de internos e ex-usuários de hospitais psiquiátricos se sentissem confortáveis para iniciar um movimento de resistência aos maus-tratos no ‘tratamento’ psiquiátrico brasileiro. Movimento que influenciou diretamente as políticas públicas das últimas décadas, funcionando como uma espécie de freio moral, que nos diz dos horrores que foram praticados no passado com seres humanos que dizíamos proteger. Hoje, com o avanço de políticas abertamente antidemocráticas, tem início um esgarçamento dos limites dessa tomada de consciência, e o freio tem se tornado cada vez mais difícil de ser acionado.

Ainda sobre nosso resgate à memória, é válido ressaltar que o movimento reformista da psiquiatria se deu em paralelo à democratização do País e ao delineamento do SUS. Neste sentido, não é mera coincidência que o ataque ao SUS e aos princípios da reforma psiquiátrica ocorra em concomitância ao ataque à democracia, no Brasil. Defender o SUS e a reforma

psiquiátrica é reconhecer o acesso à saúde e a defesa dos direitos humanos como valores basilares da democracia. Produzir saúde é também combater as desigualdades sociais. Assim, não é possível assumir uma posição de neutralidade política. Urge a assunção de uma defesa obstinada de tais valores, asseverando que o SUS e a Raps são conquistas do nosso povo, são marcos da tomada de consciência, da compreensão da barbárie operada no Hospital Colônia como parte do projeto moderno de domínio dos corpos indesejados.

Por fim, abordar a história do ‘tratamento’ psiquiátrico no Brasil para retratar a banalidade do mal, a biopolítica e a necropolítica é apenas um recorte do que pode ser discutido sobre o tema em nosso país. Em tempos de pandemia de Covid-19, a necropolítica fica ainda mais explícita no Brasil. As palavras e as ações do presidente não deixam dúvidas de que, mais do que nunca, “[...] o biológico reflete-se no político [...]”<sup>39(134)</sup>, posto que não é apenas o vírus que nos ameaça, mas também o descaso gritante expresso nas declarações de Bolsonaro sobre a pandemia – “gripezinha”, “não sou covão”, “e daí?” –, no seu empenho em divulgar uma falaciosa cura da Covid-19 através da cloroquina e no seu menosprezo às recomendações da OMS. Assim, sem nenhuma sutileza, o governo federal escancara seu poder sobre quem pode viver e quem deve morrer, já que, em nosso país, é sabido que a pobreza é fator de risco para a Covid-19<sup>40-42</sup>.

Infelizmente, este não é um episódio isolado, já que a necropolítica, em nosso país, não é prerrogativa do governo Bolsonaro. A história do Brasil é fértil em holocaustos, desde sua colonização histórica, e a banalidade do mal também se reproduziu em inúmeros momentos da nossa história recente: Eldorado dos Carajás (PA); o massacre do Carandiru, presídio localizado em São Paulo (SP); a chacina do Cabula, bairro de Salvador (BA); a chacina de Costa Barros, bairro do Rio de Janeiro (RJ). Ainda a título de exemplo, no ano de 2019, seis crianças foram assassinadas pela polícia militar do Rio de Janeiro (RJ), com a anuência de um governador de inspiração protofascista, que declarou: “A polícia militar vai mirar na cabecinha”. Foram elas: Jenifer Gomes, 11 anos; Kauan Peixoto, 12 anos; Kauã Rozário, 11 anos; Kauê dos Santos, 11 anos; Ágatha Félix, 8 anos; Kethellen Gomes, 5 anos<sup>43</sup>. A banalidade do mal é o *modus operandi* das instituições brasileiras, a necropolítica é a nossa política. Como nos diz Brum<sup>37</sup>: “Agora, é preciso lembrar [...] porque o holocausto ainda não acabou”<sup>37(17)</sup>.

## Colaboradores

Matos-de-Souza R (0000-0002-8788-4966)\* e Medrado ACC (0000-0002-0266-9360)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
2. Martins MER, Assis FB, Bolsonaro CC. Ressuscitando a indústria da loucura?! Interface (Botucatu) [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 21]; (23):e190275. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e190275.pdf>.
3. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
4. Mignolo WD, Walsh C. On decoloniality: concepts, anatlitics, praxis. Durhan and London: Duke University Press; 2018.
5. Mbembe A. Sair da grande noite: ensaio sobre a África descolonizada. Petrópolis: Vozes; 2019.
6. Adorno TW. Educação após Auschwitz. In: Adorno TW. Educação e Emancipação. São Paulo, Brasil: Paz e Terra; 2012. p. 119-138.
7. Arendt H. Algumas questões de filosofia moral. In: Arendt H. Responsabilidade e julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p. 112-212.
8. Agamben G. O que resta de Auschwitz. São Paulo: Boitempo; 2008.
9. Didi-Huberman G. Cascas. São Paulo: Editora 34; 2017.
10. Mèlich J-C. La Lección de Auschwitz. Barcelona: Herder; 2004.
11. Matos-de-Souza R. As lições do lager: experiências com o mal e (de)formação nas narrativas de Lanzmann e Semprun. In: Moraes DZ, Cordeiro VM, Oliveira OV. Narrativas Digitais, História, Literatura e Artes na Pesquisa (Auto)Biográfica. Curitiba: Editora CRV; 2016. p. 129-144.
12. Butler J. Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017.
13. Esposito R. Bios: Biopolítica e Filosofia. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2017.
14. Fanon F. Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968.
15. Châtelet F. Uma história da razão: entrevistas com Émile Noël. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.
16. Lapoujade D. Las existencias menores. Buenos Aires: Cactus; 2018.
17. Arendt H. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
18. Matos-de-Souza R. Antes de Auschwitz: ensaio sobre Autobiografia e Formação em Elias Canetti [tese] [internet]. Salvador: Universidade do Estado da Bahia; 2015. [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3598826](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3598826).
19. Felizardo JT, Oliveira JL. As análises de Hannah Arendt acerca dos campos de concentração e suas relações com o "holocausto brasileiro". Mental [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 14]; 11(21):431-444. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200009).
20. Arendt H. Origens do totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
21. Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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 Siste-

- ma Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 27 Nov 2019.
23. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 23]; 35(11):e00129519. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00129519.pdf>.
  24. Onocko-Campos R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocesso e desafios. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 25]; 35(11):e00156119. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00156119.pdf>.
  25. Goiás. Ministério Público. Deflagrada operação em comunidades terapêuticas de Cristalina após denúncias de maus-tratos [internet]. Ministério Público do Estado de Goiás. 2019 Ago 1 [acesso em 2019 nov 10]. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/deflagrada-operacao-em-comunidades-terapeuticas-de-cristalina-apos-denuncias-de-maus-tratos--2#.XeA5GJNKjIU>.
  26. Farias M. Dependentes químicos denunciam instituição filantrópica em Maceió [internet]. *GI*. 2013 Jun 13 [acesso em 2019 nov 10]. Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2013/06/dependentes-quimicos-denunciam-instituicao-filantropica-de-maceio.html>.
  27. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas [internet]. Brasília, DF: CFP; 2018. [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.
  28. Belloni F, Antunes A. Os manicômios de hoje se chamam comunidades terapêuticas [internet]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; Escola Politécnica Joaquim Venâncio; [2016] [acesso em 2019 out 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>.
  29. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 dez 30]; 24(12):4489-4498. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204489](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489).
  30. Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos. *Cad. do CEAS* [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 3]; (246):06-14. Disponível em: <https://cadernosdoceas.uccs.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.
  32. Brasil. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Diário Oficial da União. 6 Jun 2019.
  33. Correia M. Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro [internet]. *Pública – Agência de Jornalismo Investigativo*. 2020 Jul 27 [acesso em 2020 ago 27]. Disponível em: <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>.
  34. Conselho Nacional de Política sobre Drogas. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Diário Oficial da União. 28 Jul 2020.
  35. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
  36. Benjamin W. Obras Escolhidas: magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense; 1994.
  37. Brum E. Prefácio – Os loucos somos nós. In: *Arbex D. Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013. p. 13-17.

38. Derrida J. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras; 2005.
39. Foucault M. *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
40. Dolce J. Desigualdade social é fator de risco para mortes de crianças e adolescentes por Covid-19 no país [internet]. Pública – Agência de Jornalismo Investigativo. 2020 Jun 9 [acesso em 2020 ago 27]. Disponível em: <https://apublica.org/2020/06/desigualdade-social-e-fator-de-risco-para-mortes-de-criancas-e-adolescentes-por-covid-19-no-pais/>.
41. Soares M. Dados do SUS revelam vítima-padrão de Covid-19 no Brasil: homem, pobre e negro [internet]. Época. 2020 Jul 3 [acesso em 2020 ago 27]. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>.
42. Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade no Brasil. Cebes [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 27]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desigualdade-no-brasil/>.
43. Barbon J. Saiba quem são as seis crianças mortas pela violência no Rio de Janeiro em 2019 [internet]. Folha de São Paulo. 2019 Dez 31 [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/12/saiba-quem-sao-as-seis-criancas-mortas-pela-violencia-no-rio-de-janeiro-em-2019.shtml>.

---

Recebido em 29/02/2020

Aprovado em 07/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise

## *Opening up possibilities in mental health care, in times of crisis*

Fernando Sfair Kinker<sup>1</sup>, Maria Inês Badaró Moreira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112814

**RESUMO** O objetivo deste artigo é apontar possíveis ações em saúde mental, em momentos de crise, a partir da Rede de Atenção Psicossocial. Utilizou-se de cena ilustrativa para fundamentar a análise, a partir de diferentes concepções sobre o fenômeno. Evidencia-se que concepções hegemônicas e simplificadoras da crise psíquica são centralizadas em sinais e sintomas, e apagam os sentidos do episódio, gerando ações de violência para os envolvidos. Defende-se a busca por respostas complexas, a fim de ampliar possibilidades de entendimento e ação, envolvendo diferentes atores, que estão implicados na produção da cena da crise. Sugere-se uma abordagem amparada em diferentes pontos da rede psicossocial, visto que a manutenção dos laços comunitários é imperiosa e pode se transformar em espaços facilitadores para a aproximação ou manutenção da pessoa na comunidade. Conclui-se que as aberturas possíveis para o acolhimento e as ações em rede encontram limites nas concepções simplificadoras e contraditórias às necessidades das pessoas. Para lidar com a complexidade da crise, necessita-se de outro paradigma, outros olhares, práticas e saberes, que considerem que a pessoa que encarna a crise produz um significado, constrói um saber sobre a vida e sobre a própria crise, e não deve ser colocada no lugar de objeto de intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Sofrimento psíquico.

**ABSTRACT** *The objective of this article is to point achievable actions in mental health, in times of crisis, from the Psychosocial Care Network. An illustrative scene was used to support this analysis, from different conceptions about this phenomenon. It is evident that the hegemonic and simplifying conceptions of the psychiatric crisis are centered on signs and symptoms that erase the senses of the episode, and generate acts of violence for everyone involved. The search for complex answers is defended, in order to expand possibilities of understanding and action, involving different actors, that are involved in the production of the crisis's scene. It is suggested an approach supported by different points of the psychosocial network, since the maintenance of the community bonds is imperative and can turn into spaces facilitating the approach or maintenance of the person in the community. It is concluded that the possible openings for the reception and the actions in network find limits in the simplifying conceptions and contradictory to the needs of the people. In order to face the complexity of the crisis, another paradigm is needed, other perspectives, other practices and knowledge that consider that the person who embodies the crisis produces a meaning, builds some knowledge about your life and the own crisis, and should not be placed in the place of intervention object.*

**KEYWORDS** *Mental health. Mental health service. Stressors, psychological.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Saúde, Clínica e Instituições (DSCI) – São Paulo (SP), Brasil.  
fernando.kinker@unifesp.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva (DPPSC) – São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

Historicamente, há várias formas de se entender o fenômeno da crise. Todas elas, correlacionadas. O substantivo crise advém do latim *crisis*, momento de decisão ou mudança súbita; do grego *Krísis*, que seria a ação ou faculdade de distinguir; pode-se também compreender como um momento decisivo e difícil, por derivação do verbo *kríno* (grego), que também significa separar, decidir e julgar. Boff<sup>1</sup> lembra que, em sânscrito, *kri* pode ser lido como desembaraçar, purificar ou limpar, e que a língua portuguesa conserva as palavras acrisolar e crisol, que têm a mesma origem sânscrita. Para o autor, a crise age como um crisol que purifica o ouro. Deste modo, após um episódio de crise, o ser humano sai purificado, “libertando forças para uma vida mais potente e cheia de sentidos novos”<sup>1(27)</sup>.

A palavra crise tem sido usada para indicar um processo que produz transformações e modifica a pessoa, no sentido de fazê-la superar momentos decisivos da vida; um evento que faz parte do percurso existencial, da relação com o mundo; um resignificar. Este sentido da crise pode ou não implicar a irrupção de uma experiência dita psicótica. E o que nos interessa é, sobretudo, a que implica isso, por conta de suas consequências, já que em momentos anteriores da história do cuidado em saúde mental, em que havia forte influência de uma cultura hospitalocêntrica, tendo o hospital psiquiátrico como *locus* para esse tipo de demanda, o momento da crise era um indicativo para se iniciar uma carreira psiquiátrica seguida de internações recorrentes. Ainda que se almeje dizer que tal cena pertence ao passado, o contexto atual de recuo das políticas públicas mostra que o passado pode vir a ser um vislumbre de futuro, tendo em vista o atordoado presente, com ameaças constantes de retorno ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, que nunca deixou de assombrar os serviços abertos, mesmo estes assumindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De qualquer forma, os momentos decisivos

de crise podem enriquecer a existência ou torná-la mais contida. O contexto de relações, os recursos de apoio disponíveis coproduzirão os seus efeitos e aquilo que ela poderá se tornar para a vida dos envolvidos. Inclusive, podem determinar se a vivência da crise implicará ou não uma vivência de ‘dissociação’, como compreendido por muitos profissionais. Aqui, esse termo aparece entre aspas por acreditarmos que somos compostos por fragmentos, e por isto, dissociados de múltiplas formas.

Outra forma de entender a crise é colocá-la como um processo de intenso sofrimento. Isto pode ser percebido no contato com muitas das pessoas que buscam os serviços de saúde mental. As experiências ditas psicóticas geram afetos que levam até os limiares da existência, produzindo intensidades de dor que são difíceis de serem suportadas.

Independentemente da tradução que se faça da crise, importa saber as respostas que ela recebe. É certo dizer que cada leitura que se faz desse momento vislumbra uma resposta.

## A crise e a articulação da atenção em rede

Com a instituição, pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>2</sup>, da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), muitos foram os ganhos para a pessoa em sofrimento psíquico que vivencia uma situação de crise. Em um modelo de cuidado sistêmico e transversal, viu-se uma ampliação das estratégias e possibilidades de manter o cuidado territorial contínuo. Em um desenho ampliado, puderam-se incluir diferentes composições de equipes trabalhando de modo articulado nos seguintes componentes de atenção: Atenção Básica (AB); Atenção Psicossocial (AP); urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A ênfase no papel dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para o cuidado em situações de crise aponta para as influências das concepções de crise que circulam no cotidiano.

Garcia & Costa<sup>3</sup> anunciam importante transmutação na mudança de entendimento da crise e, por conseguinte, mudança de modos de agir da equipe frente à situação. A partir de experiências de abordagem da crise como um sintoma a ser sanado rapidamente por terapias e medicações, ou prevenido pelo poder de polícia, os envolvidos vivenciaram uma modalidade de atenção que não permite compreensão sobre o fenômeno, com tentativas diversas de calar e resolver a situação. Até que, diante de uma experiência de sustentação de uma situação de crise no Caps, o serviço passou a repensar seu modo de organização e os profissionais também se colocaram em análise, a partir dos afetos produzidos. Com essa experiência, os envolvidos passaram a apostar na potência da equipe diante de cenas de crise, tomadas como momentos catalisadores da construção de novos territórios existenciais para esses sujeitos em sofrimento e, conseqüentemente, para os trabalhadores, que se posicionaram de outro modo, diante da situação.

A articulação da Raps como rede potente vem mostrando que, a partir do momento em que os profissionais passam a vivenciar situações de crise, iniciam uma jornada para construir espaços de manutenção dos laços sociais e familiares das pessoas.

Nessa direção, o apoio matricial tem se revelado importante referência para os profissionais da AB. Lima & Dimenstein<sup>4</sup> discutem as ações do apoio matricial na atenção à crise a partir do matriciamento de uma equipe de Caps II, em rodas de conversa com trabalhadores. Identificam a necessidade de promover ampliação na capacidade de acolhimento e cuidado das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse relato, o matriciamento se revelou ferramenta apoiadora da atenção à crise, ao prevenir as próprias situações de crise ou abordá-las antes que se agravassem. Esta forma evita manejos mais invasivos, tais como: utilização da polícia, uso de força física, conduções involuntárias para a emergência e internação hospitalar.

O trabalho desenvolvido e a aproximação com o mundo vivido dos usuários em crise

confirmam serem os caminhos para o fortalecimento da Raps. Diferentemente deste conjunto articulado de ações, as dificuldades de trabalho de algumas equipes dos Caps também são evidenciadas. Willrich et al.<sup>5</sup> destacam e questionam o papel da polícia, pois esta vai na contramão de um modo de cuidar que prevê o trabalho articulado em rede. Uma análise sobre os sentidos presentes nas práticas de profissionais de um Caps, produzidos pelas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em crise, destaca a contenção e os sentidos construídos em torno dessa prática. Os dados também chamam a atenção para os diferentes posicionamentos dos profissionais em relação a esse tipo de ação: os trabalhadores indicam a Polícia Militar (PM) como protagonista no cuidado da crise e questionam a responsabilidade da equipe, de cuidar do usuário também nesse momento. Por evidente descompasso, defende-se como necessária a construção de práticas coletivas para a atenção à crise, embasadas em relações contratuais, no respeito à singularidade e à subjetividade dos sujeitos.

Nessa mesma direção, os estudos de Andrade, Zeferino e Fialho<sup>6</sup> apontam que as contensões medicamentosa e mecânica, além da internação, aparecem como ações para redução dos sintomas, com desvalorização do sofrimento, deixando a pessoa em segundo plano. Estudos como estes revelam certa distância entre a realidade de alguns serviços e o preconizado pela política de saúde mental no País. Além disto, demonstram graves implicações na prática do cuidado em saúde mental e recuos evidentes na consolidação de formas de cuidado na comunidade, a partir da AP.

Em outra ponta da Raps, prevê-se o atendimento de urgência realizado por equipe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), intervindo em situações de crise psíquica. Uma análise de Almeida et al.<sup>7</sup> sobre este tipo de intervenção destaca a emergência de três ideias centrais: a alteração de comportamento e instabilidade psicológica; a manifestação com presença de alucinações e agressividade; e a intervenção que ocorre com

contenção física, medicamentosa e encaminhamento. O estudo afirma que a concepção dos profissionais sobre a crise está pautada em uma perspectiva positivista da psiquiatria e, em consequência deste modelo de compreensão, a atenção pré-hospitalar segue medidas protocolares no atendimento à pessoa em crise psíquica, distantes dos princípios determinados pelo paradigma psicossocial.

Estudo realizado por Brito, Bonfada e Guimarães<sup>8</sup>, sobre o atendimento prestado às crises psíquicas pelos profissionais de saúde do Samu, destaca a participação da PM nas ocorrências psiquiátricas como característica comum desse tipo de atendimento em urgências. Os autores apontam a necessidade de capacitação para vencer elementos associados à prática manicomial, como o uso da força coercitiva, exercida com o auxílio de policiais militares, que ainda estão presentes no ideário e na assistência prestada pelos profissionais entrevistados, embora defendam que a assistência mantenha os laços sociais, ambientais e afetivos dos sujeitos, evitando medidas violentas, repressoras ou excludentes. Este parece ser o elemento central para a compreensão dos achados sobre signos e significados de crise atribuídos pelos familiares e profissionais em saúde mental, exposto por Lima et al.<sup>9</sup>, uma vez que não há diferença entre as concepções de profissionais e familiares acerca da crise, já que ambos trazem significados negativos que suplantam os positivos, evocando os conceitos de sujeição à doença, incapacidade de interação social racional e periculosidade da pessoa tomada como doente. Por outro lado, Souza, Pinho e Cortes<sup>10</sup> assinalam que o fato de o hospital geral ser a única referência para alguns serviços móveis sustenta a desvalorização ou o desconhecimento das ações dos Caps como serviços comunitários e territoriais no cuidado às crises psíquicas, pois equipes dos serviços indicam que o papel do Samu acaba por direcionar o ponto da rede a ser acessada pela pessoa.

Os referidos estudos<sup>5-10</sup> apontam que, de modo geral, a resposta à situação de crise é

fruto de um modo hegemônico de compreender o sofrimento psíquico e as ações em saúde mental. Forma secular, naturalizada, que vem como em uma correnteza (embora seja uma resposta construída historicamente), é a intervenção dos dispositivos da ordem, em uma combinação e parceria entre as forças de segurança (polícia, justiça etc.) e as especialidades de saúde, que são legitimamente instituídas como aquelas que podem tratar e conter aquilo que foi traduzido como doença, ou como transtorno que está presente exclusivamente dentro da pessoa, um transtorno dito endógeno.

Mas há, também, outras perspectivas transformadoras. A experiência italiana em Trieste, por exemplo, demonstra na prática a possibilidade de transformar o episódio de crise. O manejo precoce das situações de crise tem sido realizado no domicílio com a inserção de familiares em todo o processo, o que vem apontando maior facilidade de manter o cuidado posterior. A equipe que aborda as situações de crise em casa realiza um trabalho em quatro fases: 1) inicia com a avaliação, 2) seguida de construção conjunta de um plano terapêutico, 3) envolver os familiares, até a fase 4) a ampliação de cuidados em equipamentos de acolhimento, se for o caso. O trabalho vem reduzindo consideravelmente a utilização de espaços hospitalares ou de acolhimento integral<sup>11</sup>.

Contudo, embora seja uma experiência com respostas muito positivas, tal perspectiva de lidar com a crise ainda é algo a ser consolidado no Brasil, de maneira a transformar os modos hegemônicos de cuidar da crise nos serviços de saúde mental do país. É o que corrobora o estudo de Dias, Ferigato e Fernandes<sup>12</sup>, que realizaram análise de protocolos e documentos institucionais em saúde mental, à luz da abordagem sociotécnica, apontando importantes dicotomias emergentes dos processos de atenção à crise.

Assim sendo, a forma hegemônica de lidar com a crise parece ter veios comuns: violência, contenção, limite e manutenção de um circuito psiquiátrico.

Partindo desse contexto, o presente artigo objetiva apontar e discutir possíveis ações de enfrentamento de desafios presentes na atenção à crise, no âmbito da Raps. Para isto, pretende-se discutir uma visão do fenômeno da crise, que a coloca como o desenrolar de uma cena composta por múltiplos atores e cenários. Uma cena longitudinal, em movimento, cujo desdobramento não pode ser definido *a priori*, dependendo de respostas que a coproduzem, em um movimento recursivo no qual o efeito retroage sobre a causa.

## Material e métodos

Este manuscrito se constitui a partir de um caso construído para uso didático em ambiente de formação e educação permanente de profissionais de saúde, a partir da reunião de diversos fragmentos de histórias vividas pelos autores. Trata-se de uma narrativa elaborada a partir de diferentes personagens e cenários, sem se fixar em uma situação ou pessoa específica. Os autores foram tomados pela necessidade de compartilhar tal experiência, entendida, na perspectiva de Bondía<sup>13</sup>, como uma oportunidade de nos abirmos para que algo nos toque, admitindo um gesto de interrupção que possibilite parar para pensar sobre o cotidiano profissional; parar para olhar e demorar nos detalhes, nas histórias; parar para escutar e compartilhar esse olhar, de modo a inaugurar um novo sentir e, assim, um fazer repleto de novos sentidos. Os autores-narradores, transpassados pela experiência, se interessam em provocar reflexões, a partir de vivências comuns a vários trabalhadores de serviços, e, por terem sido atravessados por essas histórias, se perceberam comprometidos em narrá-las, uma vez que, como define Benjamim<sup>14(201)</sup>: “o narrador retira da experiência o que ele conta [...] e incorpora as coisas narradas à experiência do ouvinte”.

Assim emergiu uma narrativa polifônica, construída a partir de conversas, debates e diferentes oportunidades de diálogo entre os

autores no cotidiano profissional, em ambiente de docência, supervisão e atuação profissional em serviços de saúde. A cena apresentada elucida um somatório de situações cotidianas comuns a muitos serviços de saúde. A personagem poderia ser encontrada em um serviço com as características trazidas pela narrativa, assim como poderia estar silenciada em espaços confinados ainda existentes.

Essa ilustração está sendo usada como instrumento de apresentação de uma das formas possíveis de abordagem do que na área de saúde mental convencionou-se chamar de crise. Optou-se por inserir a narrativa em um Caps III, organizador de ações territoriais, com funcionamento 24 horas/dia e a função de articular a relação dos seus usuários com os territórios de existência, produzindo agenciamentos e experiências que enriqueçam as redes de relações, aumentem o poder contratual e modifiquem valores relacionados ao sofrimento psíquico<sup>2</sup>. Optou-se por este desenho por ser condizente com a manutenção de cuidados comunitários previstos na Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>15</sup>.

Aliada à proposta de aberturas possíveis, a escolha de construir uma narrativa para este artigo produz sintonia com um desejo maior de fortalecer a perspectiva da desinstitucionalização, ampliando os olhares em direção às pessoas e suas histórias, como fizeram Kossah, Moreira e Braga-Campos<sup>16</sup> em recente artigo.

Este texto está voltado para fomentar a criação de novos estratos, significações abertas, e assim buscar romper com a relação de causa-efeito, com uma perspectiva que desvaloriza as histórias de vida e torna as narrativas silenciadas, típica do modo de operar do aparato manicomial.

## A crise de Pétala

Pétala sente-se morta. Deitada na cama, percebe as batidas do coração como trilhas sonoras de um universo distante: sente-se em uma outra dimensão. O ar quente que vem de sua janela,



como um jorrar de chamas, indica que seu corpo está a se desintegrar. O cheiro de suor está mais ácido e, por isto, ela tem a certeza de que algumas partes de seu corpo já não existem mais. As únicas imagens que consegue destacar são aquelas que vêm como relampejos quando seus olhos estão abertos. Estes, agora fechados, percebem um feixe de elétrons, como uma onda sobre outra, surgindo em cores diversas. Pétala não responde ao chamado de sua irmã, cuja cama fica ao lado da sua.

A irmã observa que as pálpebras de Pétala fazem pequenos movimentos, parecem trêmulas. O fato de o ar estar sendo absorvido por Pétala somente é perceptível pelo tato, quando se colocam os dedos à frente de suas narinas. O mesmo se pode dizer do movimento dos pulmões e do peito pulsante: o coração está a bater. Assim, a irmã entende rapidamente que Pétala ‘morreu’ novamente. Isto ocorre quando as coisas não vão bem: porque ela sente certo vazio, porque o dia estava escuro, porque sua mãe não a foi visitar, porque volta a lembrar de quando podia ter um trabalho e um dia pleno de descanso; ela simplesmente volta a ‘morrer’. Mas o que é este morrer de Pétala?, pergunta-se a irmã. É um morrer que insiste em se repetir ao longo dos anos. A irmã aprendeu recentemente uma nova forma de lidar com a ‘morte’ de Pétala: se antes chamava a ambulância, esta chamava a polícia, e ambas a levavam ao pronto-socorro, que a despachava para o hospital psiquiátrico, agora, a irmã liga para Sandra, assistente social do Caps III de Paraíso dos Vivos, cidade do interior de um grande estado.

Naquele dia, ao ser acionada, Sandra foi visitar as irmãs e tentou conversar com a recém-falecida. Normalmente, tais encontros têm envolvido falas e contato físico, mas Pétala sempre se mantém desfalecida. Se lhe levantam o tronco, volta à posição horizontal tão logo a soltam, e mantém-se muda e com os olhos cerrados. Sandra, mais uma vez, diz a Pétala: “OK, Pétala! Estou ente ndendo que você quer que a levemos ao Caps, certo? Então, vou chamar a ambulância...”.

O trajeto até o Caps é tranquilo. Embora os atendentes da ambulância reclamem de terem que levar novamente um morto-vivo ao Caps, pois consideram que há coisas mais importantes a fazer, Sandra e a irmã de Pétala seguem apoiando o corpo dela dentro da ambulância, conversando com ela, mesmo sem ela responder. Já no Caps, a equipe vai refletindo sobre as repetidas ‘mortes’ de Pétala, e percebe que têm sido sempre diferentes, seja na duração, seja nos sinais que ela apresenta quando do renascimento. Sempre parece haver uma nova Pétala ressurgindo da ‘morte’. Pétala coloca novos desafios à equipe, pois suas ‘mortes’ são mensagens de que sua produção de mundo está precisando ser refeita, e que isto depende dos atores que compõem seu mundo; parece ser necessário mudar tal cena. A forma como a ‘morte de Pétala’ irrompe parece revelar que algo à sua volta precisa mudar e, portanto, impõe diversas dúvidas a todos que a cercam. E, daquela vez, o renascimento de Pétala se deu quando foi inserida em um trabalho, por meio da participação em um projeto de economia solidária desenvolvido pelo Caps, em parceria com uma organização não governamental e com pessoas do movimento social de moradia instalado no bairro.

Não é seguro dizer se Pétala vai ou não experimentar outros momentos de conflito e outras ‘mortes’, mas estas, por mais contraditórias que pareçam, fazem parte da vida, e têm sido, no caso dela, a condição para que o mundo sofra uma metamorfose. De certo, quanto mais valer a pena estar viva, menos Pétala morrerá.

## **Outra forma de conceber a crise e produzir outras ações**

A história de Pétala remete a situações cotidianas que poderiam ter ocorrido em qualquer um dos serviços de saúde mental, e ajuda a identificar a crise situada no contexto das pessoas



envolvidas: a pessoa em sofrimento, sua irmã e a equipe que a acolhe no serviço. Diante dos desafios atuais para a efetivação do cuidado das pessoas em situação de crise, podemos também entender a crise como uma situação processual – como a cena vivida por Pétala e sua irmã –, um corte no tempo, dentro de um longo processo de existir, que está em construção a partir das relações vivenciadas pela pessoa. Portanto, não está ‘dentro’ da pessoa, em uma vivência ‘interna’ a ela, não se trata de uma experiência individual, mas constituída no ‘entre’ das relações. Se tomarmos a crise como cena de uma rede de relações em movimento, como expressão de determinado processo relacional, ou como o processo em si, a crise passa a ser fato social, implicando cenas sociais, atores sociais, contextos sociais, relações de saber e poder, produção de realidades.

Se entendermos a crise por essa via, ela se torna muito complexa, e as respostas dadas a ela ultrapassam a simples contenção, a anulação, o enfraquecimento do acontecimento, da intensidade dos afetos produzidos (tentamos arrefecer a crise para diminuir o sofrimento daquele que a expressa, mas, também, porque suportamos pouco a angústia de entrar em relação com alguém que vive essa experiência).

Desse modo, as respostas que tais situações recebem, como já dito acima, ajudam a coproduzir a crise. Ou seja, a partir do momento em que ela chega, através das pessoas que chegam aos serviços (ou às quais os serviços vão atender em domicílio), já se começam a coproduzir a crise e seus significados. Isto é importante perceber, porque remete a ter um olhar crítico e reflexivo sobre as ações a serem desenvolvidas, já que quaisquer que elas sejam, estarão coproduzindo a cena da crise.

Quando comumente se defende a capacitação para avançar em diferentes modos de agir junto às pessoas em situação de crise e superar as práticas manicomial, lembramos que a ideia de ‘capacitar para atender à crise’ não pode ser equivalente à de transformar o modo de compreender o momento da crise dentro de um contexto amplo e complexo da

vida. Pois essa transmutação não ocorre apenas com a capacitação para o trabalho, tal como visto em pesquisa referente ao curso Crise e Urgência em Saúde Mental, para trabalhadores da Raps com formação em nível superior, oriundos de diversas regiões do Brasil, selecionados pelo MS<sup>6</sup>.

Nesses anos de trabalho em educação permanente para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que não se trata de aumentar o número de horas de estudo e capacitação para melhor agir sobre a crise e sim, de transmutar a compreensão sobre o que é, de fato, a crise, ou seja, mudar o objeto a ser visto. E isto se dá com a prática reflexiva e coletiva.

Ao tomarmos o caminho de uma pessoa até sua chegada a um pronto-socorro psiquiátrico, muitas situações já ocorreram e contribuíram para compor o quadro que revela a crise: aquilo que irrompe a partir de seus nexos existenciais, relacionais, nos territórios de existência da pessoa, é interpretado e transformado em outra coisa quando a polícia e a ambulância são mobilizadas e comparecem ao domicílio. Os acontecimentos daí decorrentes, a abordagem, o trajeto até o pronto-socorro e a própria abordagem ali realizada acrescentarão outros significados e transformarão, através de simplificações, a complexidade da crise.

Essa cadeia de simplificação sempre é traduzida pelos códigos da doença, pelos sinais e sintomas, geralmente apagando os rastros de sentido ou o fio da meada que poderia ampliar e tornar complexa a cartografia do fenômeno. Inverter esse modo de fazer, para outro que se oriente em buscar respostas complexas e críticas para o fenômeno da crise, passa por um olhar e uma prática crítica que aborde a questão, ampliando as possibilidades de entendimento e tradução, envolvendo os atores implicados na produção da cena de crise. Essa ação só será possível se houver uma compreensão de que tal cena é construída a muitas mãos, envolvendo contextos reais e complexos de vida e relações reais, para além de uma vivência da doença e do fenômeno em si.

Para lidar com a crise de forma complexa é necessário que haja outro paradigma,

bem como outros olhares, outras práticas, outros saberes que considerem que a pessoa que encarna a crise é um ator essencial na produção de significado; que ela produz um saber sobre a vida e sobre a crise, e não deve ser colocada no lugar de objeto de intervenção.

A Raps, como rede comunitária e territorial, em articulação com as outras redes de sociabilidade do território existencial das pessoas e grupos sociais, tem a possibilidade de exercer outra abordagem à crise. Essa abordagem vem como parte de uma construção mais geral de projetos de vida e de percursos de ampliação e transformação das cenas sociais, que invalidam e expõem a experiência do sofrimento, e tudo o que ela tem de revelador.

## Abordagem à crise e a aposta da vida em liberdade

Abordar as situações de crise no contexto dos serviços da Raps é algo complexo, pois implica a permanente comunicação e interação com os elementos que compõem o cotidiano de relações entre os atores sociais. Podemos entender as relações sociais como relações de poder, e o poder como a energia que circula e é produzida no choque entre os corpos. O poder<sup>17,18</sup>, desta forma, está presente em todos os lugares, e seu exercício é o verdadeiro produtor da realidade, ou das cenas sociais. Neste sentido, todas as relações são relações de poder.

A primeira questão a ser considerada na abordagem à crise no contexto da Raps é trabalhá-la sob uma perspectiva ampla, que busque aberturas de entendimento. Este processo demanda ampliar as formas e fontes para o entendimento da situação, de modo articulado à vida concreta das pessoas. Não se trata de um momento isolado ou um acontecimento fora da vida, por isto, é importante enriquecer os fluxos de inteligibilidade, produzir pistas, elencar interpretações móveis que se modifiquem a todo o momento, com o intuito de construir hipóteses que favoreçam o exercício de poder da pessoa que manifesta o sofrimento.

Como todo exercício de inteligibilidade é uma escolha de determinado(s) caminho(s) mesclado(s), procurar os caminhos que favoreçam o usuário dos serviços já representa uma importante mudança de cena e de transformação das relações de poder. Essa ação provoca um desvio importante no caminho a seguir posteriormente.

Uma análise reflexiva-racional nem sempre possibilita a compreensão dos fenômenos. Antes disto, há uma espécie de ‘consciência pré-reflexiva’, ou, nas palavras de Merleau-Ponty, uma ‘consciência perceptiva’<sup>19</sup>. E isso, de certa forma, foi exigido de Sandra na cena acima:

Para saber o que significa o espaço mítico ou esquizofrênico, não temos outro meio senão despertar em nós, em nossa percepção atual, a relação entre sujeito e seu mundo, que a análise reflexiva faz desaparecer. É preciso reconhecer, antes dos ‘atos de significação’ do pensamento teórico e tético, as ‘experiências expressivas’; antes do sentido significado, o sentido expressivo; antes da subsunção do conteúdo à forma, a ‘pregnância’ simbólica da forma no conteúdo<sup>19(391)</sup>.

Para construir uma inteligibilidade mutante e rica é necessário confiar na sensibilidade e na lapidação do entendimento que os afetos produzem em todos os envolvidos: usuários, familiares ou acompanhantes, e nos demais atores envolvidos em cada uma das situações, como também trabalhadores da área da saúde. A sensibilidade crítica entra aqui como um instrumento de saber e de construção de uma nova realidade. O que sente e como reage cada ator envolvido em uma situação de crise? O que mobiliza as nossas decisões e os nossos encaminhamentos? Essas são questões fundamentais de autocrítica, que delinham o caminho que a situação de crise tomará.

A atenção flutuante sobre a totalidade da cena, e não apenas sobre a pessoa que expressa um mal-estar coletivo, permite, então, que se possam rascunhar inúmeros desfechos, a serem construídos flexivelmente.

Se a crise está entre as pessoas, nas relações, é neste ‘entre’ que os serviços devem intervir e provocar alguma transformação; construir amplo leque de ações que se coloquem nesse espaço do ‘entre as pessoas’, para que cada um dos envolvidos possa se ver e ressignificar as situações que produzem tal crise. Tomando a perspectiva da complexidade<sup>20</sup> como uma dimensão da existência e do entendimento, que vai além de toda a simplificação e disjunção dos saberes diversos, podemos dizer que, nesse ‘entre as pessoas’, se estabelece uma unidade complexa entre, pelo menos, duas lógicas, que se alimentam uma da outra – a racionalidade e a percepção afetiva –, podendo se completar ou instituir novos embates, fundando o que poderíamos chamar de ‘racionalidade aberta’.

Pode ser também compreendida como momento decisivo, que convoca ações de diferentes atores – desde trabalhadores na abordagem inicial e no acolhimento, passando pelos cuidados próximos e quentes, até a manutenção do plano de cuidado e a construção de projetos de vida, nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Sendo assim, a continuidade do cuidado deve estar prevista, desde a recepção e o acolhimento inicial, como um alvo orientador a ser alcançado.

Esse é o principal motivo para que tal momento esteja inserido no contexto dos Caps, como serviços abertos na comunidade. Uma vez ausentes dessa cena os serviços territoriais, corre-se o risco da perda do fio que poderia sustentar o caminho do cuidado a ser implementado à frente.

Portanto, deve-se ampliar esse debate no cotidiano de todos os serviços de saúde da rede, de modo que a preocupação com o acolhimento à crise não fique restrita aos Caps III<sup>21</sup>, ainda que seja fundamental que este serviço esteja presente. Mas que também se torne uma cena protagonizada, em íntima parceria, por múltiplos atores, potencializando as respostas e os possíveis desfechos. As investidas de cada um dos serviços podem parecer pequenos avanços, mas o grande ganho com o acolhimento da crise em rede será essencial

para o cumprimento de um dos objetivos da política de saúde mental territorial, que seria evitar as internações e modificar as cenas que geram a exclusão e a invalidação, anulando as contradições sociais.

A flexibilidade e a prontidão dos serviços podem ampliar o potencial de transformação, calcado na confiança que os atores do território fortalecem junto à equipe; uma prática consistente e que saiba lidar com as contradições do cuidar e do controlar, que pode potencializar diversas transformações<sup>16,18,22</sup>.

A aproximação e a presença sensível e eficiente da equipe geram a necessidade de deslocamentos, sejam físicos (como ir ao encontro da pessoa em qualquer lugar), sejam temporais. O uso de estratégias diversas de aproximação, o envolvimento de atores importantes para a pessoa em sofrimento nos momentos de crise, como sugerem Dell’acqua & Mezzina<sup>23</sup>, constroem a possibilidade de entender que mesmo as medidas mais fortes, desde que dialogadas e compartilhadas com a pessoa que sofre, traduzir-se-ão em manifestações de cuidado e preocupação, compartilhamento de angústias e tristezas, uma continência na potência de vida que se torna coletiva, em nome do acolhimento: estaremos amarrados juntos, e logo nos soltaremos, juntos.

Geralmente, quando as medidas fortes ocorrem, isto significa que algo não está indo bem, e que é necessário repensar. Mas é melhor e mais correto responsabilizar-se pela pessoa, mesmo nesses momentos, do que delegar isso a outros lugares. Não é desejável ceder ao risco da liberdade abstrata e do abandono.

A possibilidade de a mesma equipe cuidar da pessoa, estando ela em crise ou não, também possibilita produzir novos nexos, transformar as cenas, agregar elementos novos nesse processo de construção e evitar a ruptura, a violência e a reprodução de cenas que a anulem ou a invalidem, já que quem atende apenas à crise acaba por produzir uma simplificação e uma simples busca pelo arrefecimento.

A imprevisibilidade e as transformações na vida das pessoas são dois aspectos

fundamentais para seu manejo e, por isto, pode-se defender algum investimento em tecnologias leves-duras e leves<sup>24</sup>. Esse tipo de ação pode possibilitar a construção de vínculos e a intensificação de cuidados nos momentos de crise. Certo é que o arranjo e o equilíbrio entre essas formas de tecnologias abarcam os diferentes tipos de modelos de atenção à saúde, que podem coadunar com as premissas da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade.

Assim, é possível produzir outras possibilidades de acolhimento ou hospitalidade integral às situações de crise, supervisionadas e mediadas pelos Caps, tais como: famílias acolhedoras; repúblicas de usuários; o profissional do serviço de saúde dormir na casa do usuário etc. A inventividade e a proliferação de alianças, a partir de uma visão ampla do fenômeno da crise, entendendo-a como algo do âmbito do coletivo, proporcionarão respostas inusitadas, que, mais do que acolher à crise, transformarão os envolvidos, constituindo novas cenas.

Ainda pode-se compreender esse momento que chamamos de crise como uma ruptura, uma fratura do processo de vida. A fratura diz respeito não só a um movimento realizado por aquele onde está identificada, localizada, concentrada a crise, mas às respostas que tais situações receberam. Ou seja, à coprodução a qual já nos referimos.

Nesse sentido, a crise também pode ser compreendida como um tipo de organização momentânea que se tem à disposição no momento em que outros recursos psíquicos foram utilizados. A crise pode ser um ponto decisivo para uma pessoa que não vislumbra outros modos de enfrentar uma experiência de sofrimento. Portanto, a crise é um episódio decisivo para a continuidade do cuidado e, sobretudo, para a manutenção do indivíduo em seu espaço existencial e afetivo. Desse modo, a estratégia inicial de acolhimento à crise e seu manejo vão determinar o caminho a ser trilhado pela pessoa que está em sofrimento psíquico intenso e pelos demais em seu entorno. Assim, deve-se antever a solução de

continuidade do cuidado *a posteriori*, e não o perder de vista.

Sendo um ponto decisivo de rupturas vivenciado pela pessoa, não há retorno possível. Assim, dista sobremaneira da expectativa equivocada de um restabelecimento esperado pelos familiares e pelas pessoas do entorno. A partir deste ponto, só há o caminho à frente, a seguir. Por isto, as ações empreendidas nesse momento devem ser orientadas para um ponto à frente da vida dessas pessoas e não como uma tentativa malsucedida de retomar a vida como antes.

A crise vai se tornando um processo que compõe determinado percurso de vida, vai se produzindo como um brotar do sentido em direção ao fortalecimento da vida. Ressignificasse o sofrer, alteram-se os elementos que produzem a cena do sofrimento, aumentando a potência de agir.

Como nos diz Espinosa<sup>25</sup>, somos corpos constantemente afetados pelas relações que nos constituem como intensidades subjetivas, e essas afetações aumentam ou diminuem nossa potência de agir. Se pudermos ser afetados pelas forças que lutam contra o desespero e a miséria, nos tornaremos mais potentes e comporemos com mais energia a natureza a que pertencemos, e que nos forma enquanto a formamos.

Essa política da relação entre os corpos, que podemos chamar de relações de poder, nos investe de energia e nos metamorfoseia, transformando também o sofrimento. O sofrimento é, sobretudo, uma questão política, que tem a ver com a produção de corpos potentes ou impotentes. Corpos potentes são aqueles que se compõem com os elementos que os transformam, no sentido de lhes intensificar a energia vital. Por isto, o saudável é aquele que apresenta uma intensidade de vida, e estar em crise pode ou não possibilitar este aumento de intensidade.

## Conclusões

O que está em jogo na mudança das cenas relacionadas à crise é a forma de entender o sofrimento psíquico como uma articulação

das dimensões da vida de uma pessoa. Para essa transformação no modo de compreender a crise e também de empreender um plano de ação que se inicia já nesse momento, é necessária uma ruptura epistemológica. Trata-se da construção de um modo diferente de compreender, aproximar, construir aberturas e ampliar o espaço de manejo da situação com os demais envolvidos.

Trata-se, sobretudo, de se abrir para construções coletivas, de um saber que não se sobreponha a outro. É também fundamental aceitar trabalhar com a incerteza, abrir-se para pequenas aventuras e ousadias. E, sobretudo, compreender que há uma chance para a criatividade, e de se poder ir vivendo em paz com as crises dos serviços, aprendendo com elas.

Uma mudança epistemológica dessa envergadura implica transformar o modo como todos os envolvidos concebem esse momento.

São mudanças importantes nos profissionais e nos serviços, mas também uma forma pedagógica de alterar o modo como a família e o entorno lidam com esse momento inserido no modo de viver de uma pessoa.

E, por fim, é fundamental que os usuários mudem e consigam traduzir esse momento para as pessoas à sua volta. Assim, todos seriam capazes de fazer um caminho diferente, e as cenas das crises teriam outros desfechos. A fórmula transformadora permite que todos enriqueçam o olhar, a sua existência pessoal, sua relação com o trabalho e com a vida.

## Colaboradores

Kinker FS (0000-0002-3733-9126)\* e Moreira MIB (0000-0001-5798-2023)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Boff L. Crise – oportunidade de crescimento. Petrópolis: Vozes; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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). Diário Oficial da União. 21 Maio 2013.
3. Garcia AM, Costa HCP. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2020 set 13]; 38(101):399-408. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200399&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200399&lng=en).
4. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. Interface (Botucatu) [internet]. 2016 [acesso em 2020 set 13]; 20(58):625-635. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=en).
5. Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, et al. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. Revista Brasileira de Enfermagem [internet]. 2014 [acesso em 2020 set 13]; 67(1):97-103. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100097&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100097&lng=en).
6. Andrade K, Zeferino MT, Fialho MB. Articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises. Psicologia em [internet]. 2016 [acesso em 2020 set 14]; 21(2):223-3. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31269>.
7. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, et al. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. Texto & Contexto Enfermagem [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 25]; 24(4):1035-43. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt\\_0104-0707-tce-24-04-01035.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01035.pdf).
8. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. Physis [internet]. 2015 [acesso em 2021 mar 30]; 25(4):1293-1312. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401293&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401293&lng=en).
9. Lima M, Jucá VJS, Nunes M, et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. Interface (Botucatu) [internet]. 2012 [acesso em 2021 mar 30]; 16(41):423-434. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200011&lng=en).
10. Souza AS, Pinho PH, Cortes HM. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. Journal nurs. Health. [internet] 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 9(1):e199109. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15019>.
11. Sade RMS, Goljevscek S, Corradi-webster CM. Intensive home support for mental health crises: experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. Saude soc. [internet]. 2020 [acesso em 2020 out 17]; 29(3):e190831. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902020000300304&lng=pt.Epub14-Ago 2020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000300304&lng=pt.Epub14-Ago 2020).
12. Dias MK, Ferigato S, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2020 [acesso em 2020 out 13]; 25(2):595-602. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000200595&lng=pt.Epub03-Fev-2020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200595&lng=pt.Epub03-Fev-2020).
13. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Edu [internet]. 2002 [acesso em 2019 ago 13]; 19:20-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso).



14. Benjamim W. Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1985.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 19 Fev 2002.
16. Koosah J, Moreira MIB, Braga-Campos FC. Construindo histórias em tessitura lenta: desinstitucionalização e narrativas em pesquisa. Saude soc. [internet]. 2019 [acesso em 2020 out 17]; 28(3):29-39. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000300029&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300029&lng=pt). Epub07-Out-2019.
17. Foucault M. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008.
18. Basaglia F. Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
19. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
20. Morin E. O método 4: As ideias, hábitat, vida, costumes, organização. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS, 2004.
22. Kinoshita RT. Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: Braga-Campos FC, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta; 1996. p. 39-49.
23. Dellacqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizadores. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2005. p. 161-194.
24. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
25. Espinosa B. Ética e tratado político. São Paulo: Nova Cultural; 2005.

---

Recebido em 28/10/2019  
Aprovado em 24/10/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários

*Madness and criminal law: clues to the extinction of judicial asylums*

Haroldo Caetano<sup>1</sup>, Silvia Tedesco<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112815

**RESUMO** As interfaces entre a loucura e o direito penal, com a análise das medidas de segurança diante da Lei Antimanicomial e das políticas de atenção à saúde mental no Brasil, assim como a experiência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), integram os planos de desenvolvimento deste artigo. Discutem-se aqui o tratamento penal da loucura, a natureza jurídica e os fundamentos teóricos das medidas de segurança, bases a partir das quais são formuladas pistas que se voltam para o fechamento dos manicômios judiciários.

**PALAVRAS-CHAVE** Hospitais psiquiátricos. Medidas de segurança. Transtornos mentais.

**ABSTRACT** *The interfaces between madness and criminal law, with the analysis of security measures under the Antimanicomial Law and the mental health care policies in Brazil, as well as the experience of the Crazy Infractor Integral Care Program (Paili), make up the development plans of this work. This article discusses the criminal treatment of madness, the legal nature and the theoretical foundations of security measures, the basis on which clues are formulated that focus on the closing of judicial asylums.*

**KEYWORDS** *Hospitals, psychiatric. Security measures. Mental disorders.*

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.  
haroldocaetano@gmail.com



## Introdução

A Constituição de 1988 inaugurou no Brasil o estado democrático de direito e, fundada no princípio da dignidade humana, passou a prever que ‘nenhuma pena passará da pessoa do condenado’<sup>1</sup>, dispositivo que pressupõe a ‘culpabilidade’ como condição essencial à aplicação da sanção penal. De sua parte, as medidas de segurança, instituídas pelo Código Penal de 1940 e mantidas na reforma de 1984, ainda se sustentam numa pretensa ‘periculosidade’ do louco e funcionam como sanções penais sem suporte no agora necessário pressuposto da culpabilidade. Como comentaremos mais à frente, vista como espécie de sanção penal, a medida de segurança é imposta ao louco mesmo diante de sua absolvição pelo juiz. A contradição normativa deveria, evidentemente, pender para a Constituição (que não admite qualquer sanção penal fundada na ideia de periculosidade) com o reconhecimento da não recepção constitucional das medidas de segurança, mas o que se tem ainda hoje, mesmo passados mais de 30 anos do novo regime constitucional, é a continuidade da aplicação das medidas de segurança instituídas na primeira metade do século XX e o persistente funcionamento do manicômio judiciário na maioria dos estados brasileiros.

De sua parte, a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, veio para regular a atenção em saúde mental no País e trouxe regras que delimitam a função da internação psiquiátrica como um dispositivo terapêutico e que, como tal, deve observar os direitos do próprio usuário dos serviços, voltando-se exclusivamente ao interesse de beneficiar sua saúde, de forma que o efetivo tratamento seja realizado pela inserção na família, no trabalho e na comunidade<sup>2</sup>. Como veremos, as pesquisas na área de saúde mental reforçam a natureza psicossocial do transtorno mental, apontando, como orientação ético-clínica do tratamento, o acompanhamento técnico-especializado do processo de construção e fortalecimento dos nexos com a realidade social que também nos

constitui. Portanto, na qualidade de recurso terapêutico, a internação só será admitida por tempo delimitado e quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes. A internação psiquiátrica passa a ser algo absolutamente distinto, assim, de expedientes de natureza eminentemente punitiva ou ‘de segurança’. Esta é prevista exclusivamente por breve tempo, indicada que é somente nos períodos de crise mais grave, devendo ser justificada por parecer abalizado de profissional competente da área da saúde mental. Outro ponto de grande importância é a vedação legal expressa da internação psiquiátrica em unidades que apresentem características asilares, o que evidencia, desde uma primeira leitura, a inafastável ilegalidade do funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), denominação dada a partir de 1984 ao manicômio judiciário.

Diante do ordenamento jurídico brasileiro, tem-se, então, uma disputa de interpretações sobre a norma positivada que transcende para uma disputa política entre posições favoráveis e contrárias ao manicômio judiciário e, por consequência, também diferentes quanto à aplicação e execução das medidas de segurança. Mesmo com a chegada das regras cristalinas da Lei Antimanicomial em 2001, ainda há quem sustente – e não são poucos – a legalidade do funcionamento dos manicômios judiciários.

Como não houve expressa alteração da legislação penal no que diz respeito às medidas de segurança para a sua adequação à ordem constitucional pós-1988, o Brasil passou a ter experiências distintas nessa matéria, convivendo com modelos completamente diferentes, quando não antagônicos entre si. De um lado, o manicômio judiciário, cujo funcionamento baseia-se na legislação penal; no extremo oposto, uma experiência antimanicomial que funciona desde o ano de 2006 no estado de Goiás sob a sigla Paili, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, que se orienta pelas regras definidas na Lei nº 10.216/2001, sem a utilização, em absoluto, da internação

manicomial. Também merece registro, nesse campo, a existência de outras práticas anti-manicomiais pelo País, de natureza mista, em que políticas antimanicomiais convivem com o HCTP no mesmo território.

É, pois, o panorama nacional das medidas de segurança, com suas fortes contradições, que motiva este artigo, pois não parece aceitável que o Brasil, federação que é e sob o pálio da Constituição de 1988, conviva com interpretações tão diferentes da norma na aplicação e na execução das medidas de segurança. Pessoas com transtornos mentais em situações jurídicas similares não deveriam ter destinos tão diferentes pelo simples fato de residirem neste ou naquele estado, notadamente quando a Lei Antimanicomial traça em sua completude, desde 2001, os caminhos a serem trilhados no campo da atenção em saúde mental em todo o País.

## Medidas de segurança

Nos termos em que estão reguladas no Código Penal<sup>3</sup>, as medidas de segurança são as sanções aplicáveis a quem pratica o crime, mas que não tem responsabilidade penal por não dispor, no momento do ato, de capacidade para reconhecer o seu caráter delituoso, ou por ter reduzida a capacidade de compreensão do ilícito em função de um transtorno mental.

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

No primeiro caso, diante da ‘inimputabilidade’ (art. 26, caput), o agente é absolvido no processo, sendo, todavia, submetido à medida de segurança em razão de sua presumida periculosidade<sup>3</sup>. No segundo, em face da ‘semi-imputabilidade’ (art. 26, parágrafo único), embora reconhecido como culpável e seja a princípio condenado pela prática criminosa, o agente tem a pena substituída por medida de segurança já na sentença condenatória, por força de sua capacidade penal reduzida<sup>3</sup>. Tem-se nessas hipóteses, então, medidas de caráter pretensamente preventivo que se destinam a evitar a prática futura de crimes por parte daquele que é identificado como perigoso. Embora expostas de forma asséptica como providências voltadas ao tratamento curativo do indivíduo, as medidas de segurança constituem-se, essencialmente, em sanções penais que não se fundam na culpabilidade, mas, sim, na presumida periculosidade do agente, conceito que vem da ficção jurídica construída a partir da junção entre a prática criminosa e o transtorno mental. Por definição, as medidas de segurança são, portanto, as sanções penais aplicáveis aos loucos.

## Periculosidade

A ‘teoria da periculosidade’, ideia sedutora para muitos e que vem sendo, desde 1940, utilizada como fundamento para a imposição das medidas de segurança com seu inafastável caráter sancionatório, é aplicada acriticamente como justificativa para a segregação indeterminada (e muitas vezes perpétua) de quem tem algum transtorno psiquiátrico. A questão é resolvida em uma equação simplificadora:

Prática do crime + loucura = absolvição + medida de segurança.

A medida de segurança é um legado da Escola Positiva do Direito Penal, de raiz determinista, segundo a qual o homem não governa suas próprias ações e não tem liberdade de agir. Para o positivismo criminológico, a infração penal é expressão sintomática de uma

personalidade antissocial, anormal e perigosa. Reflexo de uma doença ou de uma anomalia, o crime não deve ter como resposta, então, uma sanção penal de natureza retributiva. Segundo essa perspectiva, a pena deveria ganhar, pois, a companhia da medida de segurança, esta de caráter preventivo e que seria capaz de alcançar os objetivos da correção, da educação, da inocuidade e da cura, proporcionando, na perspectiva do positivismo criminológico, a readaptação do delinquente à vida normal da sociedade. Em resumo: se, por um lado, a culpabilidade é a premissa fundamental de aplicação da pena; por outro, será a periculosidade, a partir do Código Penal de 1940, o pressuposto para a imposição da medida de segurança.

Acontece que a periculosidade, essa ideia tão arraigada na tradição jurídico-penal brasileira, não logrou acolhimento na Constituição de 1988, que trouxe novas balizas para a aplicação do direito penal dentro de parâmetros democráticos. Distintamente dos regimes anteriores, ao prever que ‘nenhuma pena passará da pessoa do condenado’<sup>1</sup>, a Constituição de 1988 passou a exigir a culpabilidade como pressuposto, agora fundamental e inegociável, para a imposição de qualquer medida de caráter sancionatório pela justiça criminal, de maneira a demonstrar a não recepção da teoria da periculosidade no texto constitucional e, por consequência, a inconstitucionalidade das medidas de segurança.

A Constituição de 1988 trouxe uma inovação cuja relevância fica mais evidente quando a comparamos com as constituições anteriores. Desse fragmento do inciso XLV do art. 5<sup>o</sup>, que diz que nenhuma pena passará da pessoa do condenado, é que será possível extrair um decisivo elemento da aplicação da sanção penal, com repercussão fatal para as medidas de segurança.

A responsabilidade penal pessoal, pela qual a pena não pode passar da pessoa do agente do delito, não é algo novo, pois se fez presente desde a Constituição do Império (1824), vindo a se repetir nos textos constitucionais posteriores, à exceção da Constituição que

inaugurou a ditadura do Estado Novo. Já a ideia de culpabilidade, na qualidade de pressuposto da sanção penal, somente aparece na Constituição de 1988. Até antes desse ano, o direito penal da culpabilidade ainda não havia sido elevado à condição de princípio constitucional, de forma que o panorama jurídico anterior permitia sanções penais baseadas também na periculosidade do agente, caso das medidas de segurança.

A sutil distinção decorre do tratamento constitucional do tema nas constituições anteriores a 1988, em que a regra fundamental definia que nenhuma pena poderia passar da pessoa do ‘delinquente’. Se antes a pena não poderia passar da pessoa do ‘delinquente’, com a Constituição de 1988, ela (a pena) não pode passar da pessoa do ‘condenado’<sup>1</sup>. O delinquente não era apenas o indivíduo imputável, pois poderia ser identificado também entre aqueles sem responsabilidade penal, caso do louco que, assim, era submetido à medida de segurança, providência de conteúdo sancionatório. Já o condenado, a quem se reserva a pena no ambiente pós-1988, pressupõe a culpabilidade do agente, como demonstramos.

A Constituição de 1988 forma o alicerce jurídico assentado na dignidade humana, um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito; e, se o texto constitucional não faz exceções, a dignidade do louco está contemplada, devendo assim ser respeitada pelas instituições do Estado. De tal sorte, se a Constituição não admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar da culpabilidade, o que se tem no plano da validade das normas é a não recepção constitucional da teoria da periculosidade e do sistema de medidas de segurança nela fundado.

## Lei Antimanicomial

A Lei nº 10.216/2001 contemplou no plano normativo o modelo historicamente defendido pelos ativistas da Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação das políticas

de atenção à saúde mental mediante a transferência do foco do tratamento, que antes se concentrava na internação em instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos<sup>2</sup>. Essas reformulações se devem a pesquisas científicas, desenvolvidas por décadas, como destacado por Amarante<sup>4</sup>, Delgado<sup>5</sup>, Carvalho et al.<sup>6</sup>, que revelam ser o transtorno mental de base psicossocial. Passe a entender que tanto a proliferação enriquecedora da vida como seus impasses e colapsos não são gerados exclusivamente no interior da vida psíquica, de modo que não podem ser buscados apenas no indivíduo isolado, enfocando nele os problemas e as dificuldades. Os transtornos mentais emergem do esgarçamento, da fragilização e do empobrecimento dos vínculos sociais, sempre considerados como vias de mão dupla. Portanto, o cuidado competente, dirigido à saúde mental, não pode se dar em locais nos quais as relações psicossociais são rarefeitas ou inexistentes. Cabe acompanhar os processos de constituição desses nexos e, atentando para o caráter recíproco destes, não desconsiderar a responsabilidade de todos aí implicados, para assim intervir clinicamente, caso a caso, na reconstrução e no fortalecimento dos nexos existenciais que nos constituem<sup>7-9</sup>.

Todo e qualquer atendimento em saúde mental deve, necessariamente, obedecer à Lei nº 10.216/2001, verdadeiro estatuto jurídico do louco, voltado à proteção e à garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. Fundada na dignidade humana e na liberdade como princípios, a assistência em saúde mental passou a ter como objetivo maior a reinserção social do paciente. De meramente psiquiátrica, a atenção em saúde mental foi ampliada para contemplar o amparo psicossocial do indivíduo, e este, antes manejado feito objeto ao talante de interesses diversos, é reconhecido como sujeito, com direitos bem definidos; e a internação psiquiátrica de longa duração, comprovadamente provocadora de agravos, outrora utilizada com objetivos nada

eficientes e pouco nobres, como denunciado por Arbex<sup>10</sup>, tornou-se, como comentaremos mais à frente, dispositivo dos serviços de saúde, de caráter excepcional, por período breve e que seja justificado por parecer clínico. Como explica Bicalho<sup>11(53)</sup>, a reforma psiquiátrica contempla, assim,

[...] a substituição de manicômios por uma rede de serviços de atenção psicossocial, além de propor uma mudança de atitude em relação à loucura através da participação política ativa por parte da comunidade como um todo, por meio de dispositivos coletivos e grupais que proporcionem uma mudança cultural na sociedade, através de um processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura.

O lugar do louco deixou de ser o manicômio para ser a vida em sociedade; e, para garantir a assistência à saúde mental no território da cidade, atuam os dispositivos substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro/2011<sup>12</sup>, e mais recentemente incluída na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro/2017<sup>13</sup>, ambas do Ministério da Saúde. Por sua vez, a Raps deve ser estruturada de forma a contemplar uma série de serviços de atenção à saúde mental, com destaque para a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

A internação está legalmente prevista, sendo um recurso terapêutico possível e eventualmente necessário no atendimento à pessoa com transtorno mental, embora seja excepcional e somente aplicável quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem aptos para o tratamento. Nos termos da Lei Antimanicomial, a internação poderá ser voluntária, involuntária e compulsória, esta última definida como sendo a que decorre de uma ordem judicial. Está proibida, em qualquer hipótese, a internação em instituições com características asilares, o que determina a ilegalidade do manicômio judiciário, estabelecimento asilar por excelência, incompatível



com o tratamento no campo da saúde mental e sem nenhuma sintonia com o objetivo permanente agora indissociável do atendimento em saúde mental, que é a reinserção social do paciente.

A lógica manicomial dá lugar à lógica da inclusão social em toda a sua plenitude, sem espaço para qualquer exceção no atendimento em saúde mental, de forma que a internação psiquiátrica, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, regular-se-á sempre pelos dispositivos da Lei Antimanicomial. Se os laços familiares e sociais são frágeis quando presente um transtorno mental severo, a ruptura causada por uma internação, particularmente quando de longa duração, pode simplesmente inviabilizar o objetivo maior do tratamento adequado, qual seja, a reinserção social do indivíduo. Essa perspectiva de inclusão social explica, como se percebe, a opção do legislador pelos recursos extra-hospitalares e pela estruturação de uma rede de atendimento que se volte para a assistência do sujeito no território, de maneira a envolver e fortalecer os seus vínculos familiares e sociais.

A Lei nº 10.216 fez do lema do Movimento Antimanicomial um princípio normativo orientador de toda a política de atenção à saúde mental no Brasil. Agora é lei: a liberdade é terapêutica!

O maior problema é que, não obstante a vigência da Lei Antimanicomial desde o ano de 2001, ainda não conseguimos abandonar a cultura manicomial, arraigada que está em práticas centenárias e que, diante da complexidade, dos preconceitos e da desinformação que acompanham o tema da loucura, torna muitas vezes sedutora a internação asilar, ideia que é ainda mais difícil de superar quando se tem prevista no Código Penal a internação em manicômio judiciário, disposição que não foi revogada de maneira expressa pela Lei Antimanicomial. Ao mesmo tempo, o quadro grotesco e caótico de qualquer manicômio judiciário brasileiro, espaço de permanente violação de direitos humanos, é ignorado pela grande maioria da população. Nesse contexto, a teoria da periculosidade, edificada no século XIX principalmente

a partir das ideias racistas de Cesare Lombroso, mesmo sendo de frágil sustentação científica, é ainda a cortina de fumaça que justifica a exclusão pura e simples do louco infrator.

Por outro lado, como o ‘populismo manicomial’ denunciado por Caetano<sup>14</sup> é resposta fácil, principalmente quando se está diante de um tema tão complexo, não faltam autoridades públicas, médicos e juristas a sustentar o funcionamento dos manicômios judiciais em pleno século XXI, indiferentes à absoluta falta de fundamento da teoria da periculosidade e à vigência de uma lei taxativa quanto à ilegalidade da internação asilar. Aliás, não é sem motivo que a Lei Antimanicomial leva esse nome, pois veio para promover uma transformação radical na forma como vemos e lidamos com a loucura em qualquer de suas manifestações, e que, talvez por essa radicalidade, por elevar a liberdade à condição de mais importante recurso terapêutico, sofra tanta oposição para as mudanças que ainda não foram implementadas.

A legalidade, premissa elementar na atuação do sistema de justiça criminal, tem como conteúdo a limitação do poder punitivo em face da liberdade individual, sendo esta a sua dimensão política, expressão do liberalismo penal. Ocorre que essa dimensão política é, conforme explica Prando<sup>15</sup>, continuamente tensionada pela polarização entre a limitação e a justificativa do poder punitivo, expressa na disputa entre o exercício da liberdade individual e as demandas por ordem. Essas tensões entre liberdade e controle punitivo se apresentam visíveis nas relações entre a loucura e o direito penal, mais até do que em qualquer outra área entre aquelas que são alcançadas pelas agências do aparato repressivo do Estado. Não é sem motivo, pois, a negativa de tantos à aplicação da Lei Antimanicomial, especialmente aqueles que insistem no manicômio judiciário como algo válido a despeito da expressa disposição legal que proíbe tal instituição. Nas medidas de segurança, como se percebe, a legalidade não é apenas tensionada. É simplesmente negada.

As normas definidas pela Lei Antimanicomial devem ser sempre respeitadas na atenção em saúde mental e, como tal, alcançam a pessoa submetida judicialmente à medida de segurança de internação, contemplada no texto legal na figura da ‘internação compulsória’ (art. 6º, III). Logo, assim como nas outras duas modalidades de internação psiquiátrica (voluntária e involuntária), também a internação compulsória observará a reinserção social como finalidade do tratamento (art. 4º, § 1º) e só será utilizada quando houver a necessidade clínica da internação enquanto recurso terapêutico, uma vez que, sendo de caráter excepcional, será aplicável apenas quando outros recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º, caput)<sup>2</sup>.

A internação psiquiátrica será sempre precedida de relatório médico circunstanciado (art. 6º, caput)<sup>2</sup>, o que pressupõe, mesmo na hipótese compulsória, que o juiz deva fundamentar sua decisão na indicação clínica desse recurso terapêutico. Sem o relatório médico que indique minuciosamente a necessidade da internação, esta não será possível em hipótese nenhuma, pois, assim como previsto em outro dispositivo da própria Lei Antimanicomial, a pessoa com transtorno mental tem o direito de

ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, parágrafo único, inciso II]<sup>2</sup>.

A internação psiquiátrica é, nos termos da Lei, um recurso terapêutico a ser utilizado no interesse exclusivo da pessoa com transtorno mental, não sendo juridicamente válida a medida sob qualquer outro argumento, como, por exemplo, para a garantia da segurança pública ou, ainda, como visto, a pretexto do superado conceito de periculosidade.

Por sua vez, a internação asilar está proibida no Brasil desde o início da vigência da lei, de sorte que a porta de entrada dos manicômios judiciários está – ou pelo menos deveria estar

– fechada ao ingresso de novos ocupantes. O manicômio judiciário tornou-se ilegal em face da redação do art. 4º, § 3º, que veda expressamente a internação de pessoas com transtornos mentais em estabelecimentos com características asilares<sup>2</sup>.

Quanto aos indivíduos há muito tempo confinados nos manicômios judiciários ou em relação aos quais esteja caracterizada situação de grave dependência institucional, decorrente do seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, deveriam – e ainda devem – ser beneficiados de políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Tal é a determinação inequívoca do art. 5º da lei. Em outras palavras, a Lei Antimanicomial fecha a porta de entrada e determina a abertura planejada da porta de saída dos manicômios judiciários, desviando ambos os fluxos de pacientes para tratamento em meio aberto, nos serviços da rede substitutiva.

## Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili)

O Paili revela, por suas rotinas sintonizadas com a reforma psiquiátrica, uma política pública de saúde mental que logrou superar obstáculos institucionais históricos e que demonstra a plena viabilidade da erradicação dos manicômios judiciários. Com a implementação do Programa em 2006, o sistema de justiça criminal goiano deixou de fazer uso da internação manicomial, que desde então não mais se apresenta como resposta possível para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Como demonstrado, a Lei nº 10.216/2001 colocou o manicômio judiciário na ilegalidade. Já não há base normativa que permita a internação de pessoas com transtorno mental em estabelecimentos com características asilares, o que resulta da proibição expressa no art. 4º, § 3º daquela lei. O Paili surge, então, em função de uma necessidade do sistema de

justiça criminal em executar as medidas de segurança que, mesmo com incompatibilidades insuperáveis, não chegou a ser revogada expressamente pela Lei Antimanicomial.

Se o funcionamento do manicômio judiciário já não tem amparo jurídico, o Paili oferece a possibilidade de uma conciliação, mesmo que provisória, das disposições da Lei nº 10.216/2001 com aquelas do Código Penal, de forma a garantir, enquanto não vem uma (desejável) definição quanto à inconstitucionalidade das medidas de segurança, a atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo valer os seus direitos agora expressamente declarados mesmo nesse ambiente jurídico conturbado.

Com o Paili, Goiás superou o manicômio judiciário. Contudo, a forte cultura manicomial tem permitido a utilização desses estabelecimentos no restante do País, até mesmo onde existem outras iniciativas que buscam atuar em sintonia com a Lei nº 10.216/2001. É o que ocorre, por exemplo, em Minas Gerais, onde funciona o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Embora tenha sido uma iniciativa importante pelo seu pioneirismo, o programa mineiro tem especificidades que o distinguem substancialmente da política goiana, pois não integra o Sistema Único de Saúde (SUS) – e, sim, a estrutura do Tribunal de Justiça daquele Estado –, não contempla toda a população em medida de segurança e convive com três manicômios judiciários em pleno funcionamento, como constatado por Diniz<sup>16</sup>, nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves, que seguem com a prática da internação asilar exatamente nos moldes estabelecidos pelo Código Penal. Por essa lógica atualmente em funcionamento em Minas Gerais, os casos compreendidos como ‘problemáticos’ acabam resultando em internação nos manicômios judiciários lá existentes.

O Paili não segue essa metodologia e não abre espaço para a internação asilar, muitas vezes perpétua, que caracteriza o funcionamento do HCTP. Em Goiás, a pessoa em

medida de segurança é atendida e acompanhada na Raps, sem espaço para a exceção. Para as situações de crise, entretanto, a internação pode ser um recurso terapêutico importante, a ser utilizado quando houver a indicação clínica, sempre com o objetivo de beneficiar a saúde do paciente e pelo período estritamente necessário do ponto de vista terapêutico. Conforme destaca Costa<sup>17(115)</sup>,

[...] o Paili constitui o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10.216/01 – a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil –, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos.

Desde sua criação, o Paili acolhe pessoas submetidas à medida de segurança por juízos criminais de todas as regiões do estado de Goiás. Ademais, convém desde já ressaltar que o acompanhamento dos casos não implica a transferência do paciente, quando residente no interior do estado, para a capital goiana. Usualmente, o Programa dispara soluções de atendimento no território do próprio paciente, o que, aliás, deriva dos princípios que orientam o tratamento, que deve ser feito, preferencialmente, em meio aberto, e de seu objetivo maior, que é a reinserção social, conforme dispõe a Lei nº 10.216/2001<sup>2</sup>.

A partir da criação do Paili, as pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança no estado de Goiás passaram a ser direcionadas para a Raps e demais serviços de saúde e de assistência social, de sorte que o Programa, instituído com destinação exclusiva para o público em medida de segurança, acompanha os pacientes no âmbito da Justiça e

dos dispositivos do SUS e, também, do Sistema Único de Assistência Social (Suas), o que acontece por meio do trabalho de sua equipe técnica de forma integrada e articulada com a rede de atenção primária, nos municípios onde não há atenção especializada em saúde mental, e com outros serviços que possam assegurar o melhor atendimento disponível para esses indivíduos.

Uniram-se em Goiás o Ministério Público, o Poder Judiciário e diversas agências do Poder Executivo para, com os movimentos sociais ligados à saúde mental, dar um salto de qualidade com a adoção de uma política universal de atenção integral ao louco infrator. O Paili obedece às diretrizes do SUS, notadamente quanto à universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (art. 7º, inciso I, da Lei nº 8.080/90<sup>18</sup>), de forma que as pessoas submetidas à medida de segurança no estado já não correm o risco de uma internação asilar, manicomial, desde 26 de outubro de 2006.

## Conclusões

O compromisso deste texto é com a potência da vida em liberdade e com as práticas que sejam capazes de contemplar as diferenças e os incontáveis modos singulares de existência. Assim, a pretendida extinção dos manicômios judiciários apresenta-se como consequência de um novo compromisso ético-político a envolver toda a sociedade, como efeito da ressignificação da loucura e do reencontro com o louco, agora reconhecido na qualidade de sujeito de direitos e cuja dignidade não pode ser relativizada.

A lei está posta. A Constituição de 1988 forma o alicerce jurídico assentado na dignidade humana, um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito, no qual a dignidade do louco está contemplada. De igual forma, não mais se admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar da culpabilidade, o que indica a não recepção,

na Constituição, da teoria da periculosidade e do sistema de medidas de segurança definido no Código Penal.

Por sua vez, a política instituída em Goiás com o Paili, visto este como mecanismo de transição para a superação do manicômio judiciário, coloca em xeque, explica Costa<sup>17(117)</sup>,

O conceito de periculosidade, contrariando elementos colocados pelo senso comum de que somente a contenção e um aparato de vigilância são capazes de cessar o risco que determinada pessoa representa à sociedade.

Como se pode observar, o Paili emergiu dos rizomas da loucura para se apresentar como importantíssima experiência que deixou no passado o manicômio judiciário. Contudo, desde então, está adstrito ao seu lócus, o estado de Goiás, embora venha se apresentando como máquina de guerra, pressionando e constringendo os demais estados brasileiros pela simples demonstração da viabilidade de uma sociedade sem manicômios judiciários. Ao mesmo tempo, todavia, é pressionado pela grande força que sustenta o funcionamento dessas casas de horrores em quase todo o restante do País.

Este trabalho tem, então, o firme propósito de oferecer pistas que possam auxiliar na transposição dessa experiência para além das fronteiras goianas, para que a figura do manicômio judiciário seja definitivamente extirpada de todo o Brasil. Afinal, diriam Deleuze e Guattari<sup>19</sup>, os mil platôs produtores de mundos não param de atuar e outras práticas antimanicomiais estão também para ser inventadas. No entanto, é a prática estabelecida em Goiás a que, pelo menos assim acreditamos ter demonstrado, aponta para uma direção bastante promissora que pode lançar luzes nesse campo e servir de referência à política pública nos demais estados brasileiros.

O tema é atravessado por questões das mais variadas ordens, seja no âmbito da política, da clínica, do direito, da saúde, da assistência social, complexidade essa que exige cuidados

para que as eventuais soluções sejam eticamente orientadas. Nesse processo de construção de possibilidades, é de vital importância o despertar do Movimento Antimanicomial que, depois de muito tempo silente diante do sofrimento do louco infrator, agora vem canalizando energias para se voltar com vigor na luta pelo fechamento dos manicômios judiciários.

O louco é sujeito de direitos. A dignidade humana não admite a coisificação de seres humanos que, nos manicômios, perdem a condição de sujeitos para serem tratados como objetos, manejados ao talante da autoridade, seja do médico, da polícia, dos funcionários ou do juiz. Desde 2001, a Lei Antimanicomial passou a dispor sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo da assistência em saúde mental no Brasil, para o que elegeu como objetivo irrenunciável a reinserção social da pessoa com transtorno mental. A internação psiquiátrica ainda é uma possibilidade terapêutica, mas que somente será utilizada em caráter excepcional. Está terminantemente proibida, contudo, a internação em condições asilares, de maneira que a porta de entrada dos manicômios judiciários está (ou pelo menos deveria estar) fechada ao ingresso de novos ocupantes desde 2001.

Conforme demonstrado, as justificativas voltadas a dar sustentação ao manicômio judiciário são frágeis do ponto de vista legal. Isso porque as medidas de segurança constituem-se em institutos jurídicos ultrapassados, fundamentados na teoria da periculosidade, ideia que não encontra qualquer sintonia com a Constituição de 1988. Aliás, é, no mínimo, contraditório considerar a medida de segurança uma forma de ‘tratamento’, como pretende a legislação penal, uma vez que se apresenta como tratamento que se volta não para a cura de alguma enfermidade, mas, sim, para fazer cessar a periculosidade, algo que não se constata a partir do diagnóstico clínico e que deriva exclusivamente de uma ficção legal criada a partir da infeliz parceria entre a psiquiatria e o direito. No lugar de funcionar como

tratamento, as medidas de segurança levam, pelo contrário, à cronificação do transtorno mental mesmo nos quadros clínicos menos graves, o que é facilmente verificável logo ao primeiro contato com qualquer manicômio judiciário.

As disposições do Código Penal relativas às medidas de segurança são anteriores à Lei Antimanicomial e, conforme observado, por um princípio elementar em matéria de validade das normas, foram derogadas por esta última, que tratou integralmente da atenção a ser dispensada a toda e qualquer pessoa com transtorno mental e que, sem abrir espaço para exceções, é aplicável também ao louco infrator. Ocorre que as regras hermenêuticas parecem ter sido esquecidas nesse campo, no qual tem prevalecido a própria cultura manicomial, de forma que a maioria dos juízes não reconhece a vigência da lei nova para fazer valer a norma anterior, embora formalmente revogada. Com isso, prevalecendo no âmbito do sistema de justiça criminal o pensamento conservador pautado pelo saber psiquiátrico, o manicômio ganha sobrevida e se faz presente em quase todos os estados brasileiros, excetuado, como visto, o estado de Goiás, assim como algumas outras experiências locais, eventualmente de um município ou de uma região metropolitana.

Obstáculo de vulto à política antimanicomial é a seletividade, é a proposta de ações que não sejam viáveis para todo e qualquer caso clínico, o que expõe certos perigos à espreita das ações nesse campo. Não têm sido comuns, em face do apego histórico e cultural às práticas manicomiais, propostas que buscam restringir a política antimanicomial aos casos considerados ‘mais brandos’, para assim permitir que os indivíduos com transtorno mental severo (os ‘mais perigosos’, alguém poderia dizer) sejam levados ao manicômio judiciário. Tais propostas não raras vezes assumem, mesmo que involuntariamente, uma postura manicomial e reforçam a posição contra o fechamento definitivo dessas instituições. Afinal, para certos casos, os considerados ‘mais difíceis’ ou ‘mais perigosos’, segundo critérios técnicos sempre duvidosos e questionáveis,



ainda restaria possível a internação no manicômio judiciário com todas as características que o pacote impõe, notadamente a indeterminação do tempo de internação, com a segregação muitas vezes perpétua do louco. O mais nefasto seria, então, não assumir a absoluta ilegalidade dos manicômios judiciários, pois qualquer brecha nessa premissa que deve ser inegociável acabará inexoravelmente por reforçar a própria lógica manicomial. A recusa da universalidade na oferta das políticas do SUS, a simples promessa não acessível a todos, de modo a provocar a exclusão de grande parcela das pessoas que deveriam ser igualmente contempladas, enfraquece sua potência como política pública. A atenção em saúde mental, como se vê logo no primeiro artigo da Lei Antimanicomial, deve ser assegurada ‘sem qualquer forma de discriminação’, o que pressupõe políticas públicas de cunho universal, acessíveis a todos, de maneira que os serviços jamais poderão ser seletivos, pois, caso contrário, seriam não mais do que ornamentos grotescos em alguma das sete cabeças da mitológica Hidra de Lerna em vã tentativa de disfarçar-lhe o aspecto monstruoso.

Não há meio termo no campo da política de saúde mental orientada segundo os ditames da Lei Antimanicomial, que exige a assunção de uma postura ética diante do outro, o louco, cuja dignidade e direitos devem ser obrigatoriamente respeitados. Pelas mesmas razões, não se pode admitir a possibilidade de reformar o manicômio para fazer dele um lugar humanizado, o que jamais será, mesmo que viesse algum dia a dispor de espaços limpos e serviços hospitalares de qualidade. O manicômio judiciário é instituição asilar, um lugar caracterizado essencialmente pela

segregação e pela contenção física ou química do indivíduo, absolutamente incompatível com o tratamento eficaz no modo como é proposto pelas pesquisas e pela prática consolidada na área da saúde mental. Da mesma forma que a dignidade humana não pode ser relativizada para que a tortura seja admitida sob qualquer pretexto, seja por violência física ou psicológica, também o manicômio não pode ser mantido como instituição indicada para ‘certos casos’, os casos ditos como difíceis ou os ‘mais perigosos’. Como as práticas manicomiais são culturalmente arraigadas, sobretudo no sistema de justiça criminal, esta seria a chave para a perpetuação dos próprios manicômios judiciários que, com o passar do tempo e a contínua pressão por mais segregação, não tardariam em retomar o seu pleno funcionamento.

Vale reforçar que não existe ser humano perigoso. Perigosa é a produção de medo nas pessoas. Perigosa é a própria teoria da periculosidade, inspirada no trabalho de Cesare Lombroso, de indisfarçável cunho racista e que não se sustenta em bases científicas. Perigosa é a sociedade contaminada por uma produção contínua de preconceitos sobre a loucura. Já não cabe a teoria da periculosidade como referência para pensar o humano na sua complexidade e na dimensão das inúmeras possibilidades do ser e, como consequência, não deve ser fundamento para a definição de recursos terapêuticos no âmbito da saúde mental.

## Colaboradores

Caetano H (0000-0001-5680-9800)\* e Tedesco S (0000-0002-3866-019X)\* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).
3. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 Dez 1940. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
5. Delgado PG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10.216/2001. Arq. Bras. Psicol. 2011; 63(2):114-121.
6. Carvalho SR, Ferigado S, Barros ME. Conexões - Saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009.
7. Oliveira W, Pitta A, Amarante P, organizadores. Direitos Humanos e Saúde Mental. São Paulo: Hucitec; 2017.
8. Venturini E, Torres R, Mattos V. O louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia; 2016.
9. L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM. Análise institucional & saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
11. Bicalho PPG. Subjetividade e abordagem policial: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. Diário Oficial da União. 26 Dez 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Set 2017.
14. Caetano H. O populismo manicomial na política de drogas. Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. São Paulo: Ibccrim. 2017; (286):19-20.
15. Prando CCM. O saber dos juristas e o controle penal. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
16. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília, DF: Editora UnB; 2013.
17. Costa L. Uma porta, várias saídas [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2014.
18. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
19. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Editora 34; 2011.

---

Recebido em 13/11/2019  
Aprovado em 18/08/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa

*Gaining Autonomy & Medication Management, from Quebec to Brazil: a participatory commitment*

Analice Palombini<sup>1</sup>, Lourdes Rodriguez del Barrio<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112816

**RESUMO** Este artigo apresenta o contexto e os modos de construção da versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR), comparativamente ao Guia originário do Quebec. O Guia GAM-BR foi resultado de parceria estabelecida entre Brasil e Canadá que, por meio de uma pesquisa multicêntrica, transpôs ao contexto brasileiro o instrumento quebequense, a serviço dos usuários da saúde mental, visando ao aumento do seu poder de negociação em seus tratamentos medicamentosos. Tal transposição implicou mais do que ‘adaptação’: tratou-se da ‘transformação’ do Guia originário em um instrumento brasileiro. Entre essas transformações, destacam-se: substituição do ‘eu’ pelo ‘você’ como sujeito do enunciado das questões apresentadas pelo Guia; maior desenvolvimento do tema dos direitos; supressão das orientações para retirada progressiva da medicação. Além disso, o dispositivo grupal fez-se imanente à estratégia GAM brasileira. Longe de significar traição, tais transformações mantêm-se fiéis à forma participativa e cogestiva que orientou a elaboração da GAM na sua origem, como encarnação da experiência democrática e cidadã própria ao Quebec. Assim, o artigo busca colocar em análise a produção dos efeitos da estratégia GAM em solo brasileiro, na consideração à experiência democrática e ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Conduta do tratamento medicamentoso. Saúde mental. Participação da comunidade.

**ABSTRACT** *This article presents the context and construction of the Brazilian version of the Gaining Autonomy & Medication Management Guide (GAM-BR) compared to Quebec’s original Guide. The GAM-BR Guide resulted from a partnership between Brazil and Canada, which transposed the Quebec instrument to the Brazilian context through multicenter research to empower mental health users in the negotiation of their drug treatment. This process was more than an adaptation as it transformed the original Guide into a Brazilian instrument. The main changes were replacing ‘I’ with ‘you’ as the subject of the statements in the Guide, further developing the theme of rights, suppressing the guidelines for the progressive withdrawal of medication. Additionally, the group device became immanent to the Brazilian GAM strategy. Far from being a betrayal, this set of changes remains loyal to the participatory and co-managerial process that oriented the elaboration of the GAM at its origin as an embodiment of Quebec’s typical democratic and citizen experience. Therefore, this article aims to analyze the production of the GAM strategy’s effects of in Brazil, considering its democratic experience and the psychiatric reform in the country.*

**KEYWORDS** *Medication therapy management. Mental health. Community participation.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. [analice.palombini@gmail.com](mailto:analice.palombini@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade de Montreal (UM) – Quebec, Canadá.



## Introdução

No intuito de alcançar as especificidades da experiência em saúde mental em terras brasileiras de que trata este artigo, voltamos o olhar a elementos da nossa história cujos efeitos perduram até os dias atuais, incidindo também sobre o modo das relações estabelecidas entre profissionais e usuários de saúde mental. É sabido que o Brasil detém um dos piores índices de distribuição de renda do mundo<sup>1,2</sup>, responsável por brutal desigualdade social – com repercussão em indicadores como nível de escolarização e acesso a bens culturais<sup>3</sup> – que atinge a maioria pobre da população e, mais duramente, à maioria negra. A acumulação da riqueza se faz acompanhar de alto grau de concentração do poder, excluindo da vida político-institucional do País a maior parte da sua população adulta, que permanece, assim, alheia aos espaços instituídos da polis, enquanto a classe dominante compreende o exercício do poder político como parte de seus privilégios inalienáveis<sup>4</sup> – trata-se, ainda aqui, de herança colonial que institui o poder da família patriarcal em detrimento de um estado democrático de direito.

A definição de homem cordial, cunhada por Sérgio Buarque de Holanda<sup>5</sup> para definir o caráter das relações sociais no Brasil, é a expressão desse uso familiarista dos espaços de poder, calcado em interesses pessoais: cordial é esse sujeito que regula, para si e para os seus, benefícios e privilégios, desconhecendo os sentidos de universalidade e equidade imanentes às noções de democracia, cidadania, liberdade política e esfera pública. A isso, vem somar-se a herança escravagista que se atualiza na naturalização da desigualdade e no racismo que – embora denegado – é estruturante da sociedade brasileira, assegurando a manutenção do privilégio branco em todas as suas instâncias<sup>6</sup>. A dominação econômica e política das elites é assim exercida com extremas coerção e brutalidade, mesmo quando revestida de gestos de familiarismo e intimidade. Esse é o quadro político do Brasil, o qual, recorrentemente,

tem imposto, à força de golpes, uma curta existência às experiências de caráter democrático popular da sua vida republicana recente, o que não significa ausência de lutas e resistência por parte da população.

Com efeito, é em um contexto de mobilização que o movimento antimanicomial tem surgimento, já no final da década de 1970, como uma entre muitas expressões da luta pela redemocratização do País. Nos anos 1960-1970, enquanto eclodiam no mundo ocidental movimentos de reforma das instituições psiquiátricas e de desinstitucionalização da loucura, a ditadura civil-militar do Brasil provocava um aumento exponencial da população nos manicômios, além de multiplicar o número de hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Estado; e era contra essa realidade que se erguia o movimento dos trabalhadores em saúde mental, desembocando na luta antimanicomial<sup>7</sup>. Na esteira do movimento pela reforma sanitária, que garantiu, no texto da Constituição de 1988, a inclusão da saúde como direito do povo e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento da luta antimanicomial conquistou a implementação de uma política nacional de saúde mental de caráter reformista – comunitário e psicossocial<sup>8</sup>.

Contudo, essas conquistas, na arena política em que foram disputadas, no cruzamento entre redemocratização e neoliberalismo<sup>2</sup>, não alcançaram toda a radicalidade de seus princípios. O SUS, de caráter integral, universal e equitativo, convive com uma assistência suplementar à saúde, de caráter privatista. Ademais, a participação popular na definição dos rumos da política de saúde no País, um dos seus princípios de base, encontra enormes dificuldades para concretizar-se: o que se convencionou chamar de “controle social” viu-se, em regra, restrito aos espaços dos conselhos e conferências de saúde, cujas formas de organização, quando não seu aparelhamento pelo Estado, tendem a impedir a participação, de fato, da população que mais se utiliza dos serviços de saúde<sup>9</sup>. Já no que diz respeito à

saúde mental, a rede de serviços, dispositivos e programas propostos pela política nacional em substituição à lógica manicomial convive com a manutenção de parte ainda significativa do antigo parque manicomial e seus hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e, além disso, não foi capaz de reverter nem a ênfase nem o modo – verticalizado e não participativo – dos tratamentos medicamentosos. Assim, apesar do caráter ampliado da clínica proposta pelos movimentos reformistas, o cuidado em saúde mental segue frequentemente reduzido ao tratamento medicamentoso, sem que os usuários conheçam os motivos ou tenham possibilidade de decidir a respeito<sup>10</sup>.

Buscando incidir sobre esse último aspecto, entre 2009 e 2014, uma parceria estabelecida entre Brasil e Canadá (Aliança Internacional de Pesquisas entre Universidade e Comunidade – Saúde Mental e Cidadania) elaborou a versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR) – instrumento a serviço dos usuários da saúde mental visando ao aumento do seu poder de negociação a propósito de seus tratamentos medicamentosos com os profissionais com quem se tratam. Além de reiterar o direito ao consentimento livre e esclarecido para utilização de psicofármacos, a GAM expressa reconhecimento do saber que advém da experiência de uso do medicamento, encarnada pelo usuário em seu próprio corpo<sup>11</sup>.

A abordagem GAM desenvolveu-se nos anos 1990, no Quebec, pelos organismos comunitários – serviços alternativos de saúde mental e grupos de direitos dos usuários – em parceria com a universidade. Foi um longo processo de reflexão, pesquisa e ação, envolvendo usuários, trabalhadores e pesquisadores em diferentes etapas até a sua consolidação e a constituição de uma rede de transferência de conhecimento, acompanhamento e apoio às experiências GAM entre os chamados serviços alternativos do Quebec e no setor público<sup>12</sup>.

Sua versão brasileira concretizou-se, por sua vez, na parceria entre universidade, associação de usuários e familiares e serviços da

rede pública de saúde mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). O processo de construção do Guia GAM-BR envolveu múltiplos esforços de tradução, entre Quebec e Brasil, mas também entre os diferentes estados e grupos de pesquisa brasileiros participantes e entre acadêmicos, trabalhadores e usuários: de uma língua a outra, de uma cultura a outra, de um ponto de vista a outro<sup>13</sup>. Além disso, diferenças socioeconômico-culturais entre os dois países fizeram do esforço de adaptação do Guia GAM à realidade brasileira uma experiência radical<sup>10</sup>, a qual não caberia mais nomear de ‘adaptação’; tratou-se, antes, da ‘transformação’ do Guia originário do Quebec em um instrumento brasileiro.

Com efeito, a GAM não configura modelo a ser aplicado, mas estratégia que, ao abrir espaços de fala, atualiza seus princípios: reconhecimento da dignidade da pessoa e respeito aos seus direitos; afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem abdicar do cuidado; reivindicação de acesso a práticas alternativas em saúde mental. Transformar o Guia GAM, como ocorreu no Brasil, era manter-se fiel aos princípios que orientaram sua criação, levada a cabo de forma participativa e cogestiva, como encarnação da experiência democrática e cidadã própria ao Quebec, no cruzamento entre um comum e o singular, entre sujeito de direitos e sujeito de desejo.

Este artigo visa apresentar o contexto e os modos de construção do Guia GAM-BR, sinalizando suas diferenças em relação ao Guia original e colocando em análise a produção de seus efeitos em solo brasileiro na consideração às particularidades da experiência democrática no Brasil. Dá-se continuidade, assim, à interlocução estabelecida entre Quebec e Brasil, base da metabolização da GAM em nosso país, num movimento dialógico análogo àquele em que se forjam as democracias participativas, com canais de discussão que possibilitam a participação popular na tomada de decisões políticas.

## Material e métodos

O processo de tradução e transformação do Guia GAM para o contexto brasileiro envolveu a realização de duas etapas interligadas de pesquisa, seguindo as normas brasileiras de regulamentação de pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação 222/2009 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A primeira etapa da pesquisa, realizada entre 2009 e 2011, ocupou-se de elaborar uma primeira versão brasileira do Guia, a partir da tradução e adaptação do texto original. Essa adaptação inicial, prévia à etapa de intervenção nos serviços de saúde mental, deu-se em encontros presenciais mensais com participação dos seis pesquisadores das universidades envolvidas e acadêmicos a eles vinculados, entre os quais alguns trabalhadores da rede de saúde mental de Campinas (cidade sede da pesquisa); em torno de cinco usuários de Campinas e dois do Rio de Janeiro, participantes de movimentos sociais e de projetos culturais protagonizados por usuários da saúde mental. Com base em duas traduções independentes do guia original, cotejadas nesses encontros, o texto foi lido e debatido entre os três segmentos reunidos, tendo sido propostas alterações importantes quanto ao seu conteúdo já nessa etapa.

O Guia GAM assim traduzido e adaptado foi utilizado em grupos de intervenção realizados em três Caps nos estados de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Rio Grande do Sul (RS), respectivamente, com participação de usuários e moderação de pesquisadores e trabalhadores do serviço. Um quarto grupo realizou-se na universidade, com integrantes da associação de usuários e familiares e moderação de pesquisadores e trabalhadores da rede de saúde mental de Campinas.

A primeira versão do Guia GAM-BR foi construída a partir dessa experiência de uso do Guia preliminarmente traduzido e adaptado, sua avaliação crítica e as modificações

propostas pelos usuários, trabalhadores e pesquisadores participantes, as quais foram debatidas em reuniões multicêntricas mensais, com a presença desses três segmentos, oriundos dos três centros integrantes da pesquisa<sup>10</sup>.

A segunda etapa da pesquisa, de 2011 a 2014, acompanhou o uso do Guia GAM na versão finalmente estabelecida pela primeira etapa. O seu desenvolvimento teve variações de um centro de pesquisa a outro, mas seguiu ocorrendo em serviços de saúde mental e em grupo, convocando ao diálogo os seus diversos atores, nos três estados (RS, SP e RJ). Da avaliação crítica dessa experiência, resultou uma revisão final do Guia e a formulação do ‘Guia do Moderador’, com diretrizes para sua utilização em processos grupais. Tanto a versão final do Guia GAM-BR<sup>14</sup> quanto o Guia do Moderador<sup>15</sup> foram disponibilizados on-line, para uso livre.

## Resultados e discussão

O relato acima, na intenção de ser breve, não faz jus ao enorme desafio implicado no esforço de proceder às múltiplas traduções que se fizeram necessárias para o ‘abrasileiramento’ do Guia GAM construído no Quebec. Cabe salientar que, embora ao menos uma das transformações da GAM em solo brasileiro tenha se efetuado por força de adaptação à conjuntura, as demais se impuseram como expressão da perspectiva participativa e cogestiva que orienta a própria estratégia.

Contudo, Guerini<sup>13</sup> alerta para o perigo de, no esforço de adaptação, sucumbirmos a um projeto homogeneizante de sociedade. Resistir a esse projeto, segundo a autora, envolve conduzir o exercício de tradução entre as culturas em direção à criação de um plano comum, não uniforme nem universalizante, “sempre possível de ser aberto e sempre ameaçado por tendências de fechamento”<sup>13(63)</sup>; envolve também o trânsito entre os diferentes mundos produzidos por cada perspectiva a partir da qual emerge um sujeito.



Esse desafio acompanhou a pesquisa e orienta nosso olhar ao buscar identificar o que singulariza a versão brasileira do Guia GAM na relação ao Guia quebequense. Organizamos em dois tópicos nossa exposição, referente aos dois momentos de transformação da ferramenta: antes e depois da experiência dos grupos de intervenção.

### **Transformação prévia do texto: linguagem e coletivo, direitos e cidadania**

Modificações mais substanciais ao texto do Guia GAM foram feitas no momento inaugural da pesquisa, antes dos grupos de intervenção, com participação de acadêmicos, trabalhadores e usuários, conforme referido acima. Essas modificações disseram respeito fundamentalmente ao sujeito dos enunciados, ao tema dos direitos e às instruções para retirada progressiva da medicação.

A transposição do texto francês para o português implicou uma primeira e mais imediata tomada de decisão: a substituição do ‘eu’ pelo ‘você’ como sujeito do enunciado das questões apresentadas pelo Guia. O guia original é construído como uma ferramenta para autorreflexão, o que justifica o uso do ‘eu’ nas questões propostas e o possessivo que acompanha o título, na capa: *‘Mon guide personnel’*<sup>16</sup>. Já o Guia GAM-BR<sup>14</sup>, após o título ‘Gestão Autônoma da Medicação’, abre espaço para que cada usuário tome posse dele, inserindo seu nome no lugar que lhe é reservado: ‘Este Guia pertence a: \_\_\_\_\_’. Pensamos que assumir seu nome próprio e inscrevê-lo na capa do Guia – tornando-o seu – é, por si, ato de cidadania, especialmente significativo para uma parcela de brasileiros destituída de posses e sem acesso a bens culturais. No entanto, a alteração que se anuncia na capa já sinaliza a mudança de perspectiva com que se enunciam as questões que o texto contém, deslocando-se de uma posição autorreflexiva para a posição dialógica: o Guia GAM não se enuncia como voz da consciência, mas como interlocutor

outro com quem o usuário conversa, que lhe coloca questões e o faz pensar sobre seu cotidiano e sua relação com a experiência da medicação. Assim, por exemplo, a primeira parte do Guia, na versão brasileira, recebe o nome de ‘Sua qualidade de vida’ em lugar de *‘Ma qualité de vie’*, e questões como *‘De quelle façon je prende soin de moi?’* foram modificadas para ‘Como você cuida de si mesmo?’. Cabe destacar que, enquanto na edição do Guia GAM do Quebec na qual baseamos nossa tradução e adaptação, apenas à página 3, intitulada *‘Ton guide’*, a perspectiva dialógica é colocada em causa, na edição atualizada, publicada em 2017 no Quebec<sup>17</sup>, há uma alternância entre autorreflexão e dialogia ao longo de todo o Guia, como reverberação da modificação realizada pela experiência brasileira.

No Brasil, tal mudança foi proposta pelos pesquisadores acadêmicos no início do trabalho de adaptação da tradução e imediatamente assentida por trabalhadores e usuários, sem que chegasse a se tornar objeto de discussão. Podemos elencar uma série de razões que nos conduziram, tão prontamente, a realizar essa modificação. Um fator decisivo remete-nos à definição prévia das formas e do contexto de experimentação do Guia traduzido: com usuários de Caps, em processo grupal, a se desenvolver no próprio serviço. O grupo constituiu-se em dispositivo fundamental por meio do qual pôde operar a estratégia GAM no contexto brasileiro – a construção de grupalidade é um dos temas-chave abordados no ‘Guia do Moderador’<sup>15</sup>. Aqui, interessa-nos destacar o liame entre linguagem e coletivo, pelo qual a ideia de um discurso monológico não vigora. É Bakhtin<sup>18</sup> quem nos ensina que toda enunciação é produto da interação dialógica da sociedade: não há texto que não aluda a outros que o antecederam e que não incite outros que virão. Nesse sentido, a voz do outro, o discurso da alteridade, habita e povoa a voz de cada um; mesmo um monólogo em primeira pessoa carrega uma polifonia de vozes<sup>19</sup>. Porém, pareceu-nos importante explicitar essa dialogia no enunciado das questões



propostas pelo Guia GAM, dando lugar a um exercício de pensamento, de reflexão de si, que se faz em copresença, junto e ao lado de outros. No contexto brasileiro, essa copresença foi importante fator de aprendizagens e encorajamentos mútuos entre usuários participantes dos grupos GAM para defesa de seus direitos e para o exercício da cidadania no cotidiano das relações com os serviços de saúde e com as suas famílias.

Em relação ao tema dos direitos, levou-se em conta que a democracia, no Brasil, tem sido insuficiente para abranger o conjunto da sua população; além de insuficiente, tem-se mostrado frágil, sujeita a golpes recorrentes. Para muitos brasileiros, cidadania e direitos são termos em abstrato, que não encontram expressão no cotidiano de suas vidas. Não é diferente para usuários dos serviços de saúde mental. Lembremos que, apesar da rede de serviços abertos e territorializados que o SUS e uma política de saúde mental fizeram avançar; até 2005, o maior volume de investimentos públicos em saúde mental esteve direcionado aos hospitais psiquiátricos<sup>20</sup>. A experiência de tratamento em um Caps revelou-se um fato novo para muitos desses usuários que antes só haviam podido conhecer as injunções do tratamento médico-hospitalar. Era preciso, portanto, oferecer-lhes instrumentos que permitissem compreender que essa novidade representava um direito mais do que benevolência dos profissionais. Era preciso informar-lhes quais direitos lhes eram assegurados como usuários do sistema de saúde. Para tanto, além da copresença, materializada na forma dialógica do texto do Guia e na coletivização do seu uso, foi importante dar maior ênfase ao tema dos direitos que, no Guia do Quebec, resumia-se a uma página. Aqui também vale a ressalva de que a edição atualizada do Guia quebequense<sup>17</sup> ampliou significativamente o tema dos Direitos, trazendo-o, porém, à frente, como primeiro passo do Guia, enquanto no Guia brasileiro ele compõe o terceiro passo, que trata das redes de apoio e da ampliação da autonomia.

Finalmente, há uma modificação que toca em um ponto crucial da proposição do Guia GAM do Quebec. Trata-se da exclusão, na versão brasileira, da parte que, no Guia original, oferece instruções, a partir de uma tomada de decisão do usuário, para reduzir progressivamente e de modo seguro a quantidade de medicamentos ingerida, até a sua eliminação. A versão brasileira

deslocou o foco da retirada ou redução do remédio, para o da negociação, e a segunda parte do Guia foi reescrita, visando o incremento da participação do usuário na gestão do seu tratamento<sup>10(972)</sup>.

As razões alegadas para essa alteração apontam, de um lado, a posição manifesta pelos usuários participantes desde a primeira etapa da pesquisa de que o problema não era “o direito de interromper o uso de medicamentos, mas o direito de ter acesso a eles” (os usuários expressavam aqui sua consciência de um direito de cidadania – o do acesso aos bens necessários à vida – que não lhes era assegurado); de outro, a escolha em realizar a pesquisa por dentro do Estado, isto é, em serviços de saúde mental vinculados ao SUS, implicando negociação pela qual “concede-se ao Estado ao mesmo tempo em que se força o Estado a conceder”<sup>21(28)</sup>. Considerando o cenário da política de saúde mental no País, cujo projeto reformista, apesar dos seus avanços, não evitou que o tratamento farmacológico mantivesse lugar central e frequentemente exclusivo entre as ofertas terapêuticas, os pesquisadores avaliaram que a pesquisa se inviabilizaria na rede de serviços se mantivesse a proposta do Guia original na íntegra. Havia também o temor, no tocante aos psiquiatras pesquisadores, de que o Conselho de Medicina, órgão fiscalizador da profissão de caráter eminentemente conservador, reagisse mal à proposta do Guia, imputando-lhes de pronto a acusação de ‘exercício antiético’ da profissão.

É possível afirmar que nós, pesquisadores brasileiros, cedemos ao Estado ao abandonar

a afirmação da possibilidade – a mais radical e concreta – de o usuário decidir pela retirada dos medicamentos; e forçamos, ou pretendemos forçar, o Estado, na figura dos seus agentes – profissionais e serviços de saúde – a conceder o reconhecimento dos direitos dos usuários, a participação efetiva destes na formulação do seu projeto terapêutico, o exercício de cidadania no cotidiano dos serviços. Elementos presentes no ideário da reforma sanitária no Brasil, direitos, participação, cidadania forjam as ideias de autonomia e protagonismo – de trabalhadores e usuários – no SUS, em tensão com a função reguladora e de controle das populações pelo Estado. Contudo, corremos, inevitavelmente, o risco das capturas. Assim, em uma perspectiva neoliberal e privatizante da saúde, a ideia de protagonismo ou autonomia deságua na responsabilização individual do sujeito por seu adoecimento, bem como pelos cuidados à sua própria saúde. Ora, pautada na ‘lógica do cuidado’, conforme referida por Annemarie Mol<sup>22</sup>, a decisão de interromper o uso de psicofármacos é uma responsabilidade compartilhada que requer acompanhamento profissional. Ao excluir da versão brasileira a segunda parte do Guia GAM original, poupamos os serviços e suas equipes de tomar contato com ela, livrando-os de ter de responder, coletivamente, à perspectiva de retirada dos medicamentos – os usuários tornam-se os únicos responsáveis por essa decisão, conforme ao que Mol irá denominar de ‘lógica da escolha’, privatizante e individualista<sup>22</sup>.

Transcorridos dez anos desde essa tomada de decisão, julgamos ter hoje acúmulo suficiente para colocar em experimentação, no contexto brasileiro, as orientações para redução e/ou retirada da medicação, levando a termo o exercício integral de direitos previsto na ‘Carta dos direitos dos usuários da saúde’ do SUS<sup>23</sup>. Assim, em 2018, um projeto multicêntrico, envolvendo diversas universidades públicas do País, foi submetido a edital de fomento com esse objetivo (embora considerado de excelência pela avaliação entre pares, não obteve financiamento para sua realização).

## Entre brasileiros: conflitos e negociação

Modificações ulteriores propostas ao Guia GAM – com base na experimentação da sua versão traduzida e previamente transformada – voltaram-se especialmente a escolha e adequação de termos e ao ordenamento das perguntas. A dinâmica das discussões foi marcada de forma particular pela intervenção dos usuários na tomada de decisões. Em geral, eram intervenções que, impondo-se a partir de um sentido singular da experiência, vinham interromper lógicas instituídas do pensamento ou o círculo às vezes vicioso das discussões entre acadêmicos e eventualmente trabalhadores. Assim foi com a palavra ‘Guia’, que dá nome, desde sua origem no Quebec, a esse instrumento. Trabalhadores de um dos Caps participantes da pesquisa questionavam o uso desse termo, argumentando que a experiência da psicose poderia levar os usuários a tomar a palavra ‘guia’ numa acepção imperativa, determinando de forma absoluta os passos a seguir. Sugeriam, no seu lugar, a palavra ‘caderno’ que, por sua vez, era recusada por parte dos acadêmicos e trabalhadores presentes à reunião multicêntrica em que esse debate acontecia, sob o argumento de que ‘caderno’ remetia ao contexto escolar, o que não era pertinente e poderia soar como infantilização dos usuários. A discussão corria o risco de se tornar infundável, não fosse a intervenção, à certa altura, de um dos usuários presentes que, batendo na mesa como para chamar a palavra para si, afirmou em alto e bom som: “Caderno vem com nada escrito, livro já vem todo escrito, no guia a gente lê, mas também escreve, então é guia!”<sup>10(972)</sup>. Os demais usuários assentiram: a preocupação com a palavra guia não encontrava eco na experiência que haviam tido. À primeira vista intempestiva e aleatória, a intervenção do usuário introduziu na conversa um terceiro termo – ‘livro’ –, até então inaudito, mas capaz de produzir um deslocamento nos polos da discussão, de maneira que ‘guia’ passava a ser o termo mediano de

uma nova polaridade envolvendo ‘caderno’ e ‘livro’. Foi, de fato, uma intervenção precisa e a tempo, que bastou para pôr fim à querela.

Encerrar a discussão não significou, porém, evitar a multiplicidade semântica que o termo ‘guia’ carrega; tratou-se antes de poder suportá-la. Curiosamente, a tese de Jorge Melo<sup>24</sup>, ao construir de forma primorosa a narrativa de um primeiro encontro de grupo GAM (na segunda etapa da pesquisa), apresenta-nos uma usuária a brincar com a semântica da palavra ‘guia’, enquanto os pesquisadores, buscando retomar o prumo da situação, respondem tratar-se ‘apenas de um caderno’. A citação direta do seu texto, para além de explicitar esse ponto, dá pistas da dinâmica grupal que anima a experiência GAM no Brasil, colocando em cena elementos da cultura local, afrodiaspórica, a perpassar a roda e seus participantes.

PRIMEIRO ENCONTRO. Aquela gente de fora continua a falar arrastado, com jeito de sabichão, pergunta se a gente sabe o que tá fazendo ali. A gente sabe que tá ali para falar de remédio, que é um estudo, uma pesquisa, mas continua a sentir certa indefinição do que fazer ali e de que forma. Dizem os doutores que tem um guia para ajudar não só os usuários, como a equipe do Caps também. Ali ao lado, uma companheira começa a esboçar um rosto de espanto. Ela se levanta de repente, tomada de certo nervosismo, querendo saber que negócio era esse de guia. Num é coisa de macumba? lh, não vai dar pra ficar ali não, ela não serve pra isso, pra negócio de macumba. Quase sem pausa, a companheira corre para o centro do círculo e começa a dançar como se estivesse em um terreiro, os braços cadenciando semi-círculos alternados para frente e para trás, as pernas cruzando-se nos passos igualmente alternados, sob o corpo curvado. Arrastada por tambores inaudíveis, a gente explode em risadas por toda a roda. Em uma breve situação, o grupo demonstra sua proximidade com aquilo que o círculo subjaz, isto é, com a roda, que ali se transmuta imediatamente em terreiro.

Sem qualquer constrangimento, a companheira põe-se à frente e desposa temporariamente o centro de uma zona de influência com a qual ela parece não ter problemas em manejar. Diverte-se com isso, enquanto diverte aos demais. Limpando as lágrimas de riso, alguns procuram se recompor. Começam então a pedir respeito às crenças, pois com isso não se brinca, é coisa pra se tomar cuidado! Um tanto perdidos no campo de um jogo que se faz por outras vias, os pesquisadores limitam-se a sorrir e a tranquilizar o grupo de que não se tratava de macumba, mas apenas de um caderno com informações e perguntas para ajudar a pensar o tema da medicação<sup>24(68-69)</sup>.

Outra expressão colocada em discussão foi a frase ‘Eu sou uma pessoa, não uma doença’ que dá início ao texto do Guia original<sup>16</sup>. O argumento de alguns acadêmicos, de que a frase operava uma dicotomia – ‘ou pessoa ou doença’ – que talvez não fizesse sentido aos usuários, foi derrubado pelo depoimento eloquente de uma usuária a respeito da importância que essa frase adquiriu na sua vida, acrescido do comentário de outro usuário, de que “não se pode negar que há uma doença”<sup>10(973)</sup>.

A participação dos usuários, porém, não ocorreu apenas no sentido da conservação do texto proposto. Chamou-lhes atenção a pouca ênfase dada, no texto original, aos temas do trabalho e dos relacionamentos sexuais e amorosos, que julgavam de importância crucial em suas vidas e que eram tão afetados pela experiência do adoecimento e da medicamentação. Assim, propuseram a inclusão de perguntas específicas sobre esses temas. Em relação aos relacionamentos, cuidaram de deixar expressa, na formulação da questão, ‘vida sexual’ e ‘vida amorosa’ como duas esferas distintas da experiência (mas que poderiam se unir), sobre as quais incidiam os efeitos colaterais dos medicamentos.

Por último, a preocupação com a simplificação do texto, evitando frases longas e palavras difíceis, presente desde as modificações preliminares da tradução do Guia, seguiu operando

na elaboração dessa versão do Guia GAM-BR, bem como na sua revisão crítica, levada a cabo na etapa seguinte da pesquisa, conforme já relatado. Com efeito, o baixo grau de escolarização e o pouco acesso à leitura que caracterizam a população brasileira colocam desafios importantes quanto à compreensão do texto escrito e de alguns termos caros ao campo da reforma psiquiátrica, como autonomia e protagonismo. O dispositivo grupal foi crucial também no enfrentamento das dificuldades de leitura ou iletramento de muitos usuários, os quais, ao lado daqueles capazes de leitura e escrita, podiam sentir-se, eles próprios, leitores: do Guia, dos contextos de vida, das suas experiências...

### Efeitos GAM em solo brasileiro

A acolhida da pesquisa nos Caps teve como facilitador a longa trajetória de atuação no campo da saúde mental por parte dos pesquisadores envolvidos. No entanto, o tema enunciado – ‘Gestão Autônoma da Medicação’ – era novo, suscitando expectativas e temores diversos, tanto por parte de usuários como dos trabalhadores. Houve quem acreditasse tratar-se de estímulo à automedicação, enquanto outros supunham que era pesquisa de um novo medicamento, com farto financiamento de algum laboratório farmacêutico. Desfeitos os mal-entendidos, apesar da receptividade inicial e, por vezes, da sinalização positiva ou manifestação de interesse para realização da pesquisa nos serviços contatados, os grupos de intervenção não se desenvolveram sem percalços, exigindo negociação continuada com as equipes. Enquanto os trabalhadores que se envolveram com a condução desses grupos com os pesquisadores eram bastante tocados pela experiência, capaz de transformar tanto aos usuários quanto a si próprios, os demais profissionais das equipes permaneciam ou alheios ou desconfiados do que ali se passava. Se alguns entre esses podiam reconhecer mudanças positivas na atitude dos usuários do grupo, que se mostravam mais conscientes de

seus direitos e intentavam maior participação nas decisões a respeito de seus tratamentos, outros ou não percebiam essas mudanças ou as consideravam indesejáveis. Porém, os efeitos produzidos entre trabalhadores e usuários na etapa inaugural da pesquisa possibilitaram sua replicação na etapa seguinte, com inclusão de um número maior de serviços e participação de usuários, trabalhadores e residentes na moderação dos grupos de intervenção.

Além disso, desde 2013, quando o Guia GAM-BR foi disponibilizado ao público via internet e, no RS, por iniciativa da Secretaria Estadual da Saúde, distribuído às coordenadorias regionais para uso pelos serviços interessados, as experiências têm-se multiplicado, com variações em seus espaços, suas formas e seus participantes, alcançando também usuários de álcool e outras drogas e crianças e adolescentes<sup>25</sup>. Em alguns casos, à semelhança dos mal-entendidos iniciais com a expressão gestão autônoma da medicação, a expectativa dos trabalhadores ao proporem um grupo GAM é de produzir adesão aos tratamentos medicamentosos – autonomia sendo aqui identificada à capacidade do usuário de tomar seus medicamentos sem necessitar da ajuda de terceiros. Entretanto, têm sido outros os efeitos recolhidos da experiência dos usuários, em que se destaca, além do maior conhecimento sobre os efeitos dos medicamentos, uma tomada de consciência sobre os direitos que lhes concernem.

Uma análise das primeiras publicações brasileiras da pesquisa GAM revela que, após participação nos grupos de intervenção, os usuários demonstraram maior conhecimento sobre sua medicação e passaram a reconhecer em si um saber advindo da experiência, pelo qual não somente aos médicos, mas também a si próprios, era atribuída autoridade no que diz respeito ao tratamento medicamentoso. Porém, seguiram considerando os profissionais como autoridade superior, detentora do poder de decisão sobre o tratamento. Em todos os campos da pesquisa, houve usuários que buscaram conversar com seus médicos visando

a ajustes da medicação, mobilizados e encorajados pelas discussões nos grupos GAM. De modo geral, o intuito era de que a medicação pudesse ser diminuída, mas não retirada. A prescrição medicamentosa mantinha-se soberana na formulação do projeto terapêutico; mesmo tornando-se capazes de identificar seus limites e danos, os usuários preferiam sofrer dos efeitos colaterais a viver sem os medicamentos: “Se não tomar o remédio, a gente fica pior”<sup>10,26(120),27</sup>.

Além disso, o fato de se fazerem capazes, a partir da GAM, de expressar suas ideias e reivindicar seus direitos aos trabalhadores não significou, segundo os usuários, que tenham sido ouvidos. Na percepção destes, o aumento de suas exigências em relação ao tratamento produziu tensões e enfrentamentos com as equipes, em relação às quais afirmaram a necessidade de serem mais bem preparadas para lidar com a negociação do projeto terapêutico de cada um. A experiência GAM suscitou o esforço nascente dos usuários em tomar parte das decisões referentes aos seus tratamentos, colocando-os, ao mesmo tempo, em contato com o limite dos serviços para acolher e dar lugar a essa participação, em especial no que diz respeito ao tratamento medicamentoso. Essa experiência também tornou visível o desconhecimento sobre medicamentos que recai sobre profissionais não prescritores, que igualmente identificaram dificuldades na relação com os médicos para obterem mais informações sobre o tratamento medicamentoso dos usuários. Ainda, a experiência GAM fez com que usuários olhassem criticamente para a forma como, nos Caps, a noção de tratamento era equiparada ao uso regular de medicamentos. Embora outros recursos fossem mencionados, não alcançavam o mesmo valor dado ao tratamento farmacológico<sup>21,28</sup>.

Os usuários referiram-se ao grupo GAM como espaço de troca de experiências sobre o medicamento, em que cada um podia contar sua vivência singular com a medicação e um saber experiencial lhe ser reconhecido. A experiência GAM contrastava com a forma de

comunicação dos profissionais que os atendiam e que os usuários puderam então criticar: a linguagem era técnica e insuficiente para sanar suas dúvidas. Segundo eles, os médicos orientavam pouco sobre o tratamento medicamentoso, deixando-os com seus temores, como o de que o uso de múltiplos medicamentos pudesse matar ou causar coma permanente<sup>28</sup>.

Por fim, a experiência GAM também fez com que usuários investissem interesse no tema dos direitos, antes ausente do universo de suas preocupações. Eles passaram a reconhecer o direito de participar das decisões referentes ao seu próprio tratamento, ler seu prontuário e obter as informações que necessitassem. Passaram a participar mais frequentemente da gestão dos serviços em que eram atendidos. Outrossim, puderam ampliar a discussão sobre direitos, não ficando restritos à saúde, mas incluindo também condições de vida e acesso à moradia. Contudo, os Caps, de maneira geral, estabeleciam uma demarcação estrita dos espaços de possibilidade de exercício de direito por parte dos usuários – em regra, as ‘assembleias’ e as associações de usuários. Segundo os usuários, nesses espaços, a participação era acolhida e respeitada, mas, quando o assunto dizia respeito à gestão de seu próprio tratamento, não se sentiam escutados. Particularmente, o direito de recusar o tratamento não era respeitado, sendo mencionadas atitudes como medicação forçada, via oral ou injetável, ou, na internação, a contenção física, além de ameaças de transferência para “um lugar pior”<sup>10,27,28(2896),29</sup> ou de desencadeamento de uma crise, caso rejeitassem o tratamento prescrito.

## Considerações finais

Apontamos o elo indissociável entre GAM e exercício de direitos e cidadania, que, na experiência nos serviços públicos de saúde no Brasil, possibilitou colocar em evidência sua potencialidade, mas também seus limites. Vimos que a GAM significou, para os usuários,



um espaço de exercício de direitos, mas esse exercício não reverberou da forma esperada entre os profissionais nem nos processos de tomada de decisão instituídos pelos serviços. O caráter profundamente participativo da estratégia GAM, em total afinidade com princípios do SUS, vai de encontro a uma cultura há muito arraigada, de centralização do poder e hierarquização dos saberes, na qual o saber que advém da experiência dos usuários é pouco valorizado. A menos-valia desse saber encontra suas razões também na extrema desigualdade social, que impõe distância entre parte dos trabalhadores de saúde e os usuários no que se refere às condições de acesso a bens culturais, mesmo diante da crescente precarização desses trabalhadores.

Desse modo, embora a política de saúde brasileira professasse, aos seus usuários, direito à palavra, a ser respeitado como pessoa, a recusar ou questionar o tratamento proposto, e possibilidade de uma relação mais igualitária entre usuários e trabalhadores; embora esses preceitos pudessem ser aplicados, de fato, em muitos dos serviços substitutivos à lógica manicomial que a política de saúde mental brasileira propôs; não sem frequência, nós nos encontramos com trabalhadores e serviços apegados a antigos modelos, a repetir velhas formas não democráticas e hierarquizadas de relação com os usuários – formas que se repetem em diferentes esferas da vida societária dos brasileiros.

Por meio da GAM, esses usuários conquistavam uma experiência inédita de cidadania, que ganhava um sentido de dignificação da vida, como uma mudança de estatuto: do inumano ao humano, de objeto a sujeito. Isso não tem paralelo com a experiência GAM do Quebec, cuja democracia adquiriu suficiente alcance e estabilidade, garantindo direitos básicos a todos. Certamente, o adoecimento psíquico e a medicamentação da vida geram estigma e perda de direitos, mas cidadania e respeito à pessoa são experiências acessadas

anteriormente a adoecimento e tratamento, as quais se trata de resgatar. No Brasil, de democracia desigual e interrompida, cidadania é uma experiência a ser inventada. Para usuários da saúde mental, a participação em um grupo GAM pode ser um lampejo dessa invenção, que ganha força de transformação – sendo o grupo, nesse caso, por seu manejo cogestivo, lateralização das relações e compartilhamento de experiências, um componente da estratégia brasileira, catalisador de sua força transformadora<sup>15</sup>.

Contudo, se o gradiente de democracia e cidadania é um marcador importante da diferença entre o Quebec e o Brasil, deparamo-nos com o fato de que, no Quebec ou no Brasil, a trajetória GAM – tanto institucional quanto pessoal – enfrenta os mesmos desafios, ao buscar aumentar o poder dos usuários nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento medicamentoso. É o mesmo muro contra o qual se bate a GAM: o dos diagnósticos estigmatizantes, do reducionismo biomédico, da medicamentação da vida. Não importa o país, arriscamos dizer que os movimentos reformistas não alcançaram reformar o tratamento medicamentoso. O discurso biomédico se impõe como ente transnacional a serviço do controle dos corpos e da indústria farmacêutica. Pelo direito à vida, por mais democracia e por alternativas não medicalizantes de cuidado em saúde mental, a parceria entre Quebec e Brasil em torno à GAM encontra razões para seguir.

## Colaboradoras

Palombini A (0000-0002-8332-8292)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e da versão final do manuscrito. Del Barrio LR (0000-0002-4451-8237)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e elaboração da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua. Rendimentos de todas as fontes 2017 [internet]. 2018. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20843-pnad-continua-10-da-populacao-concentravam-quase-metade-da-massa-de-rendimentos-do-pais-em-2017>.
2. Piketty T. Rapport sur les inégalités mondiales 2018 – synthèse. Version française. Laboratoire sur les inégalités mondiales [internet]. 2017. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>.
3. Souza J. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
4. Fernandes F. Existe uma crise da democracia no Brasil? In: Fernandes F. Mudanças sociais no Brasil. São Paulo: Global; 2008, p. 93-113.
5. Holanda SB. Raízes do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
6. Kilomba G. Memórias da plantação. Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
7. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):2067-2074.
8. Correia LC, Almeida OM. A luta Antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira. Rev. De Direit. Mov. Soc. [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 15]; 3(2):319-347. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19727/18192>.
9. Stotz EN. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. Saúde debate [internet]. 2006 [acesso em 2019 jan 15]; 30(73-74):149-160. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309003.pdf>.
10. Onocko-Campos R, Palombini AL, Silva AE, et al. Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. Interface [internet]. 2012 [acesso em 2019 jan 15]; (16):967-980. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop4412.pdf>.
11. Rodriguez del Barrio L, Cyr C, Benisty L, et al. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(10):2879-2887.
12. Rodriguez del Barrio L, Poirel M. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: La Gestion autonome des médicaments de l'âme. Nouvelles pratiques sociales 2007; 19(2):111-127.
13. Guerini LR. Da prescrição à tradução. Apoio institucional e matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
14. Onocko-Campos RT, Passos E, Leal E, et al. Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM [internet]. 2018. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_para\\_download\\_com\\_correcoes.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf).
15. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Passos E, et al. Gestão Autônoma da Medicação: Guia de apoio a moderadores [internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf).
16. Regroupement des Ressource Alternative en Santé Mentale du Québec, Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Équipe de Recherche et d'Action en Santé Mentale et Culture (Québec). Gestion autonome de la médication de l'âme. Mon guide personnel, Québec: RRASMQ ; AGIDD-SMQ; 2002.

17. Regroupement des Ressource Alternative en Santé Mentale du Québec, Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Équipe de Recherche et d'Action en Santé Mentale et Culture (Québec). Mon guide personnel. Gestion autonome de la médication en santé mentale. Montreal: RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME; 2017. Edição atualizada.
18. Bakhtin M. Estética da criação verbal. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
19. Bakhtin M. Problemas da poética de Dostoievski. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2005.
20. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Púb.* 2011; 46(1):51-58.
21. Passos E, Palombini AL, Onocko-Campos RT, et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia.* 2013; (41):8-23.
22. Mol A. *The logic of care.* London and New York: Routledge; 2008.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
24. Melo JJM. A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
25. Ferrer A, Palombini A, Azambuja M. Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. *Rev Polis Psique.* 2020; 10(2):1-8.
26. Marques CC, Palombini AL, Passos E, et al. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. *Mnemosine* [internet]. 2013; 9(1):106-126. Disponível em: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/artigo\\_mnemosine.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/artigo_mnemosine.pdf).
27. Sade C, Barros LMR, Melo JJM, et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(10):2813-2824.
28. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(10):2889-2898.
29. Palombini AL, Onocko-Campos RT, Silveira M, et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(10):2899-2908.

---

Recebido em 03/01/2020

Aprovado em 11/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Organização do trabalho e adoecimento dos bancários: uma revisão de literatura

## *Work organization and illness of bank workers: a literature review*

Elver Andrade Moronte<sup>1</sup>, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112817

**RESUMO** Este artigo apresenta uma análise de produções científicas das relações entre saúde e trabalho dos trabalhadores bancários, encontradas em teses, dissertações, artigos das literaturas nacional e internacional, produzidos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de 2008 a 2018. A pesquisa foi feita em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e da PubMed, utilizando-se os temas ‘*bank workers*’ e ‘*bank employees*’, assim como os descritores ‘*environmental health*’, ‘*antidepressive agents*’, ‘*occupational diseases*’, ‘*stress, psychological*’, ‘*depressive disorder*’, ‘*burnout, professional*’, ‘*cumulative trauma disorders*’ e os termos livres ‘*occupational stress*’, ‘*stress*’, ‘*psychological distress*’ e ‘*psychosocial work environment*’. Foram encontrados 120 estudos, dos quais, 37 tratavam especificamente do tema. A análise permitiu encontrar uma descrição da visão predominante na literatura acerca das características do trabalho nos bancos que se relacionam ao sofrimento, ao desgaste e ao adoecimento dos trabalhadores. A forma de organização do processo de trabalho no setor bancário se relaciona com o sofrimento e o adoecimento, podendo levar ao suicídio. Apesar da relação estabelecida entre trabalho e adoecimento, a descrição da organização do trabalho é superficial nos estudos, sendo seu aprofundamento importante para a compreensão e a transformação desse panorama.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Riscos ocupacionais. Determinantes sociais da saúde. Transtornos mentais.

**ABSTRACT** *This article presents an analysis of scientific production of relations between health and labor of bank workers, found in theses, dissertations, articles in the national and international literature, produced in portuguese, english and spanish, in the period from 2008 to 2018. The study was conducted in data bases of the Virtual Health Library and PubMed, using the themes ‘bank workers’ and ‘bank employees’, as well as the descriptors ‘environmental health’, ‘antidepressive agents’, ‘occupational disease’, ‘stress, psychological’, ‘depressive disorder’, ‘Burnout, professional’, ‘cumulative trauma disorders’ and the free terms ‘occupational stress’, ‘stress’, ‘psychological distress’ and ‘psychosocial work environment’. 120 studies were found, of which 37 specifically addressed the topic. The analysis made it possible to find a description of the vision prevalent in the literature about the characteristics of work in banks that are related to workers’ suffering, wear and illness. The form of organization of the work process in the banking sector relates to the suffering and illness, which may lead to suicide. Despite the relationship established between work and illness, the description of work organization is superficial in the studies, and its deepening is important for understanding and transformation of this panorama.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.  
elver.moronte@gmail.com

**KEYWORDS** *Occupational health. Occupational risks. Social determinants of health. Mental disorders.*



## Introdução

As instituições bancárias têm passado, nas últimas décadas, por marcantes transformações nos seus processos de trabalho. Essas mudanças têm sido caracterizadas pela maior carga de trabalho e maior quantificação dos resultados do trabalho, possibilitadas, em especial, pela mecanização e informatização, guardando relação com o aumento do adoecimento dos bancários, sendo que os agravos musculoesqueléticos (Lesões por Esforços Repetitivos – LER) e os transtornos mentais estão entre os mais prevalentes nessa população trabalhadora<sup>1</sup>.

No Brasil, a categoria de trabalhadores bancários apresenta alta incidência de adoecimento relacionado ao trabalho. Segundo dados da previdência social, o setor bancário (CNAE 6422) tem uma das mais elevadas taxas de doenças ocupacionais encontradas entre todas as atividades econômicas. No período de 2012 a 2016, por exemplo, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho somaram 6.763 ocorrências, correspondendo a 12,77% dos benefícios concedidos por auxílio-doença acidentário (B91). Esses números somente são superados pelos afastamentos concedidos aos trabalhadores da administração pública em geral (CNAE 8411), evidenciando que os bancários constituem o segundo grupo de trabalhadores que mais se afastam por transtornos mentais relacionados ao trabalho<sup>2</sup>.

Segundo os preceitos teóricos do campo da saúde do trabalhador, a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença exige, necessariamente, a consideração da determinação social do processo saúde-doença, abordando a promoção da saúde, o sofrer, o adoecer e o morrer das classes e dos grupos sociais inseridos em diferentes processos produtivos<sup>3</sup>, induzidos pelas relações de produção resultantes do estágio de desenvolvimento das forças produtivas em cada momento histórico.

As condições gerais de vida incluem as condições de trabalho como um indicador central de desigualdades sociais. Nesse sentido, ganha especial importância o estudo das condições de trabalho que compreendem as relações de emprego (entre o empregador e o empregado), além dos constrangimentos e das pressões no ambiente físico e na organização do trabalho. Assim, o estudo das condições em que o trabalho é realizado permite maior compreensão dos perfis de adoecimento das diversas frações da classe trabalhadora.

Este estudo tem como objetivo a verificação da produção científica que relaciona as condições do trabalho bancário à identificação dos processos determinantes do adoecimento nesse grupo de trabalhadores, oferecendo um panorama da produção científica e indicando possibilidades de pesquisa nessa área.

## Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre a produção científica nacional e internacional acerca das relações entre o trabalho nos bancos e a saúde dos trabalhadores bancários. Nesse tipo de revisão, há possibilidade de integração de conceitos, ideias e opiniões presentes nas pesquisas científicas.

A busca dos estudos aconteceu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, em meados de 2019. Foram consideradas as publicações em línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de 10 anos, entre 2008 e 2018. Os termos pesquisados foram *'bank workers'* e *'bank employees'*. A pesquisa associou os termos escolhidos com os descritores *'environmental health'*, *'antidepressive agents'*, *'occupational diseases'*, *'stress, psychological'*, *'depressive disorder'*, *'burnout, professional'*, *'cumulative trauma disorders'* e com os termos livres *'occupational stress'*, *'stress'*, *'psychological distress'* e *'psychosocial work environment'*.

Realizou-se a análise das produções científicas encontradas em forma de artigos originais, teses e dissertações, considerando-se a seguinte questão norteadora: quais foram as relações encontradas pelas produções científicas latino-americanas nos últimos 10 anos entre o trabalho bancário e a saúde dos trabalhadores?

Foram considerados critérios de inclusão: 1) Estudos realizados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola; 2) Estudos publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018; 3) Estudos que abordassem a temática do adoecimento relacionado ao trabalho no setor bancário.

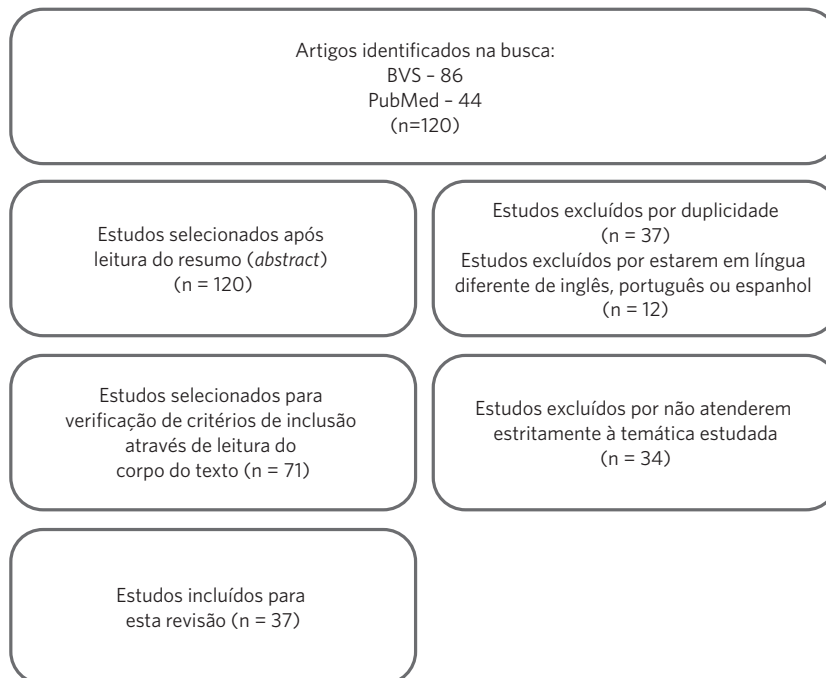
A análise foi feita baseada na revisão da literatura selecionada, com reflexões dos autores, após leitura dos resumos (*abstracts*) e do corpo do texto dos estudos.

## Resultados da busca e da seleção

Ao utilizar a metodologia proposta para a pesquisa, foram encontrados, inicialmente, 120 trabalhos, sendo 86 provenientes da BVS e 44 da PubMed.

Posteriormente, foram excluídos 37 artigos por duplicidade, além de 12 estudos que estavam em língua diferente daquelas definidas (inglês, português e espanhol), resultando em 71 estudos selecionados. Após leitura dos resumos (*abstracts*) e do corpo do texto, restaram 37 estudos, que foram analisados nesta revisão, já que 34 foram excluídos por não atenderem estritamente à temática estudada.

Figura 1. Fluxograma para resultado da busca de fontes de informação, triagem, seleção e inclusão de artigos



Fonte: Elaboração própria.

## Características dos estudos

Conforme se observa no *quadro 1*, a maior parte dos estudos abordou aspectos da organização do trabalho em bancos e sua relação com a saúde dos trabalhadores bancários, sejam no aumento de uso de medicamentos, no adoecimento do sistema musculoesquelético, no aparecimento de doenças crônicas, no sofrimento psíquico e no aparecimento de

doenças psíquicas ou até mesmo nos casos de autoviolência (suicídios).

A maioria dos artigos optou por realizar estudos transversais<sup>4-36</sup>, tendo sido mais comum a realização de trabalhos descritivos, com estudo da prevalência de agravos na população bancária e sua relação com as condições de vida e de trabalho. Em dois estudos, os autores optaram pela realização de revisão de literatura<sup>37,38</sup>, e outros três realizaram estudos teóricos<sup>39-41</sup>.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na revisão de literatura, com avaliação de impactos na saúde dos bancários relacionados à organização do trabalho nos bancos

Estudo	Título	Principais resultados	
4	Geremias et al., 2017	Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários, Minas Gerais, Brasil	Relata condições de trabalho nos bancos como fontes de tensão: excesso de carga horária, intensificação de atividades, pressão por resultados, alta exigência de desempenho, imprevisibilidade das situações, demissões relacionadas ao não cumprimento de metas.
5	Ferreira e Carvalho, 2017	Saúde do Trabalhador: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Bancários	Indica que o trabalho bancário sofreu uma transformação, sendo que atualmente o trabalhador deve ser um vendedor de produtos, estando submetido a técnicas de controle do trabalho, principalmente aos sistemas de controle de metas de produtividade.
6	Jaques e Ziliotto, 2017	As contingências do trabalho bancário: um estudo sobre os mecanismos de mediação e defesa do sofrimento	Relaciona aspectos do trabalho bancário a influências negativas em sua saúde: redução do quadro de funcionários, desenvolvimento de tecnologia e modernização dos processos de trabalho, maior exigência de capacitação dos profissionais, condições de insegurança salarial e contratual no setor.
7	Silva e Navarro, 2012	Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários	Relaciona a reestruturação produtiva com o aumento da produtividade e lucratividade do setor, assim como redução de postos de trabalho, intensificação de seu ritmo, sobrecarga de tarefas, aumento da pressão e do controle sobre os bancários, com impactos na saúde dos trabalhadores.
8	Medeiros et al., 2017	Sequestros de bancários e seus impactos psicossociais e na saúde do trabalhador	Considera que as modificações na relação capital-trabalho, provenientes da aplicação da ideologia neoliberal no setor bancário, geraram precarização nas relações trabalhistas (redução de salários, aumento das terceirizações e contratos de trabalho temporários), aumento do ritmo de trabalho (relacionado às metas e aos prazos), alta carga psicoafetiva (relacionada à exigência de perfeição no desempenho e a constantes ameaças com relação à carreira).
9	Silva, Pereira e Sakurai, 2008	Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003	Demonstrou que houve mudança no padrão de adoecimento e afastamento do trabalho, reduzindo-se os casos de distúrbios musculoesqueléticos e aumentando-se os de transtornos mentais.
10	Picheth e Ichikawa, 2015	Uso de ansiolíticos e antidepressivos por bancários: um estudo de representações sociais	Relaciona o sofrimento e o adoecimento físico e mental à organização do trabalho no setor bancário (altos níveis de cobrança por produtividade).
11	Petarli et al., 2015a	Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários	Atribui um impacto direto sobre a saúde dos bancários às mudanças na organização e na gestão do trabalho no setor: demissões em massa, automação, terceirização, reengenharia de negócios, com redução de níveis hierárquicos, precarização do trabalho e tarefas multifuncionais.
12	Murofuse NT, Marziale MHP, 2001	Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de Lesões por Esforços Repetitivos: LER.	Relaciona os transtornos musculoesqueléticos a modificações das condições de trabalho



Quadro 1. (cont.)

Estudo	Título	Principais resultados	
13	Coelho et al., 2018	Estresse como preditor da Síndrome de <i>Burnout</i> em bancários	Relaciona organização do trabalho com o aparecimento de Síndrome de <i>burnout</i> .
14	Santos, Siqueira e Mendes, 2010	Tentativas de Suicídio de Bancários no Contexto das Reestruturações Produtivas	Verifica que relacionamentos superficiais no trabalho, excesso ou falta de tarefas, pouco reconhecimento, desqualificações frequentes e chefias autoritárias estariam relacionados com casos de ideação suicida e tentativas de autoextermínio.
15	Santos e Siqueira, 2011	Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso	Relaciona o sofrimento no trabalho com o vínculo afetivo estabelecido entre o bancário e o banco, através do estabelecimento de uma relação de servidão com possibilidade de desencadeamento de perda de identidade e adoecimento.
16	Soares e Villela, 2012	O assédio moral na perspectiva de bancários	Indica que o assédio moral pode ser considerado como uma forma de gestão que busca o aumento da produtividade pela intensificação do trabalho.
17	Scopel, Barros e Wehrmeister, 2012	LER/DORT na terceira década da reestruturação bancária: novos fatores associados?	Relaciona o adoecimento dos bancários às estratégias de gestão e aos objetivos e metas das organizações.
18	Mergener, Kehrig e Traebert, 2008	Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense	Relaciona diversos aspectos da organização do trabalho bancário a queixas de dores ou desconforto no sistema musculoesquelético dos trabalhadores.
19	Silva e Barreto, 2010	Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers	Conclui pela presença de transtornos psiquiátricos menores entre bancários.
20	Silva e Barreto, 2012	Condições estressantes no trabalho e pior auto avaliação de saúde entre bancários.	Relaciona a modernização ocorrida no sistema bancário com o aumento da pressão por tempo, o excesso de demandas de trabalho, conflitos de papel, problemas relacionados à ergonomia, ao aumento dos casos de violência e estresse no trabalho.
21	Paparelli, 2011	Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato	Relaciona a sobrecarga no trabalho bancário à complexidade das tarefas, exigência de polivalência, carga psicoafetiva elevada e pressão temporal.
22	Carrijo e Navarro, 2009	LER e planos de demissão voluntária: trajetórias de dor e sofrimento entre bancários	Relaciona graves repercussões na saúde dos bancários com a reestruturação produtiva desse setor, destacando-se a intensificação do ritmo de trabalho e maior controle e pressão sobre os trabalhadores.
23	Santos-Júnior, Mendes e Araujo, 2009	Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por LER/DORT	Relacionou o adoecimento de bancários com a organização do trabalho nos bancos, destacando a redução do número de funcionários, a política de metas de produtividade, o estímulo à competição e a instabilidade no emprego.
24	Ferreira e Seidl, 2009	Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro	Identificou como causadores do mal-estar no trabalho aspectos da organização do trabalho como baixa expectativa na carreira, salários baixos, distribuição das tarefas e excesso de controle das instituições sobre os trabalhadores.
25	Paiva e Borges, 2009	O ambiente de trabalho no setor bancário e o bem-estar	Relaciona a presença de adoecimento (depressão e tensão emocional) com a organização e as relações de trabalho.
26	Kan e Yu, 2016	Occupational Stress, Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Bank Employees: The Role of Psychological Capital	Encontrou altos níveis de transtornos do humor (depressão) em amostragem de 1.239 trabalhadores bancários chineses, indicando que pode haver relação com aspectos do trabalho bancário no país (altas cargas de trabalho, necessidade de concentração nas tarefas, necessidade de esconder as emoções negativas e de responder a várias demandas dos clientes).
27	Snorradóttir et al., 2013	Financial crisis and collapsed banks: psychological distress and work related factors among surviving employees – a nation-wide study	Indica que houve, após a crise financeira mundial de 2008, redução de salários, transferências de trabalhadores para outros departamentos, perda de postos de trabalho e reestruturação de processos nos bancos, ocasionando estresse psicológico durante as mudanças organizacionais.

Quadro 1. (cont.)

	Estudo	Título	Principais resultados
28	Moraes e Bastos, 2017	Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico	Relaciona o adoecimento musculoesquelético à carga de trabalho dos bancários.
29	Gaviraghi et al., 2016	Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil	Verificou uso de psicofármacos em níveis elevados, quando comparado com a população em geral, indicando que essa medicalização pode ser relacionada a uma estratégia de enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho.
30	Valente, 2014	Depressão e esgotamento profissional em bancários	Verificou-se presença de alto esforço despendido nas atividades de trabalho, alta demanda de trabalho e baixo controle, assim como comprometimento excessivo e desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho, atribuindo-se risco aumentado para desencadeamento de transtornos do humor, como depressão.
31	Bittencourt e Vinholes, 2013	Estimativa do risco para diabetes mellitus tipo 2 em bancários da cidade de Tubarão, estado de Santa Catarina, Brasil	Considera que os bancários estariam submetidos a constantes situações de estresse no trabalho, relacionando-as a um maior risco de desenvolvimento de diabetes.
32	Hartwig, Machado e Hallal, 2009	Indicadores antropométricos e nível de atividade física de funcionários de banco	Estudo com 55 bancários encontrou sobrepeso em 55% dos trabalhadores, além de 13% com obesidade. O nível de sedentarismo atingiu 69% da amostra.
33	Salaroli et al., 2013	Prevalence of metabolic syndrome and related factors in bank employees according to different defining criteria, Vitória/ES, Brazil	Constatou aumento das taxas de obesidade, sobrepeso, hipertensão arterial, relacionando às características do trabalho bancário.
34	Konradi et al., 2011	Prevalence of metabolic syndrome components in a population of bank employees from St. Petersburg, Russia	Estudo com 1.561 bancários russos relaciona altas taxas de síndrome metabólica às características do trabalho. Também foram encontradas taxas altas de obesidade abdominal e hipertensão arterial.
35	Momin et al., 2012	Study of socio-demographic factors affecting prevalence of hypertension among bank employees of Surat City	Em estudo com 1.493 bancários na Índia, encontrou-se prevalência de hipertensão arterial em 30,4% dos trabalhadores.
36	Petarli et al., 2015b	Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória - ES, Brasil	Estimou-se um risco intermediário ao estresse ocupacional, utilizando-se o instrumento de avaliação Job Stress Scale.
37	Marques e Giongo, 2016	Trabalhadores bancários em sofrimento: uma análise da literatura nacional	A vivência de sofrimento entre bancários foi relacionada a insegurança, pressões de superiores, assédio moral. O adoecimento do sistema musculoesquelético foi considerado uma das principais formas de vivência de sofrimento nessa categoria profissional.
38	Mello et al., 2011	Considerações clínicas sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de bancários com Transtorno de Estresse Pós-Traumático	Relata que os assaltos são comuns na atividade dos bancários, sendo esse um fator potencial para o desenvolvimento de transtornos mentais como o estresse pós-traumático.
39	Martinez e Mattiello Júnior, 2012	Os limites da ginástica laboral para compreensão dos determinantes de saúde de trabalhadores bancários	Indica que as práticas de prevenção de adoecimento, como a adoção de ginástica laboral, podem servir para mascarar os determinantes da degradação das condições de vida e de saúde dos bancários, podendo, inclusive, colaborar para a intensificação da exploração capitalista.
40	Oltramari, Grisci e Weber, 2011	Carreira e relações familiares: dilemas de executivos bancários	Relaciona as exigências do trabalho bancário com sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.
41	Pavão, 2013	La lucha de los sindicatos de bancarios de Brasil contra el acoso moral	Relaciona o uso da tecnologia no setor bancário, tendo como uma de suas consequências a redução intensa de postos de trabalho.

Fonte: Elaboração própria.

## A (re)estruturação do trabalho bancário

O permanente processo de revolucionamento das forças produtivas, em busca da melhoria da produtividade, proporcionou, desde meados do século XX, significativas inovações tecnológicas que trouxeram maior eficiência para o processo produtivo. Um mesmo trabalhador, amparado na nova tecnologia, passou a realizar operações que antes exigiam vários trabalhadores. Instituiu-se, assim, o que ficou conhecido como reestruturação produtiva.

Os processos de trabalho passaram a ser, predominantemente, marcados pela flexibilização, destronando os modelos de caráter fordista/taylorista, de produção em massa de mercadorias uniformes, por meio de operações fragmentadas e repetitivas realizadas por diferentes trabalhadores.

No mercado de trabalho, as consequências se expressaram pela predominância dos vínculos precários e pelo avanço do emprego temporário, com a contratação de acordo com o aumento da demanda de produção e a ágil demissão diante da redução da necessidade de produção das mercadorias.

Facilitado pelo alto índice de desemprego, assim gerado e com amparo na desregulamentação do trabalho, multiplicaram-se os contratos temporários e viabilizou-se grande redução dos salários.

A globalização dos mercados, o aumento da competitividade entre empresas, a reestruturação produtiva, as inovações tecnológicas e sócio-organizacionais e a flexibilização das relações de trabalho, entre outros fenômenos contemporâneos, afetaram o mundo do trabalho de maneira a gerar impactos negativos na saúde dos trabalhadores.

Essas consequências ocorreram não somente nos trabalhos voltados à produção de mercadorias, como os da indústria, mas, também, em serviços como os bancários.

Medeiros et al.<sup>8</sup> afirmam que as modificações na relação capital-trabalho, tributárias da ideologia neoliberal, acarretaram intensa

redução de direitos e relações de emprego menos vantajosas aos bancários, com redução de salários, aumento das terceirizações e a instituição de contratos temporários.

Snorradóttir et al.<sup>27</sup> verificaram que, após a crise financeira mundial de 2008, houve redução de salários, transferências de trabalhadores para outros departamentos, perda de postos de trabalho e reestruturação de processos, ocasionando estresse psicológico durante as mudanças organizacionais.

As condições laborais, advindas da nova organização e da modernização dos processos de trabalho, são citadas por diversos autores, que demonstram as repercussões negativas, em especial, para a saúde mental dos bancários.

As mudanças ocorridas no processo de trabalho bancário incluem diversos elementos. O trabalho, ou a própria atividade, em si, passa a ser marcado pela intensificação da exploração obtida por diversas formas de pressão sobre o trabalhador. Mudanças nos meios de trabalho materializam-se, em especial, na adoção de novas tecnologias produtivas, às quais os bancários são forçados a se adaptar. Em algumas situações, a própria finalidade do trabalho tem-se alterado, exigindo do bancário maior atuação como vendedor de produtos.

A nova organização do trabalho nos bancos propiciaria pressões temporais quanto ao ritmo de trabalho, como metas e prazos, influenciando a dinâmica de trabalho e reduzindo os limites de autonomia do trabalhador. Haveria, também, alta carga psicoafetiva relacionada às estratégias organizacionais, como exigência de perfeição no desempenho e constantes ameaças com relação à carreira<sup>8</sup>.

Geremias et al.<sup>4</sup> também consideram que as condições de trabalho nos bancos expõem os trabalhadores a várias fontes de tensão, como excesso de carga horária, intensificação de atividades, pressão por resultados, alta exigência de desempenho, além da imprevisibilidade e do receio das demissões relacionadas ao não cumprimento de metas.

Jaques e Ziliotto<sup>6</sup> indicam que a redução do quadro de funcionários, associada ao

incremento do uso da tecnologia, à modernização dos processos de trabalho, assim como a uma maior exigência de capacitação dos profissionais, tem influenciado negativamente a saúde dos bancários. Os autores relatam que esse panorama se agrava com as condições de insegurança salarial e contratual no setor, coincidindo com os achados de Silva e Navarro<sup>7</sup>.

Silva, Pinheiro e Sakurai<sup>9</sup> apontam, também, que há relação direta entre a organização do trabalho e as morbidades em um banco pesquisado (distúrbios mentais e comportamentais), pois os agravos mais prevalentes estavam ligados à forma com que o trabalho se organizava.

Segundo Picheth e Ichikawa<sup>10</sup>, as pesquisas sobre os bancários incluem essa profissão entre as “profissões mais estressantes”. Os autores também relacionam esse fato a mudanças geradas no trabalho e em seu contexto. A presença de alta cobrança, o estabelecimento de metas de produtividade extremamente elevadas, o controle estrito sobre os tempos de trabalho e os consequentes altos níveis de estresse são apontados como relacionados ao sofrimento e ao adoecimento físico e mental dessa população de trabalhadores.

Martinez e Júnior<sup>39</sup> também consideram que as mudanças organizacionais mais recentes no setor bancário são responsáveis pela intensificação da exploração humana e pela deterioração das condições de vida e saúde dos trabalhadores. Observam, ainda, que a adoção de estratégias de enfrentamento do adoecimento, nessa categoria, como a ginástica laboral para prevenção de distúrbios musculoesqueléticos, é insuficiente, diante da necessidade de transformação das condições de trabalho, já que a degradação da vida dos bancários seria devida à exploração inerente ao modo de produção capitalista. Os autores apontam que essas práticas de prevenção de adoecimento, como a adoção de ginástica laboral, podem servir para mascarar os determinantes da degradação das condições de vida e de saúde dos bancários, podendo, inclusive, colaborar para a intensificação da exploração capitalista. Entendem, também, que

essas práticas servem para reduzir as tensões entre o capital e o trabalho, por despertarem nos trabalhadores uma sensação de ‘cuidado’ e ‘proteção’.

Petarli et al.<sup>11</sup> atribuem, também, responsabilidade sobre o impacto direto sobre a saúde dos bancários às mudanças na organização e na gestão do trabalho no setor, marcadas pela precarização, por demissões em massa, automação, terceirização, reengenharia de negócios, com redução de níveis hierárquicos, e instituição de tarefas multifuncionais. Para os gerentes, por exemplo, verifica-se o aumento de encargos e responsabilidades, gerando maior pressão emocional. Os autores também identificaram, como problema, a adoção de metas, importante fator estressor e de insatisfação no trabalho:

Além disso, as estratégias mercadológicas dos bancos impõem a estes trabalhadores, metas geralmente estabelecidas por níveis hierárquicos superiores, e não raramente consideradas inatingíveis, incluindo a necessidade de venda de produtos financeiros, o que aumenta consideravelmente a pressão imposta a estes trabalhadores, que nem sempre, apesar de todas as demandas a serem cumpridas, possuem controle suficiente sobre a forma de execução dos trabalhos<sup>11(3931)</sup>.

A questão das frequentes incorporações de novas tecnologias, citada anteriormente no estudo de Jaques e Ziliotto<sup>6</sup>, como aspecto deletério para a saúde, é reiteradamente referida na literatura pesquisada, como geradora de dificuldades expressivas aos trabalhadores, forçados a se adaptarem a modificações no processo de trabalho, com prejuízo ao desempenho e maior possibilidade de desgaste e adoecimento.

Murofuse e Marziale<sup>12</sup> também concluem que a automação, a introdução de novas tecnologias e as mudanças na organização do trabalho no setor bancário estariam relacionadas ao adoecimento dessa parcela da classe trabalhadora.

Carrijo e Navarro<sup>22</sup> também estabelecem uma relação entre a introdução de novas tecnologias no setor bancário e o adoecimento dos trabalhadores. A automatização e a informatização, com a conseqüente intensificação do ritmo de trabalho, da pressão e do controle sobre os trabalhadores, trazem, segundo os autores, graves repercussões para sua vida e sua saúde.

Segundo Pavão<sup>41</sup>, a tecnologia modificou particularmente o trabalho nos bancos, também porque o autosserviço bancário faz com que o próprio cliente resolva problemas que antes eram de atribuição dos bancários, levando à redução drástica de postos de trabalho no setor. Assim, o capital, por meio da tecnologia, obteve uma redução de 800.000 postos de trabalho bancário, em 1980, para 400.000, no ano 2000. O autor verifica, ainda, que as chamadas “formas modernas de gestão”, marcadas pela reestruturação produtiva, reengenharia, qualidade total, entre outras, provocaram insegurança e ansiedade nos trabalhadores. Outro problema verificado por Pavão é o “culto ao individualismo”, em que um colega vê o outro como um adversário a ser eliminado, onde o sucesso individual substitui a cooperação na realização das tarefas. Também constata que a organização do trabalho bancário, ao fixar metas de produção sem considerar a visão dos trabalhadores, promove uma violência psicológica no trabalho.

Em estudo sobre *burnout* em bancários, Coelho et al.<sup>13</sup> reconhecem que situações como cumprimento de metas, obrigações de venda de pacotes bancários, agressões provenientes dos clientes, excesso de jornada de trabalho e mecanismos de avaliação de desempenho estão relacionadas ao adoecimento dos trabalhadores.

Santos, Siqueira e Mendes<sup>14</sup> estudaram a degradação das condições de saúde física e mental de bancários. As vivências de sofrimento, em relatos desses trabalhadores, estariam relacionadas ao que os autores chamaram de circunstâncias estressantes: relacionamentos superficiais no trabalho, excesso ou falta de

tarefas, pouco reconhecimento, desqualificações frequentes e chefias autoritárias.

Segundo o estudo, o sofrimento relacionado ao trabalho exerce influência importante nos casos de ideação suicida e tentativas de autoextermínio, já que as pressões e imposições feitas, assim como a desqualificação dos trabalhadores,

São de tal maneira introjetadas que inviabilizam o confronto do sofrimento, restando a morte como a alternativa que se anuncia como modo radical de denunciar a dor moral contra a opressão<sup>14</sup>.

Por fim, concluem que as formas de gestão do trabalho bancário estão intimamente relacionadas à sua degradação, podendo abrir caminho para a ocorrência de casos de suicídio:

As novas formas de gestão do trabalho desestabilizam e desestruturam o coletivo e, com isso, minam o espaço político e democrático do trabalho, a possibilidade de construção de estratégias para transformar a realidade, exigindo cada vez mais dos trabalhadores novas formas de resistência e de mobilização para fazer face a estas condições. Infelizmente, em muitas oportunidades, a luta é vencida pela patologia, sendo o suicídio uma alternativa que se apresenta para erradicar o sofrimento que, aos poucos, se foi tornando insuportável e imbatível diante da fragilidade e vulnerabilidade que a solidão provoca no ser humano<sup>14(936)</sup>.

Santos, Siqueira e Mendes<sup>14</sup> também abordam a questão da organização do trabalho, afirmando que a padronização dos comportamentos e das rotinas, que promove a desapropriação do saber, pode acarretar efeitos negativos na saúde física e psíquica dos trabalhadores, sugerindo que há relação entre o trabalho e quadros de sofrimento, perda de identidade e adoecimento que levem a casos de ideação suicida.

Em pesquisa com bancários da região norte do Brasil, Soares e Villela<sup>16</sup> verificaram

a relação do sofrimento mental dos bancários com a prática do assédio moral. O assédio moral é uma forma de pressão diretamente relacionada à política de gestão do banco, inserida em um contexto socioeconômico no qual “o capital impõe novas formas de ultrapassar a produção, intensificando o trabalho e atribuindo-lhe um novo sentido”<sup>16(21)</sup>.

As práticas provenientes da nova forma de organização e gestão do trabalho levam a situações como pressão, isolamento físico, isolamento psicológico, descuido com as necessidades do outro, humilhação, desrespeito, dominação, agressão, perseguição, ofensa e todo tipo de conduta que afete a existência do indivíduo que trabalha. As autoras consideram que essa situação, tendo como objetivo impulsionar o alcance de metas, resultados e lucro, beneficia as instituições financeiras e prejudica a saúde dos trabalhadores.

Em estudo transversal que considerou 356 trabalhadores de 27 agências bancárias em Porto Alegre, RS, Scopel, Oliveira e Wehrmeister<sup>17</sup> também concluem que deve ser dada maior atenção à organização do trabalho, às estratégias de gestão e de constituição de objetivos e metas das organizações, pois esses aspectos estão intimamente relacionados com o adoecimento no setor. A investigação de casos suspeitos de LER/Dort (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) evidenciou que o cargo exercido no banco não interferia no desfecho de adoecimento musculoesquelético, ao contrário de estudos anteriores, que indicavam as funções de caixa e escriturário como as em que havia maior incidência desses agravos. Isso pode ser explicado pelo fato de que, após as reestruturações do trabalho bancário, houve redução daquelas atividades de entrada de dados. Por outro lado, a maioria dos bancários passou a realizar a venda de produtos e serviços financeiros, submetidos a maior cobrança de metas e maiores exigências de produtividade.

Segundo Ferreira e Carvalho<sup>5</sup>, a transformação do bancário em vendedor de produtos, submetendo-o a técnicas de controle,

especialmente pelos sistemas de metas de produtividade, constitui uma das mudanças mais relevantes.

Mergerner, Kehrig e Traebert<sup>18</sup> fizeram, também, associações entre diversos aspectos da organização do trabalho bancário com queixas de dores ou desconforto no sistema musculoesquelético. A vivência de sofrimento entre bancários foi relacionada a insegurança, pressões de superiores e assédio moral.

Para Silva e Barreto<sup>19</sup>, a modernização ocorrida no sistema bancário trouxe para seus trabalhadores o aumento da pressão por tempo, o excesso de demandas de trabalho, os conflitos de papel, problemas relacionados à ergonomia, além do aumento dos casos de violência e estresse no trabalho.

A elevada prevalência, entre os bancários, de autoavaliação do estado de saúde como ruim foi relacionada à exposição a fatores psicossociais adversos no trabalho, em outro estudo de Silva e Barreto<sup>20</sup>.

Em estudo sobre a saúde dos bancários, Paparelli<sup>21</sup> verificou a presença de sobrecarga relacionada ao trabalho, com destaque para a complexidade das atividades, a exigência de polivalência, as elevadas cargas psicoafetivas (exigência de exacerbado autocontrole emocional e de perfeição em desempenho, altos níveis de responsabilidade, insegurança sobre a manutenção do emprego e as perspectivas de carreira) e pressão temporal.

A competição entre os trabalhadores dos bancos é apontada por Oltramari, Grisci e Weber<sup>40</sup> como importante fator de adoecimento. Os casos ali estudados mostraram que ela estava relacionada com a alta exigência de disponibilidade dos executivos para suas atividades profissionais, com prejuízo para seu descanso, sono e convívio familiar e social. As consequências podem manifestar-se pelo comprometimento das relações familiares, sofrimento e adoecimento.

Santos Júnior, Mendes e Araujo<sup>23</sup> constataram que o processo de adoecimento, em 13 bancários avaliados, estava relacionado à organização do trabalho, em especial, com



“a redução do quadro de funcionários, o incremento das políticas de metas, o estímulo à competição entre pares e a instabilidade do emprego”<sup>23(624)</sup>.

Em estudo com 1.164 bancários, Ferreira e Seidl<sup>24</sup> identificaram mal-estar no trabalho com insatisfação proveniente do ambiente organizacional (fatores físicos e sociais, baixa perspectiva na carreira, salário baixo e incompatível com as responsabilidades) e do modo de gestão do trabalho (distribuição desigual de tarefas, excesso de controle). Também verificaram prejuízo no envolvimento com o trabalho devido à presença de tarefas repetitivas, tratamento desigual e relações conflituosas entre funcionários. A falta de reconhecimento, por parte das chefias e do banco, dos serviços prestados foi relacionada como um problema.

Já o estudo de Paiva e Borges<sup>25</sup>, com 200 bancários, estabeleceu correlações entre depressão e tensão emocional com a organização e as relações do trabalho.

Pesquisa com bancários chineses considerou que seu estresse se deve às características do trabalho, que exige concentração intensa, esconder as emoções negativas e responder aos questionamentos dos clientes. Além disso, a competição entre bancos levou a aumento da carga de trabalho, sem que houvesse recompensas aos trabalhadores, como crescimento na carreira, estabilidade, respeito e reconhecimento<sup>26</sup>.

Santos e Siqueira<sup>15</sup> relacionam, ainda, o sofrimento no trabalho bancário a um vínculo afetivo estabelecido pelo empregado com a empresa.

Nesse processo, o trabalhador incorpora elementos do imaginário corporativo como razão de sua existência. O trabalhador, denominado agora ‘colaborador’, é incentivado a disponibilizar-se integralmente aos desejos do empregador, como que para merecer a dádiva de manter-se empregado. Essa relação de servidão pode levar a quadros de perda de identidade e adoecimento.

Em muitos casos, o trabalhador desenvolve relações afetivas com seu trabalho, de forma que a organização se torna o único núcleo de

sua vida. As exigências impostas pelas empresas são de trabalhadores dedicados, flexíveis e atualizados, que sejam ‘obcecados pelo sucesso’. Os indivíduos devem estar, portanto, inteiramente comprometidos com o projeto institucional.

## Adoecimento dos bancários pelo trabalho

O adoecimento do sistema musculoesquelético foi considerado uma das principais formas de vivência de sofrimento para essa categoria profissional, de acordo com Marques e Giongo<sup>37</sup>.

Carrijo e Navarro<sup>22</sup>, em pesquisa realizada em 2002 em um banco estatal de Ribeirão Preto, SP, consideraram as LER um grave problema de saúde pública, em especial, para os bancários. Santos Júnior, Mendes e Araujo<sup>23</sup> constataram aumento significativo da incidência de LER/Dort no Brasil, relatando que foram afastados 25.080 bancários com esse agravo entre 2000 e 2005, o que significou um gasto de 981,4 milhões de reais em concessão de benefícios previdenciários.

Para Moraes e Bastos<sup>28</sup>, as LER/Dort estariam relacionadas à carga de trabalho dos bancários, indicando que haveria necessidade de se promoverem melhorias na quantidade e na qualidade das pausas no trabalho.

Silva, Pinheiro e Sakurai<sup>9</sup>, analisando o perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais, no período de 1998 a 2003, verificaram, no entanto, que a incidência de agravos musculoesqueléticos reduziu, enquanto o número de transtornos mentais aumentou, o que sugere uma mudança no perfil epidemiológico dessa categoria, causado pelas modificações do trabalho no setor.

Estudo de Coelho et al.<sup>13</sup> relacionou o elevado nível de demanda, baixos controle e apoio social, a elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização em bancários, assim como baixo nível de realização profissional, sugerindo que tais aspectos estariam relacionados ao aparecimento de Síndrome de *burnout*.

Em revisão sobre a ocorrência de estresse pós-traumático em bancários, Mello et al.<sup>38</sup> constataram que muitos dos trabalhadores vivenciam, no banco, várias situações de violência, em especial, relacionadas a assaltos. Muitas vezes, mesmo após a ocorrência do assalto, a agência mantém seu funcionamento, obrigando os funcionários a trabalhar sob o impacto da situação traumática que acabaram de vivenciar, o que aumenta a chance de desenvolverem esse transtorno.

Santos e Siqueira<sup>15</sup>, em um estudo de caso, estabelecem relações entre elementos da organização do trabalho e um caso de suicídio de um bancário, corroborando o resultado da pesquisa de Santos, Siqueira e Mendes<sup>14</sup>, que aponta alta incidência de ideação e tentativa de suicídio entre os bancários.

Picheth e Ichikawa<sup>10(356)</sup> demonstram, também, que

A classe de bancários apresenta alta incidência de Síndrome de *Burnout*, transtorno grave de tensão emocional de caráter depressivo relacionado ao trabalho em que o estresse leva o indivíduo ao esgotamento por exaustão.

As citadas autoras verificaram que, como consequência das mudanças negativas nas relações de emprego e condições de trabalho nas instituições bancárias, os trabalhadores em sofrimento mental recorrem, preferencialmente, ao uso de ansiolíticos e antidepressivos como tentativa de alívio. Os trabalhadores que não lançaram mão desses fármacos relataram uso de álcool, anti-inflamatórios e relaxantes musculares para alívio de desconforto e sofrimento.

Gaviraghi et al.<sup>29</sup> também constataram elevada prevalência do uso de psicofármacos (26,3%) em uma população estudada (1.117 bancários), quando comparada com a população em geral (menor que 12%), o que sugeriu que o trabalho bancário é um 'potencializador de mal-estar', gerando sofrimento psíquico e maior risco de adoecimento para os trabalhadores. Observaram, também, que, como

estratégia de enfrentamento das dificuldades encontradas, os bancários lançam mão do uso de substâncias psicoativas, recorrendo à medicalização.

Kan e Yu<sup>26</sup> estudaram 1.239 bancários chineses, verificando relação entre exaustão emocional e despersonalização, características do *burnout*, com a sobrecarga e o excesso de comprometimento com o trabalho. Foram encontrados altos níveis de transtornos do humor (depressão), indicando que pode haver relação com aspectos do trabalho bancário no País (altas cargas de trabalho, necessidade de concentração nas tarefas, de esconder as emoções negativas e de responder a várias demandas dos clientes).

Em um estudo de corte transversal, Valente<sup>30</sup> encontrou, em população de 1.046 bancários dos estados do Pará e do Amapá, risco aumentado para desencadeamento de transtornos do humor, como depressão maior e outras depressões, relacionados ao alto esforço despendido nas atividades de trabalho, alta demanda de trabalho e baixo controle do trabalhador sobre ele, assim como comprometimento excessivo e desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho. Além desse quadro, a exposição a condições psicossociais diversas no trabalho esteve fortemente relacionada a altos níveis de esgotamento.

Silva e Barreto<sup>20</sup> verificaram uma elevada prevalência de transtornos mentais menores em bancários brasileiros, reforçando a evidência entre a ocorrência desse tipo de agravo e as condições psicossociais desfavoráveis no trabalho bancário.

Também, doenças classificadas como crônico-degenerativas mostraram-se muito presentes entre os bancários.

Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, Bittencourt e Vinholes<sup>31</sup> demonstraram que metade dos bancários apresentava risco futuro de desenvolvimento de Diabetes Mellitus do tipo II. Os autores apontam como uma das hipóteses dessa relação o fato de que

Esses profissionais sofrem pressão psicológica para cumprimento de metas e conclusão rápida de tarefas, as quais necessitam de precisão e responsabilidade, além da possível existência de grande competitividade<sup>31(83)</sup>.

Estando submetidos constantemente a situações de 'estresse'. Hartwig, Machado e Hallal<sup>32</sup> encontraram, em uma amostra de 55 bancários, obesidade em 13% e sobrepeso em 55% deles. Sedentarismo foi verificado em 69% dos trabalhadores. Em pesquisa sobre sintomatologia musculoesquelética em bancários no estado de Santa Catarina, realizada no ano de 2004, Mergerner, Kehrig e Traebert<sup>18</sup> verificaram alta prevalência de queixas, que acometeram 72,8% dos trabalhadores pesquisados.

Salaroli et al.<sup>33</sup>, em uma população de 1410 bancários, constatou aumento da pressão arterial em 32,5% deles. Também encontrou alta prevalência de sobrepeso (36,9%) e obesidade (17,9%), o que associou à falta de atividade física e à atividade de trabalho essencialmente sedentária. Resultados semelhantes foram observados em estudo de Konradi et al.<sup>34</sup>, no qual 1.561 bancários russos foram avaliados, sendo constatadas hipertensão em 35,2%, obesidade abdominal em 45,6%, com prevalência de síndrome metabólica em 21,5% dos examinados. Houve, também, relação entre a síndrome metabólica e baixa atividade física, tabagismo e abuso de álcool. Em 1.493 bancários na Índia, Momin et al.<sup>35</sup> verificaram prevalência de hipertensão em 30,4% da amostra, sendo maior entre gerentes (45,9%).

## Conclusões

Constatou-se com a presente revisão bibliográfica que os estudos demonstram significativas modificações do trabalho bancário nas últimas décadas. Sua atual forma de organização tem sido caracterizada pela precarização e intensificação do trabalho e pela incorporação de novas tecnologias, que geram dificuldades de adaptação para os trabalhadores.

Diversos estudos enfatizam que a reestruturação produtiva no setor bancário está relacionada ao aparecimento de efeitos negativos para a saúde dos trabalhadores.

O adoecimento foi relacionado, em grande parte dos estudos analisados, a instabilidade no emprego, ameaça de desemprego, individualismo exacerbado, exigências de performance baseadas na excelência, exigências constantes de qualificação, estímulo da competitividade entre colegas, redução dos espaços de representação dos trabalhadores, excesso ou falta de tarefas, pouco reconhecimento do trabalho, chefias autoritárias, pressões por produtividade, cobrança exacerbada de metas, maior pressão e controle dos trabalhadores, extensão da jornada de trabalho, entre tantos outros aspectos da organização contemporânea do trabalho.

Os estudos ainda evidenciam problemas derivados da vivência de situações de violência, como assaltos e sequestros, além dos tradicionais problemas relacionados à condição ergonômica inadequada dos postos de trabalho.

Alguns autores relacionam o adoecimento dos trabalhadores, também, a questões biomecânicas nas atividades laborais, como repetitividade de movimentos e mobiliário inadequado, que estariam relacionadas ao aparecimento de LER. Porém, na atualidade, além desses fatores biomecânicos, os estudos desvelam a importância de outros aspectos, como a organização do trabalho, no desencadeamento de LER/Dort.

As pesquisas têm demonstrado o aparecimento de uma gama de problemas de saúde, como sofrimento psíquico, alta prevalência de sedentarismo, obesidade, sobrepeso, diabetes, hipertensão arterial, uso de álcool.

Os transtornos mentais aparecem como um problema emergente de grande relevância. Na maioria dos estudos, o sofrimento psíquico e o adoecimento mental são relacionados à vivência de situações estressantes no trabalho. A alta prevalência de ansiedade e depressão, transtornos do estresse pós-traumático, *burnout*

e esgotamento são relatados, além de um dramático aumento no número de suicídios.

A produção científica tem demonstrado que o aumento do sofrimento psíquico e do adoecimento mental entre os bancários é consequência das características que o processo de trabalho bancário vem assumindo.

Na maioria das pesquisas, no entanto, o estudo da organização do trabalho e seu papel no adoecimento dos bancários encontra-se insuficiente, exigindo maior investigação. Diversos fatores de risco são identificados, porém, sem o estabelecimento das relações de determinação que se estabelecem com a estrutura econômica da sociedade. Dessa lacuna resulta a indução de uma possível solução dos problemas com base na conscientização dos trabalhadores, de modo a adequarem sua postura ou relação com o trabalho, ocultando os limites que a eles se impõem, impedindo

que tenham uma vida mais saudável.

Esta revisão atingiu o objetivo proposto, evidenciando que as pesquisas relacionam as condições de trabalho dos bancários a vários tipos de adoecimento dessa população trabalhadora. O aprofundamento dessa questão pode contribuir para a compreensão dos processos gerais de determinação das condições de vida relativos ao modo de produção vigente, determinantes dessa organização do trabalho e para a superação da condição deletéria à saúde na qual o trabalho bancário se encontra.

## Colaboradores

Moronte EA (0000-0002-9682-3380)\* e Albuquerque GSC (0000-0002-7544-412X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Borges LH. Trabalho de caixa bancário, saúde mental e lesão por esforço repetitivo. In: Glina DMR, Rocha LE. *Saúde Mental e Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p. 271-301.
- Brasil. Ministério da Fazenda. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por incapacidade 2017. *Adoecimento Mental e Trabalho A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. Brasília, DF: Secretaria de Previdência; 2017.
- Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(4):757-766.
- Geremias LM, Evangelista LF, Silva RC, et al. Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários, Minas Gerais, Brasil. *Rev Cuid [internet]*. 2017 [acesso em 2019 out 10]; 8(3):1863-1874. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732017000301863&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301863&lng=en).
- Ferreira AP, Carvalho APC. Saúde do Trabalhador: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Bancários. *Cienc Trab. [internet]*. 2017 [acesso em 2019 out 10]; 19(59):128-134. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200128>.
- Jaques AG, Ziliotto DM. As contingências do trabalho bancário: um estudo sobre os mecanismos de mediação e defesa do sofrimento. *Interação em Psicologia. [internet]*. 2017 [acesso em 2019 out 10]; 21(1):1981-8076. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/45308>.
- Silva JL, Navarro VL. Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]*. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 20(2):226-234. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200003&lng=en).
- Medeiros GF, Lucca SR, Pereira ACL, et al. Sequestros de bancários e seus impactos psicossociais e na saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2017; 15(1):42-53.
- Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Ciênc. Saúde Colet. [internet]*. 2008 [acesso em 2019 out 10]; 13(supl2):2049-2058. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900009&lng=pt).
- Pichet SF, Ichikawa EY. Uso de ansiolíticos e antidepressivos por bancários: um estudo de representações sociais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais [internet]*. 2015 [acesso em 2019 out 10]; 10(2):354-367. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000200012&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200012&lng=pt&lng=pt).
- Petarli GB, Salaroli LB, Bissoli NS, et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cad. Saúde Pública [internet]*. 2015a [acesso em 2019 out 10]; 31(4):787-799. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000400787&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400787&lng=en).
- Murofuse NT, Marziale MHP. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de Lesões por Esforços Repetitivos: LER. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]*. 2001 [acesso em 2019 out 10]; 9(4):19-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400004&lng=en).
- Coelho JAPM, Souza GHS, Cerqueira CLC, et al. Estresse como preditor da Síndrome de Burnout em bancários. *Rev. psicol. organ. trab. [internet]*. 2018 [acesso em 2019 out 10]; 18(1):306-315. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572018000100005&lng=pt&rm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572018000100005&lng=pt&rm=iso).

14. Santos MAF, Siqueira MVS, Mendes AM. Tentativas de Suicídio de Bancários no Contexto das Reestruturas Produtivas. *Rev. de Administração Contemporânea*. 2010 [acesso em 2021 mar 31]; 14(5):925-938. Disponível em: <https://rac.anpad.org.br/index.php/rac/article/view/792>.
15. Santos MAF, Siqueira MVS. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. *Rev. bras. saúde ocup.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 10]; 36(123):71-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572011000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100007&lng=en).
16. Soares LR, Villela WV. O assédio moral na perspectiva de bancários. *Rev. bras. saúde ocup.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 37(126):203-212. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572012000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200003&lng=en).
17. Scopel J, Oliveira PAB, Wehrmeister FC. LER/DORT na terceira década da reestruturação bancária: novos fatores associados? *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 46(5):875-885. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000500015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500015&lng=en).
18. Mergerner CR, Kehrig RT, Traebert J. Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense. *Saúde soc.* [internet]. 2008 [acesso em 2019 out 10]; 17(4):171-181. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000400017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400017&lng=en).
19. Silva LS, Barreto SM. Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers. *BMC Public Health*. 2010; (10):686-693.
20. Silva LS, Barreto SM. Condições estressantes no trabalho e pior auto avaliação de saúde entre bancários. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 46(3):407-416. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000300002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300002&lng=pt).
21. Paparelli R. Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. *Rev. bras. saúde ocup.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 10]; 36(123):139-146. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572011000100013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100013&lng=en).
22. Carrijo DCM, Navarro VL. LER e planos de demissão voluntária: trajetórias de dor e sofrimento entre bancários. *Cad. psicol. soc. trab.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 out 10]; 12(2):157-171. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172009000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000200003&lng=pt&nrm=iso).
23. Santos Júnior AV, Mendes AM, Araujo LKR. Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por LER/DORT. *Psicol. cienc. prof.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 out 10]; 29(3):614-625. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300014&lng=en&nrm=iso).
24. Ferreira MC, Seidl J. Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro. *Psic.: Teor. e Pesq.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 out 10]; 25(2):245-254. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200013&lng=en&nrm=iso).
25. Paiva CSDL, Borges LO. O ambiente de trabalho no setor bancário e o bem-estar. *Psicol. estud.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 out 10]; 14(1):57-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100008&lng=en&nrm=iso).
26. Kan D, Yu X. Occupational Stress, Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Bank Employees: The Role of Psychological Capital. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 10]; 13(1):134. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/1/134/pdf>.



27. Snorradóttir A, Vilhjálmsson R, Rafnsdóttir GL, et al. Financial crisis and collapsed banks: psychological distress and work related factors among surviving employees – a nation-wide study. *Am J Ind Med*. 2013; 56(9):1095-106. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23797952/>.
28. Moraes PWT, Bastos AVB. Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico. *Psicol. cienc. prof.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 10]; 37(3):624-637. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000300624&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000300624&lng=en&nrm=iso).
29. Gaviraghi D, Antoni C, Amazzarray MR, et al. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 10]; 16(1):61-72. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572016000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000100006&lng=pt&nrm=iso).
30. Valente MSS. Depressão e esgotamento profissional em bancários. [dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014. 121 p. [acesso em 2019 out 10]; Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-26112014-123022/pt-br.php>.
31. Bittencourt A, Vinholes DB. Estimativa Do Risco Para Diabetes Mellitus Tipo 2 Em Bancários Da Cidade De Tubarão, Estado De Santa Catarina, Brasil. *Scientia Médica* [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 10]; 23(2):82-89. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5662556.pdf>.
32. Hartwig TW, Machado CF, Hallal PC. Indicadores antropométricos e nível de atividade física de funcionários de banco. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2009 [acesso em 2019 out 10]; 17(3):70-75. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/indicadores-antropometricos-nivel-atividade-fisica-funcionarios-banco>.
33. Salaroli LB, Saliba RAD, Zandonade E, et al. Prevalence of metabolic syndrome and related factors in bank employees according to different defining criteria, Vitória/ES, Brazil. *Clinics* [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 10]; 68(1):69-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322013000100012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322013000100012&lng=en).
34. Konradi AO, Rotar OP, Korostovtseva LS, et al. Prevalence of metabolic syndrome components in a population of bank employees from St. Petersburg, Russia. *Metab Syndr Relat Disord.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 10]; 9(5):337-43. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21819220/>.
35. Momin MH, Desai VK, Kavishwar AB. Study of socio-demographic factors affecting prevalence of hypertension among bank employees of Surat City. *Indian J Public Health.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 56(1):44-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22684172/>.
36. Petarli GB, Zandonade E, Salaroli LB, et al. Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória – ES, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015b [acesso em 2019 out 10]; 20(12):3925-3934. Disponível em: <https://www.scielo.org/articulo/csc/2015.v20n12/3925-3934/pt/>.
37. Marques GS, Giongo CR. Trabalhadores bancários em sofrimento: uma análise da literatura nacional. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 10]; 16(3):220-247. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572016000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000300002&lng=pt&nrm=iso).
38. Mello PG, Caminha RM, Lorenzoni PL, et al. Considerações clínicas sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de bancários com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Contextos Clínic.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 10]; 4(1):1-7. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822011000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822011000100001&lng=pt&nrm=iso).
39. Martinez JFN, Júnior EM. Os limites da ginástica laboral para compreensão dos determinantes de saúde

- de de trabalhadores bancários. Pensar a prática [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 10]; 15(3):610-624. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/feef/article/view/13273>.
40. Oltramari AP, Grisci CLI, Weber L. Carreira e relações familiares: dilemas de executivos bancários. Rev. Mal-Estar Subj. [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 10]; 11(1):100-133. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100005&lng=pt&nrm=iso).
41. Pavão P. La lucha de los sindicatos de bancarios de Brasil contra el acoso moral. Salud trab. [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 10]; 21(1):31-40. Disponível em: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382013000100004&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382013000100004&lng=es).

---

Recebido em 14/10/2019

Aprovado em 06/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica

## *Senses about mental health care: a literature review*

Renata Guerda de Araújo Santos<sup>1</sup>, Lupicinio Íñiguez-Rueda<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112818

**RESUMEN** Este texto presenta una revisión bibliográfica realizada en la Biblioteca Virtual de Salud/Psicología (BVS-PSI/Brasil) con el objetivo de comprender los sentidos del cuidado en la atención psicosocial a partir de los artículos científicos brasileños disponibles. Realizamos una búsqueda con los descriptores del DeCS/MeSH para acceder a las publicaciones disponibles. Hicimos una revisión de esta literatura, describimos el contenido de los artículos, identificamos los repertorios lingüísticos presentes y problematizamos los diversos sentidos del cuidado en la perspectiva de la atención psicosocial. Trabajamos con las contribuciones de la Psicología Discursiva y del movimiento construccionista para comprender la complejidad y la polifonía de ese campo. Los resultados se han agrupado en tres categorías: La Política Pública y la Reforma Psiquiátrica en Brasil; Modelos de asistencia y las controversias en la gestión y organización del proceso de trabajo; y la Salud Colectiva. Podemos visualizar, de manera amplia y dinámica los tránsitos conceptuales, a veces desconectados y reduccionistas, a veces como una vía importante para la transformación de las prácticas de salud mental en la atención psicosocial.

**PALABRAS-CLAVE** Salud mental. Servicios de salud mental. Modelos de atención de salud.

**ABSTRACT** This text presents a bibliographic review carried out at the Virtual Library in Health/Psychology/Brazil (BVS-PSI/Brazil) with the objective of understanding the meanings of care in psychosocial care based on available Brazilian scientific articles. We conducted a search with the DeCS/Mesh descriptors to access the quantity of available publications. We did a bibliographic review of this literature, described the content of the articles, identified the linguistic repertoires present and problematized the various meanings of care in the perspective of psychosocial care. We worked with the contributions of Discursive Psychology and the constructionist movement to understand the complexity and polyphony of that field. The results have been grouped into three categories: Public Policy and Psychiatric Reform in Brazil; Models of assistance and controversies in the management and organization of the work process; and Collective Health. We can visualize, in a broad and dynamic way, the conceptual, sometimes disconnected and reductionist transits, sometimes as an important way for the transformation of mental health practices into psychosocial care.

**KEYWORDS** Mental health. Mental health services. Healthcare models.

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) – Plaza Cívica, España. [guerdapsial@gmail.com](mailto:guerdapsial@gmail.com)



## Introducción

La Atención Psicosocial en Brasil está marcada por una ruptura paradigmática engendrada por transformaciones en el objeto históricamente delimitado por la psiquiatría<sup>1</sup>. La influencia de la psiquiatría de sector francés, de la psiquiatría comunitaria americana, de la antipsiquiatría, de la psicoterapia institucional y de la psiquiatría italiana, van imprimiendo bifurcaciones en el campo de la salud mental, y produciendo efectos en el modo de producción del cuidado.

En la metamorfosis de la naturaleza de la institución psiquiátrica, diversos cambios fueron operados buscando restablecer un potencial terapéutico a las prácticas adoptadas a lo largo de los años<sup>2</sup>. Estos movimientos se caracterizaban por acciones que buscaban calificarla sin necesariamente cambiar sus bases científicas y sus aspectos filosóficos, metodológicos, ontológicos y epistemológicos.

En el contexto brasileño, la contribución de estas perspectivas, sumada al momento histórico de la lucha por la redemocratización del país (1964-1985), ha producido un efecto de transformación del proyecto clínico de la psiquiatría y su modelo manicomial<sup>3</sup>. Se trata de una construcción política de cuestionamiento de la resolutivez de la atención en salud mental y sus procedimientos higienistas de control: camisa de fuerza, *electroshock*, uso abusivo de medicamentos, aislamiento, malos tratos, etc.

Este movimiento se fortalece a partir de la movilización protagonizada por la Reforma Sanitaria iniciada a finales de la década de 1970. A partir de ella, las intervenciones en salud mental buscaron promover nuevas posibilidades de calificar las condiciones y modos de vida, guiándose por la producción de salud y no restringiéndose a la cura de enfermedades<sup>4</sup>.

Así, la salud mental se orienta a través de las prácticas de la integralidad y se espera una mayor capacidad para comprender las necesidades de las personas con respuestas adecuadas a sus demandas<sup>5</sup>. La integralidad

es uno de los principios doctrinales de la política de salud y tiene por objetivo conjugar las acciones dirigidas a la materialización de la salud como un derecho<sup>6</sup>.

La política de salud mental se ha constituido desde dos marcadores legales importantes: la Ley 10.216<sup>7</sup>, que dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirecciona el modelo asistencial de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Único de Salud (SUS), y la Red de Atención Psicosocial (Raps), cuya finalidad es la creación, ampliación y articulación de puntos de atención a la salud para personas con sufrimiento, trastorno mental o con necesidades derivadas del uso de crack, alcohol y otras drogas.

La Raps fue creada en 2011 como estrategia para la ordenación de la atención de la salud mental en el SUS. Está compuesta por varios establecimientos públicos, a los cuales se les asigna diferentes responsabilidades para la integración y resolutivez. La red incluye servicios vinculados a sus variados componentes de cuidado: atención básica, atención psicosocial especializada, emergencia, vivienda transitoria, hospitalaria y estrategias de desinstitucionalización y rehabilitación<sup>8</sup>.

El redireccionamiento del modelo psiquiátrico asilar hacia la producción de un cuidado en redes, moviliza dimensiones teórico-conceptuales, técnico-asistenciales, jurídico-políticas y socioculturales<sup>2</sup>. Es decir, las prácticas de cuidado deben ser longitudinales y coordinadas de forma continua en la vida de las personas y de las poblaciones. Reconocido como atributo esencial para los modelos de atención amplios y efectivos, el cuidado pasa a ser dispositivo estratégico en la conducción de políticas, programas y estrategias de salud en Brasil<sup>9</sup>.

La elección del término cuidado para hablar de prácticas de atención y asistencia en salud mental podría sugerir una coherencia definida de antemano o una categoría general. Sin embargo, se trata de un término atravesado por diversas tensiones, entre ellas, el modo

prescriptivo queja-conducta, ya que las necesidades en salud mental tienen como respuesta estándar la derivación a consulta médica o al nivel especializado. Hay también iniciativas que buscan componer estrategias conectadas e intersectoriales con las necesidades de la población, además de las lógicas que sostienen y dirigen el cuidado a partir de la conducción en la Raps.

Muchas de esas prácticas se desarrollan en el acto de cuidar, teniendo en cuenta las dimensiones subjetivas, relacionales y singulares. Sin embargo, presuponemos que, además de la interacción interpersonal, la producción del cuidado en salud mental exige la construcción de herramientas que produzcan vínculos, requiere la responsabilización colectiva de los profesionales y un sistema de salud con organizaciones orientadas por políticas estructurantes y convergentes.

No obstante, las conquistas en el campo de las políticas públicas de salud mental a lo largo de los años están siendo amenazadas por la falta de inversión en el SUS, cronificada por el actual gobierno 2019/2022<sup>10</sup> y su política neoliberal. Basada en la austeridad, privatización y desregulación, tal política se acentúa por la grave crisis económica e ideológica que ataca los principios constitucionales en lo que se refiere a la atención salud: universalidad, integralidad, equidad y participación social.

Así, lo que está configurado como una importante expansión del acceso a la atención primaria, a la atención de emergencia, a las inmunizaciones (vacunas), a la atención prenatal, a los servicios especializados y a los servicios hospitalarios, ha aparecido también como el principal problema en el país<sup>9</sup>. Tal vez esta paradoja pueda explicarse por el hecho de que la aplicación del SUS sigue siendo parcial, de forma que es necesario garantizar la sostenibilidad del sistema con el fin de continuar con la reforma del Estado y el modelo de gestión destinado a corregir varios obstáculos estructurales y funcionales.

En este sentido, hace falta encontrar un diseño organizacional y reconstruir el marco institucional del SUS para mejorar su carácter

público, así como reconocer las disputas que surgen en este escenario: institucional, sistemas de gestión, financiación, planificación y evaluación de impacto para un proyecto de salud en defensa de la vida.

Por lo tanto, presentamos los resultados de una revisión realizada en la Biblioteca Virtual de Salud/Psicología (BVS-PSI/Brasil) con el objetivo de comprender los sentidos del cuidado en la atención psicosocial presentes en los artículos científicos brasileños disponibles. Y como objetivos específicos: identificar los repertorios lingüísticos utilizados para definir el cuidado en la atención psicosocial, y problematizar los límites inexactos entre el conocimiento y las prácticas de producción del cuidado en el campo de la atención psicosocial.

## Metodología

Desde el momento que elegimos un tema de investigación nos insertamos instantáneamente en el campo-tema, el cual se configura en las situaciones que ocurren en la cotidianidad, a través de conversaciones, flujos, encuentros que pasan a formar parte del proceso de investigación<sup>11</sup>. Trabajamos aquí con las contribuciones teóricas y metodológicas de la psicología discursiva y del movimiento construccionista. En este sentido, comprendemos la ciencia como una práctica social, producto de las interacciones humanas históricamente situadas<sup>12</sup>.

Las diversas versiones y explicaciones sobre las cosas del mundo son protagonizadas en actos creativos, es decir, en composiciones polifónicas entre investigadores/as, comunidades científicas, estableciendo campos de diálogos y negociaciones, componiendo una red compleja y heterogénea de producción de realidades. La heterogeneidad de las partes será siempre considerada antes de la unidad del todo, y las totalidades se consideran efectos provisionales, transitorios e inacabados<sup>13</sup>. O sea, para este análisis, comprendemos que el lenguaje se conecta y se construye con propósitos y para obtener consecuencias determinadas. Así,

interesa la variabilidad de sus usos, tanto como un índice de la función como un índice de las distintas maneras en que se puede fabricar una explicación<sup>14</sup>.

Este trabajo busca acercarse a la crítica a las ciencias modernas y de alguna forma posicionarse superando las dicotomías: realismo y construccionismo; sociedad e individuo; sujeto y objeto; teoría y práctica; cuantitativo y cualitativo; la ciencia y la vida cotidiana. En definitiva, posicionarse desde una crítica continua a la política y a los métodos del positivismo<sup>15</sup>.

## Procedimientos

La investigación bibliográfica implica un conjunto ordenado de procedimientos de búsqueda no aleatorios<sup>16</sup>, que posibilita la exploración de los modos por los que determinados temas se hacen relevantes para la ciencia, cuáles medios se organizan y sus condiciones de producción del conocimiento, con el fin de discutirlos críticamente<sup>17</sup>. Para esta en específico, hemos adoptado la búsqueda en bases de datos, como una estrategia central de la investigación bibliográfica, considerando que esta modalidad consiste en el levantamiento, selección, organización y clasificación de la información relacionándola con los objetivos planteados.

Elegimos hacer la investigación en la BVS-PSI/Brasil por ser un portal de la máxima relevancia en el contexto de la salud colectiva y de la salud pública en el país, que son precisamente los más importantes campos de aproximación a la atención psicosocial. La BVS-PSI/Brasil es una iniciativa del Conselho Federal de Psicologia en asociación con la Universidad de São Paulo, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la

Salud y el Bireme (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Salud), siendo posible tener acceso al portal porque utiliza el sistema de publicación del SciELO y edita más de 52 títulos de revistas de los países de América Latina y el Caribe.

Se trata de un levantamiento realizado a partir de fuentes secundarias, entre los meses de noviembre y diciembre de 2018 y enero de 2019. Las primeras entradas se hicieron para reconocer los descriptores disponibles en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para luego hacer una elección que pudiera incorporar los objetivos de la investigación.

El DeCS es un vocabulario estructurado y trilingüe creado por el Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. El DeCS sirve como un lenguaje único en la indexación de artículos de textos científicos para que sea utilizado en la investigación y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la BVS.

Considerando que el objetivo de esta búsqueda es producir también estrategias de visibilidad sobre las publicaciones dentro del campo de la atención psicosocial, las búsquedas se realizaron utilizando el operador booleano *AND* para facilitar el acceso a las informaciones deseadas.

Los criterios de elección de los descriptores buscaron contemplar la complejidad del campo de investigación, considerando que los modelos de atención psicosocial no son uniformes y cada uno de ellos guarda una especificidad local-regional, histórica, cultural, y económica. Para acceder a las publicaciones, trabajamos con el uso de dos marcadores que han posibilitado visualizar la heterogeneidad de este campo, tal como en el *cuadro1*:



Cuadro 1. Marcadores para la búsqueda

	MARCADORES CENTRALES	MARCADORES PERIFÉRICOS
DESCRIPTORES	"Saúde Mental"	"Serviços de Saúde"
	"Assistência Integral à Saúde"	"Serviços de Saúde Mental"
	"Padrão de Cuidado"	"Serviços Comunitários de Saúde Mental"

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios para la elección de estos marcadores partieron de la definición de campo como una matriz<sup>18</sup> compuesta de saberes y prácticas de otras categorías y actores sociales, que por sus movimientos y transformaciones son capaces de contribuir con los cambios del modelo de atención y de la lógica con que funcionan los servicios de salud en

general. Para analizar los sentidos del cuidado presentes en estas publicaciones, empezamos las búsquedas por el campo (Marcadores Centrales) y seguidamente elegimos descriptores que pudieran hacer interrelaciones con él (Marcadores Periféricos), conforme la tabla anterior. Los resultados están disponibles en la *tabla 1*:

Tabla 1. Resultados de las búsquedas (DeCS/MeSH)

DESCRIPTORES	RESULTADOS DE LAS BÚSQUEDAS
"Saúde Mental"	5144
"Assistência Integral à Saúde"	1843
"Padrão de Cuidado"	18
"Serviços de Saúde"	5962
"Serviços de Saúde Mental"	1543
"Serviços Comunitários de Saúde Mental"	234
<b>TOTAL</b>	<b>14.744</b>

Fuente: Elaboración propia.

Después de visualizar las entradas individualmente para cada descriptor, se realizó un cruce entre ellas (*tabla 2*), y a partir del

resultado se construyó un archivo con 782 fuentes de informaciones.

Tabla 2. Resultados de las búsquedas por cruzamiento (DeCS/MeSH)

DESCRIPTORES	RESULTADOS DE LAS BÚSQUEDAS
"Saúde Mental" AND "Serviços de Saúde"	77
"Saúde Mental" AND "Serviços de Saúde Mental"	510
"Saúde Mental" AND "Serviços Comunitários de Saúde Mental"	73
"Assistência Integral à Saúde" AND "Serviços de Saúde"	96
"Assistência Integral à Saúde" AND "Serviços de Saúde Mental"	27

Tabla 2. (cont.)

DESCRIPTORES	RESULTADOS DE LAS BÚSQUEDAS
"Assistência Integral à Saúde" AND "Serviços Comunitários de Saúde Mental"	1
"Padrão de Cuidado" AND "Serviços de Saúde"	1
"Padrão de Cuidado" AND "Serviços de Saúde Mental"	0
"Padrão de Cuidado" AND "Serviços Comunitários de Saúde Mental"	0
<b>TOTAL</b>	<b>785</b>

Fuente: Elaboración propia.

El sistema de búsqueda de la BVS/PSI genera un catálogo con las informaciones claves sobre el contenido buscado. A partir del catálogo, se han eliminado las experiencias fuera del territorio brasileño, que se encuentran en referencias de Libros, Proyectos, Manuales, Documentos, Revistas, Tesis, Disertaciones y Obras Monográficas y Congresos Científicos. También se eliminaron, los textos que presentaban temas fuera del campo de interés de esta investigación, tales como: psicopatología, drogas desde la perspectiva de la patologización del uso, discusiones sobre teorías de la personalidad y otros.

La construcción de la mirada, o los criterios de inclusión, siguió las pistas de los textos sobre desinstitucionalización, Redes de Atención, Clínica Antimanicomial, Servicios y Dispositivos para la implementación de la Reforma Psiquiátrica, así como textos que abordaban la historia de la Reforma Psiquiátrica en Brasil y las políticas públicas, totalizando así 45 artículos.

Desarrollamos dos conjuntos de datos. Uno con los 45 artículos sistematizados en una tabla que en sus líneas contiene los artículos y en sus columnas la siguiente información: título, autor, fuente, año, resumen y descriptores. El otro, elaborado después de leer estos artículos en su totalidad, compuesto de 150 citas directas extraídas de los textos. No existe una metodología única para la producción de este tipo de información, pero es un procedimiento con un objetivo: constituir un corpus analizable<sup>19</sup>, entendiendo por corpus cualquier conjunto de

textos o imágenes en un soporte material. Un corpus puede componerse de transcripciones de enunciados orales, de anotaciones y registros, de reproducciones de elementos gráficos, y textos previamente escritos o documentos ya existentes.

Para los análisis trabajamos con las contribuciones de la psicología discursiva y del movimiento construccionista para comprender la complejidad y la polifonía de ese campo. La primera fase de análisis se realizó leyendo y releando las citas para localizar los repertorios lingüísticos<sup>20</sup> presentes en el corpus sobre los sentidos del cuidado en la perspectiva de la atención psicosocial.

Los repertorios se pueden considerar como elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. De esta manera, cualquier repertorio está constituido por una restringida gama de términos usados, sea un estilo o sea una gramática específica. Ellos derivan de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio a menudo está señalada por ciertos usos de palabras con un sentido figurado en el discurso<sup>14</sup>.

Específicamente, trabajamos con el uso de los Mapas Dialógicos<sup>21</sup> como estrategia de aproximación y visibilidad de los repertorios lingüísticos para explorar los temas específicos sobre lo que hablan los textos. Finalmente, el Mapa se constituyó en una tabla organizada en columnas y distribuido en: columnas conteniendo cada una las citas y cómo éstas hablan (los repertorios). A partir de ello, con

repetidas lecturas, (a) situamos cada cita, sus declaraciones y posiciones; (b) buscamos reconocer cómo cada cita describe, posiciona, localiza, justifica y argumenta el concepto del cuidado de salud mental; (c) problematizamos estas referencias y los efectos que producen para la perspectiva de la atención psicosocial y de la psicología.

A partir de ello fue identificada una serie de repertorios diferentes para nuestro tema general, que hemos agrupado en tres categorías: La Política Pública y la Reforma Psiquiátrica en Brasil; Modelos de asistencia y las controversias en la gestión y organización del proceso de trabajo; y la Salud Colectiva.

## Resultados

Visibilizar los sentidos y entender la polifonía del lenguaje y sus usos ayuda a entender sus direccionamientos y efectos en ciertos campos de acción<sup>17</sup>. Esto ayuda también a percibir cómo un tema circula en los diferentes espacios y permite conocer las diferentes posiciones defendidas y asumidas por las personas que lo discuten, o sea, el tema no es neutral. Las bases de datos en este sentido, son, necesariamente, políticas. Los sentidos del cuidado en la perspectiva de la atención psicosocial presentes en las publicaciones analizadas permitieron comprender la complejidad de los procesos dinámicos de definición de esta categoría en el campo de la salud pública y de la reforma psiquiátrica brasileña.

En la categoría de las políticas públicas los repertorios están relacionados con la definición y presentación del concepto de atención como un marco legal presentado por un conjunto de leyes, políticas, programas y estrategias para las políticas públicas de salud mental en Brasil y las relaciones con el contexto histórico de la reforma psiquiátrica brasileña. La categoría de los modelos de asistencia y las controversias en la gestión y organización del proceso de trabajo incluyen los repertorios que se refieren al cuidado como

una experiencia en los procesos de trabajo, una cierta forma de operar los modelos de atención que implican: prescripción, terapia y tratamiento, y también como un marcador ético y político que se relaciona con la producción de tecnologías ligeras, tales como: vinculación, recepción, coproducción de cuidados, integralidad, equidad, educación y prácticas compartidas.

Finalmente, la categoría de la salud colectiva y los repertorios apuntan a conceptos y prácticas de producción del cuidado como el desarrollo de un campo de conocimiento que se opone al modelo reduccionista de señales-síntomas-procedimiento, organizándose desde la libertad, autonomía, participación y garantía de derechos.

Por lo tanto, los repertorios no deben ser entendidos como delimitados o definitivos, sino como formas de pensar los movimientos, las relaciones y los conceptos, que están siempre en procesos de intercambio, de transversalidad y de establecimiento de redes entre ellos<sup>22</sup>.

### Política pública y la Reforma Psiquiátrica en Brasil

Los sentidos del cuidado aquí se refieren a las definiciones que se producen a partir del marco legal de las políticas públicas. Los autores utilizan las definiciones legales e institucionales para contextualizar la trayectoria histórica de la reforma psiquiátrica y el cambio de paradigmas. Estas publicaciones expresan el carácter antagónico del proceso de implementación de estas políticas, así como las contradicciones del funcionamiento de una red de salud que convive con dos modelos que operan simultáneamente: el manicomial y el antimanicomial:

Observamos que las prácticas relacionadas con la atención de los pacientes con trastornos mentales siguen manteniendo en gran parte las del manicomio, especialmente en lo que respecta a las prácticas de medicación<sup>27(579)</sup>.

Sin embargo, desde una perspectiva anti-manicomial y con la creación de servicios sustitutivos para la implementación de la Raps, otros modelos pasan a formar parte de la vida cotidiana de los servicios. Los artículos presentan informes de investigación desarrollados en los diversos municipios brasileños que evalúan este proceso, basados en experiencias locales y políticas específicas relacionadas con la salud mental: Política Nacional de Humanización<sup>23</sup>, Política Nacional de Educación Permanente<sup>24</sup>, Política Nacional de Participación y Control Social<sup>25</sup> y Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias<sup>26</sup>. Estas perspectivas apuntan a un sistema de salud que con el tiempo se ha ampliado, mejorado y se ha hecho complejo, y esto también: “aportó una nueva perspectiva a los sujetos que antes sólo tenían la hospitalización como experiencia asistencial”<sup>18(177)</sup>.

Como la política engendra la implementación de otras lógicas de atención que implican la superación del modelo asilar, la atención psicosocial y la producción del cuidado aparecen como una necesidad se hace posible en el campo de las políticas públicas:

[...] modelo de gestión de la salud, en el que los gestores, trabajadores y usuarios, sea del sector salud o del ámbito intersectorial, puedan dialogar y deliberar sobre la conducción, implementación, financiamiento y evaluación de las políticas de salud pública, así como sobre los procesos de trabajo que se realizan en la rutina diaria de los servicios, produciendo así una gestión de los modos de atención, además del control de los datos, índices y hojas de cálculo, como se observa comúnmente<sup>6(805)</sup>.

Otro repertorio que forma parte de esta categoría es la formación y cualificación de los trabajadores. El conocimiento incorporado por los profesionales y la forma en que experimentan el proceso de salud y enfermedad son puntos críticos del sistema de salud:

La formación de los trabajadores, sin embargo, es una de las áreas menos problematizadas en la formulación de las políticas de salud. Las discusiones sobre este tema se han venido desarrollando desde la concepción de un Sistema Único de Salud, y su implementación no estuvo necesariamente acompañada de la calificación de los profesionales para actuar en el camino de los principios del actual modelo de salud<sup>9(351)</sup>.

En el ámbito de la salud mental la lucha es por el cuidado en libertad y se expresa en la Ley n° 10.216/2001<sup>7</sup>. Si bien esta legislación específica no hace referencia al concepto de cuidado (la palabra cuidado no aparece en el documento), siempre refiriéndose a modelos de asistencia y tratamiento, inaugura en el país el derecho y la protección de las personas con trastornos mentales, que se garantizan sin ninguna discriminación por motivos de raza, color, sexo, orientación sexual, religión, elección política, nacionalidad, edad, familia, recursos económicos y el grado de severidad o tiempo de evolución de su trastorno, o cualquier otro. Según Campos<sup>18</sup>:

La atención de la salud mental en Brasil en los últimos 35 años ha sufrido transformaciones de diversa naturaleza. Desde el punto inicial de estos cambios, con la creación del Movimiento de Trabajadores de Salud Mental en 1978, hasta la aprobación de la Ley 10.216 en 2001, y sus cambios posteriores, se percibe un importante conjunto de acciones que pretenden cambiar la realidad de esta atención, impulsando el proceso de desinstitucionalización a través de la creación y ampliación de la red de atención de salud mental<sup>18(175)</sup>.

Entre 1978 y 2019, la sociedad brasileña se conformó de varias maneras, en la dirección del proceso de institucionalización, consolidación y avances democráticos, cuyo referencial fue la promulgación de la Constitución en 1988<sup>10</sup>. La sociedad civil comenzó a tener una participación fundamental en la lucha por la garantía de los derechos, teniendo como hito

el proceso de lucha por la redemocratización del país, que permitió un proceso de apertura lento y gradual, cuando nuevos personajes entran en escena<sup>27</sup>.

Lo que caracteriza a estos movimientos es la lucha diaria por la afirmación y extensión de los derechos, que se produce de manera localizada y fragmentada, expresando las necesidades de las minorías sociales, entre ellas las personas con trastornos mentales. Los movimientos políticos comienzan a ocupar la esfera pública, que incluso en el marco de una sociedad capitalista desigual marcada por el patrimonio extractivo colonial, empiezan a luchar por la salud, la educación, la vivienda y la libre circulación en la ciudad. Finalmente, se agregaron varios factores que tuvieron una repercusión favorable en los primeros años de implementación del SUS<sup>28</sup>.

Entre los repertorios presentes en los artículos se encuentran los siguientes elementos: legislación; estructuración de la atención; garantía de acceso; eficiencia; políticas públicas; referencia y contrarreferencia; diagnósticos; tratamiento; profesionales inseguros; integralidad; atención a la crisis; planificación; reorganización de la atención; acciones para la expansión de la red; reforma psiquiátrica; desnaturalización; micropolítica y estrategias.

### **Modelos de asistencia y las controversias en la gestión y organización del proceso de trabajo**

El cuidado como forma de organizar la gestión de los procesos de trabajo también se refiere a cómo el concepto ha inducido nuevas formas de producir atención sanitaria, o sea, van introduciendo contenido lingüístico específico para la organización de las explicaciones<sup>14</sup>. Los artículos presentan una visión general de los diferentes modelos de atención de la salud mental, considerándolos como una:

Traducción para un proyecto de atención de la salud de principios éticos, legales, organizativos, clínicos, socioculturales y de lectura de la

situación epidemiológica y un cierto diseño de aspiraciones sobre la vida sana<sup>29</sup>.

El cuidado se sitúa como una posibilidad inventiva en la vida cotidiana que pasa por el cambio en la forma de entender el proceso salud-enfermedad y las relaciones laborales:

[...] la invención de nuevas formas de producir salud implica necesariamente en la modificación del proceso de trabajo de los equipos, lo que implica la apropiación colectiva del reto de construir nuevas formas de rendición de cuentas<sup>16(315)</sup>.

El cuidado se presenta como un aspecto que involucra la dimensión de las prácticas de salud de los profesionales, a través de las cuales apuntan a transformar los flujos de trabajo y la resolutivez de la atención. Estas transformaciones están relacionadas con la implementación de políticas, como se mencionó anteriormente, y con el funcionamiento de los servicios incorporados desde de la Raps:

El proceso de trabajo en salud, como eje estructurador de la producción de cuidados, se centra en el trabajo vivo, es decir, se desarrolla en acción, en el momento exacto del encuentro entre el trabajador y el usuario. Se observa que el atributo principal del trabajo vivo es la libertad, es decir, que en el momento exacto en que el trabajador se encuentra con el usuario, éste tiene el control de este proceso, toma decisiones basadas en la manera en que significa el usuario y la atención de la salud. [...] Así, las normas político-institucionales que regulan los servicios de salud son efectivas, siempre y cuando 'habiten' los propios trabajadores. De lo contrario, en la libertad de vivir el trabajo, logrará lo que considere pertinente, definido por su conocimiento y el mundo de significados que lo conectan con la idea general de la producción de cuidados<sup>16(315)</sup>.

Los artículos también hablan sobre la cronicidad del proceso de trabajo. Esta cronicidad

aparece a menudo en las discusiones de los autores como una crítica que atraviesa la reorientación del modelo de salud. Esta tensión entre las nuevas prácticas y los viejos hábitos<sup>30</sup>, se debe a la polaridad entre los modelos de atención hospitalaria y comunitaria “[...] lo que se percibe en la práctica es la constitución de otras formas de cronificación, institucionalización y segregación”<sup>13(1220)</sup>.

Estas ambigüedades están presentes de diferentes maneras, ya que el cuidado es un concepto abierto a su propia metamorfosis, y marcan el proceso de transición entre la atención, históricamente ligada al modelo hospitalario, y el cuidado, que inaugura la desinstitucionalización y la atención comunitaria en el ámbito de la atención psicosocial. Los autores describen este proceso como:

[...] El concepto de asistencia sanitaria va más allá de la lógica específica y caso por caso de la intervención farmacoterapéutica sola. La atención se opera en una acción integral que incorpora tecnologías, significados y significados orientados a la comprensión de la salud como un derecho humano<sup>28(73)</sup>.

La intervención farmacoterapéutica hace referencia a las perspectivas ideológicas, técnicas y organizativas que estructuran el modelo psiquiátrico actual:

Además, observamos que los procesos de trabajo se producen a partir de un modelo de salud tradicional, en el que el sujeto es visto como partes desarticuladas; no se valora el vínculo entre el usuario y el equipo, ni la integridad de la atención, características fundamentales para la atención psicosocial y territorial. La fragmentación de los cuidados se debe, en gran medida, al aumento creciente de las especialidades y a la forma en que se organizan los procesos de trabajo. Al trabajar de esta manera, se ve comprometida la posibilidad de llevar a cabo una clínica extendida, entendida como aquella cuya mirada se dirige hacia el sujeto y toda su complejidad, a diferencia de

la clínica centrada sólo en la enfermedad y sus síntomas<sup>24(360)</sup>.

El trabajo en salud es del tipo llamado ‘vivo’, es decir, en general, no trabaja en líneas de producción mecanizadas; requiere que los trabajadores y equipos multiprofesionales operen tanto con normas y protocolos como con la variación de procedimientos y comportamientos según el caso y el contexto. Los artículos presentan la necesidad de organizar el proceso de trabajo ordenado por modelos de gestión compartida como vías para la producción de cuidados en red<sup>31</sup>.

Los elementos presentes en los repertorios en esta dimensión son: modelos de atención; matriciamiento; prácticas profesionales; nuevos modelos; respuestas apropiadas; procesos de trabajo; proyecto terapéutico; habilidades y capacidades; modelos de gestión; gestión de nuevos modos de atención; redes; cuidados extendidos; transformación de las prácticas; renovación de las prácticas; cambio de la forma de tratar; cambio de la forma de cuidar; cambio de la forma de aprender y enseñar; postura activa; modelos de red de cuidados y modelos técnicoasistenciales.

## Salud coletiva

Los repertorios utilizados para construir el cuidado lo sitúan como un paradigma que redimensiona la salud mental en el campo de la salud pública. Hacen consideraciones sobre el proceso salud/enfermedad como resultado de complejos procesos sociales que exigen un enfoque interdisciplinario, transdisciplinario e intersectorial, con la resultante construcción de una diversidad de dispositivos territorializados de cuidado y atención<sup>32</sup>.

El cuidado se basa en la desinstitucionalización, la rehabilitación psicosocial y la reintegración social como marco orientador de su práctica asistencial. Elementos como autonomía, participación, reconocimiento de la diversidad y corresponsabilidad se mencionan como factores clave para la producción de ‘nuevas prácticas’ en salud mental:



En las nuevas prácticas de Salud Mental, se argumenta que el desarrollo de Proyectos Terapéuticos requiere la formulación y constitución de un nuevo paradigma, en el que los problemas de salud se entienden como fenómenos complejos y multifacéticos. Además, las estrategias de atención deben entenderse como un proceso continuo e integrado de acciones orientadas a responder a las necesidades de las personas<sup>23(87)</sup>.

Es decir, el Proyecto Terapéutico sitúa las prácticas asistenciales como un dispositivo capaz de operar con tecnologías relacionales, colocando estos como modelos de atención que:

Supone ahora un enfoque más amplio, basado en la libertad, la integralidad, la confrontación de riesgos, la consideración de los derechos y la promoción de la posible singularidad y autonomía. Estos aspectos se entienden como una condición efectiva para el ejercicio de la inclusión y la ciudadanía, así como para emprender la tan deseada desinstitucionalización en el campo de la salud mental<sup>10(916)</sup>.

Las tecnologías pueden clasificarse como ligeras, ligera-duras y duras<sup>31</sup>. Todas ellas tratan la tecnología de forma integral, analizando todo el proceso de producción hasta el producto final. Las tecnologías ligeras son las de las relaciones; las tecnologías de ligera-dura son las de conocimiento estructurado, como las teorías, y las tecnologías duras son las de los recursos materiales.

Los sentidos de cuidado se refieren a su capacidad para efectuar cambios efectivos en la relación sujeto-objeto y cuestionar los modelos históricos de la salud pública brasileña. Para algunos autores<sup>33</sup>, la salud colectiva es una especie de metadiscurso supuestamente capaz de criticar y reconstruir conocimientos y procesos concretos de producción sanitaria:

Más que una política de resultados o de 'cura', es importante que los que llegan a estos servicios sean acogidos en primer lugar

en sus singularidades y encuentren allí una referencia<sup>3(12)</sup>.

El término salud colectiva<sup>34</sup> comenzó a ser utilizado en Brasil en 1979, cuando un grupo de profesionales de la salud pública y de la medicina preventiva y social buscó fundar un campo científico con una orientación teórica, metodológica y política que privilegiaba lo social como categoría analítica:

la necesidad del desplazamiento esencial de la perspectiva de intervención de los hospitales psiquiátricos a la comunidad; el desplazamiento del centro de interés sólo de la enfermedad al sujeto en sufrimiento psíquico y a su discapacidad social y el desplazamiento de una acción individual a una acción colectiva en confrontaciones de los usuarios con sus contextos<sup>1(665)</sup>.

El cuidado también aparece como una manera de posicionarlo como una vía que marca el cambio de paradigma en el campo de la salud mental y la atención psicosocial:

Es necesario hacer uso de presupuestos clínicos cercanos a la vida concreta de las personas que acoge y a la producción de modos de vida que les son posibles. Para ello, es fundamental reunir a nuevos actores para activar otras formas de convivencia, de estar juntos y de vivir en sociedad<sup>8(469)</sup>.

De esta manera el cuidado debe alinearse de forma integral e intensiva, ofreciendo respuestas a las diversas dificultades que presentan los/as usuarios/as a lo largo de su vida. La clínica, se entiende como una producción que permite transformar la situación de las personas cronificadas por su larga estancia en instituciones disciplinarias<sup>35</sup>.

En esta dimensión aparecen en los elementos: movimientos contraideológicos y contrahegemónicos; repolitiza el sujeto y la salud; territorio; ciudadanía; superación del modelo asilar; premisas clínicas; clínica ampliada; reducción de daños; promoción; derechos; sociedad y emancipación.

## Consideraciones finales

Los artículos presentan una discusión sobre cómo el proceso de construcción de la política brasileña de salud mental produce de manera localizada el concepto de cuidado. Hacemos notar que el concepto se lo está escribiendo a medida que las experiencias se van construyendo en la vida cotidiana. En este sentido, el cuidado aparece como un concepto-experiencia que induce cambios paradigmáticos en el campo de las políticas públicas y la salud mental.

Considerando las estrategias metodológicas utilizadas en esta investigación, es posible comprender, a partir de la visibilidad de los repertorios lingüísticos, que, a nivel de las políticas públicas, de la organización y gestión de los procesos de trabajo, y de la salud colectiva, el cuidado se define como un concepto capaz de radicalizar las formas de pensar y producir la práctica de la atención psicosocial.

Los argumentos se ubican en la crítica al proceso de implementación de las políticas públicas, y en los avances y desafíos para una oferta de cuidados con tareas distintas: articular aspectos legales, conceptuales, históricos, culturales, económicos y sociales. De los textos se desprende que los servicios de salud mental, a menudo, no son capaces de organizar una

oferta que permita al usuario transitar por las distintas redes que conforman la ciudad y, en este sentido, las prácticas terminan limitando la conducta prescriptiva y burocrática del cuidado.

Aunque se presentan como un concepto controvertido, los artículos, en general, critican la aplicabilidad del concepto cuando se reduce a las prácticas de cura y tratamiento. El corpus analizado permite comprender que este movimiento político del cuidado, como un concepto-experiencia, hace que la psicología también cuestione sus bases teóricas y epistemológicas, reposicionando el cuidado como una práctica transdisciplinaria que articula acciones y proyectos intersectoriales, actuando en el marco de la inseparabilidad entre lo clínico y lo político.

## Contribuyentes

Santos RGA (0000-0003-0682-8880)\* contribuyó sustancialmente al diseño, la planificación, el análisis y la interpretación de los datos; contribuyó de forma significativa a la redacción y revisión crítica del contenido. Íñiguez-Rueda L (0000-0002-1936-9428)\* contribuyó sustancialmente al diseño, análisis e interpretación de los datos. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referencias

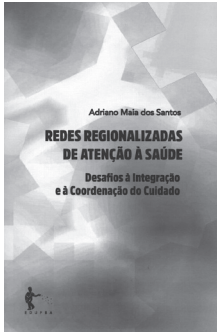
- Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Scliar M. Organizador. Archivos de saúde mental e atenção psi-cossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-43.
- Amarante P. Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis* [internet]. 2017 [acceso en 2019 nov 17]; 27(4):911-932. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000400911&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000400911&lng=en)
- Bermudez KM, Siqueira-Batista R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2017 [acceso en 2019 dec 17]; 26(4):904-919. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>.
- Benevides R. Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais as interfaces? *Rev. Psicol. Soc.* [internet]. 2005 [acceso en 2019 abr 4]; (2):21-25. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=en&nrm=iso)
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 39-64.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Lei da Reforma Psiquiátrica. Diário Oficial da União. 7 Abr 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 24 Dez 2011.
- Campos GWS. Future prospects for the SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acceso en 2019 nov 23]; 23(6):1707-1714. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>
- Alves GTA, Santos RLC. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão* [internet]. 2019 [acceso en 2019 oct 10]. Disponible en: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf).
- Spink P. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade* [internet]. 2008 [acceso en 2019 jun 20]; 20(esp):70-77. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400010&lng=en&nrm=iso).
- Spink MJ, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Spink MJ. Práticas discursivas e produção do sentido no cotidiano - aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 27.
- Serrano FJT, Argemí MD. Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Rev. de Antropología Iberoamericana* [internet]. 2005 [acceso en 2019 mayo 8]; (esp):01-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382237>.
- Potter J, Wetherell M. El Análisis del Discurso y la Identificación de los Repertorios Interpretativos. In: Gordo AJ, Linaza JL. *Psicologías, Discursos y Poder (PDP)*. España: Vi-sor Distribuciones; 1996.
- Íñiguez RL. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria* [internet]. 1999 [acceso en 2019 jun 27]; 23(8). Disponible en: <http://www.unidadocentemfyclaspal>

- mas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999,+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf.
16. Lima TC, Mioto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. katálysis* [internet]. 2007 [acceso en 2019 ene 19]; 10(esp):37-45. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso).
  17. Ribeiro MAT, Martins MHM, Lima JM. A pesquisa em base de dados: como fazer? In: Lang CE, Organizador. *Metodologias: pesquisa em saúde, clínica e práticas psicológicas*. Maceió: Edufal; 2015. p. 69-99.
  18. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2000 [acceso en 2019 nov 22]; 5(2):219-230. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en).
  19. Garay UA, Íñiguez RL, Martínez GM, et al. Evaluación cualitativa del sistema de reco-gida de sangre en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Publica* [internet]. 2002 [acceso en 2019 jul 17]; 76(5):437-450. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500006&lng=es).
  20. Aragaki SS, Piani PP, Spink MJ. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: Spink MJ. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. p. 299-247.
  21. Vanda LVN, Roberth MT, Pereira CCQ. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: Spink MJ. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. p. 247-273.
  22. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface – Comun. Saúde Edu.* [internet]. 2017 [acceso en 2019 sept 3]; 21(63):763-774. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>.
  23. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União*. 21 Ago 2007.
  25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. *Diário Oficial da União*. 27 Nov 2007.
  26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF : Ministério da Saúde; 2018.
  27. Sader E. *O anjo torto: esquerda (e direita) no Brasil*. São Paulo: Brasiliense; 1995.
  28. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface – Comun. Saúde, Edu.* [internet]. 2017 [acceso en 2019 abr 11]; 21(63):763-774. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>.
  29. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
  30. Ribeiro MC. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Rev. Terapia Ocupac.* [internet]. 2013 [acceso en 2019 jun 13]; 24(3):174-182. Disponible en: [http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/pdf\\_24](http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/pdf_24).

31. Merhy EE. SAÚDE: A cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde debate* [internet]. 2008 [acceso en 2019 mayo 21]; 32(78/79/80):27-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>.
33. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2000 [acceso en 2019 nov 22]; 5(2):219-230. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en).
34. Nunes ED. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 1996 [acceso en 2019 mayo 17]; 1(1):55-69. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231996000100055&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231996000100055&lng=en).
35. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. *Saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-52.

---

Recibido el 31/12/2019  
Aprobado el 13/08/2020  
Conflicto de intereses: inexistente  
Apoyo financiero: no hubo



# Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado

Raisa Santos Cerqueira<sup>1</sup>, Eduarda Ferreira dos Anjos<sup>1</sup>, Níliia Maria de Brito Lima Prado<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112819

'REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE', produzido pela Edufba, editora da universidade em que Adriano Maia é docente e pesquisador, é fruto da tese de doutorado do autor. O livro traz reflexões extremamente pertinentes acerca dos desafios do acesso à saúde, do cuidado integral e da intercolaboração na perspectiva das redes regionalizadas. O texto é bastante convidativo, recomendado para gestores, formuladores de políticas, profissionais de saúde, estudantes em geral, em especial, da área da saúde coletiva.

A obra traz análise acurada e rigorosa sobre a experiência de organização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma região de saúde da Bahia. Os dados são oriundos de pesquisa qualitativa bem delimitada com diferentes sujeitos da rede (gestores, profissionais e usuários). A metodologia bastante robusta é um ponto extremamente importante a ser ressaltado, pois apreende os aspectos gerais e singulares do tema, minimizando possíveis arestas. A contextualização histórica da regionalização resgata elementos fundamentais para compreensão do constructo e dialoga com os dados empíricos, a partir de ampla revisão de literatura nacional e internacional.

A ideologia do pesquisador é bastante clara e, sem abandonar a visão epistemológica, trata do tema sob a ótica da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e robusta, enquanto peça-chave no arranjo regional, para possibilitar um sistema de saúde público, universal e equânime. Tais aspectos tornam o trabalho extremamente atraente, dialético e desvela as iniquidades geradas pela lógica hegemônica do modelo biomédico do pensar/fazer saúde.

Organizado em seis capítulos, alocados em quatro partes, o livro segue a sistematização da pesquisa e proporciona fácil leitura e compreensão. O arranjo em quatro partes se apresenta da seguinte forma: I – 'Elementos teóricos para compreensão das redes de atenção à saúde'; II – 'Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários'; III – 'Gestão, organização e práticas em redes de atenção à saúde'; e IV – 'Linha de chegada e algumas considerações'<sup>1</sup>.

Na primeira parte, no capítulo I, são abordados os componentes estratégicos da regionalização para a gestão do cuidado em redes de atenção, versando sobre os diferentes atores, governamentais e não governamentais, para garantia da integralidade. Em seguida, o principal eixo discursivo constitui as redes de atenção à

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) - Vitória (BA), Brasil. [eduardaanjos93@gmail.com](mailto:eduardaanjos93@gmail.com)





saúde e o status quo da APS, com importante resgate de aspectos políticos e históricos, inclusive a estruturação do nível de atenção em distintos países e no Brasil. Na sequência, analisa as contribuições teóricas da APS como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde e para integração assistencial no País. Discute, ainda, a organização das redes regionalizadas, reguladas não apenas na concepção racional, mas evidenciando a potência da APS enquanto porta de entrada, coordenadora e como ponto central de uma rede de atenção forte, organizada e resolutiva. A proposta é reforçada pela descrição de experiências exitosas de outros países, como estratégia para a implementação de ações com vistas à integralidade da atenção à saúde, considerando a complexidade dos municípios brasileiros.

A parte II, capítulo II, traz descrição da temporalidade dos fatos expostos em uma linha do tempo das políticas de saúde na Bahia, que inclui mais de quatro décadas, com análise crítica das mudanças governamentais, partidárias e ideológicas, bem como os impactos na saúde da população, destacando avanços e retrocessos. Recorre, ainda, à importância do arcabouço jurídico e normativo do SUS para a estruturação da política de regionalização em saúde, especificamente na Bahia<sup>1</sup>.

Na terceira parte, no capítulo III, o autor debate acerca da gestão, organização e das práticas em redes de atenção à saúde, desvelando suas nuances e complexidades. Nesse ponto, o leitor mergulha na rotina e na implementação da regionalização, através de análise crítica do papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Falas contundentes de atores sociais implicados com a prática, intercaladas com exposição dos eixos estruturantes dessa instância, instauram uma série de inquietações acerca de: como está se dando o apoio do estado aos municípios; como o setor privado tem lançado mão de estratégias para permanecer inserido nas comissões, defendendo seus próprios interesses; e como o controle social vem se

tornando frágil e sendo enfraquecido ao longo dos anos. Esses questionamentos tornam ainda mais ávido o desejo de desvendar a leitura.

No capítulo IV, o autor discorre sobre o papel primordial da Estratégia Saúde da Família (ESF) na região de saúde. As contribuições da teoria versus a prática permitem tecer críticas severas e importantes sobre aspectos estruturais e operacionais relacionados a falhas de comunicação, perfil e processo de trabalho dos profissionais vinculados ao modo de fazer saúde tecnicista e pouco resolutivo. As experiências e interações entre os sujeitos são reveladas por meio dos discursos dos usuários e profissionais, balizados pela exposição de fragilidades e contradições entre o cuidado em saúde e o direito à saúde, assim como o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), entre outros. Destacam-se dificuldade de atração e fixação de profissionais na APS, falhas na formação para esse campo de trabalho, bem como obstáculos em reconhecer os diferentes tipos de tecnologias no cuidado em saúde, enfatizando os impactos desses problemas em um sistema biomédico.

Os fluxos assistenciais e dispositivos de integração e coordenação na rede regional de saúde são abordados no capítulo V. Os argumentos são sistematizados e problematizados por meio de questões sobre o subfinanciamento público do sistema, procedimentos de saúde centrados no profissional, práticas fragmentadas que poderiam conduzir à sobrecarga do sistema. Além disso, o autor traz uma reflexão importante sobre a oferta e a procura do serviço especializado, as prioridades e dificuldades dos usuários, interferência do clientelismo e barganha política, especialmente nos municípios de pequeno porte, que desvelam processos que influenciam ou têm capacidade de restringir o acesso à saúde.

O texto salienta, ainda, questionamentos específicos de práticas concretas relatadas pelos usuários relacionados à prática médica, considerada autoritária. Tal situação é correlacionada com a fragilidade dos pontos de acesso aos serviços de média complexidade,

evidenciando a reprodução de uma lógica produtivista, desarticulada da APS e que responsabiliza o usuário pelo seu trajeto assistencial e pela informação na rede. O texto apresenta, ainda, o descaso dos serviços especializados com os usuários, principalmente os mais vulneráveis, expostos a obstáculos derivados de processos frágeis, cuja terapêutica, na maioria das vezes, não reflete práticas integrais, cuidadosas e humanas.

No capítulo VI, uma abordagem didática dos distintos cenários possibilita ao leitor uma visão panorâmica da extensa pesquisa, com as características organizacionais dos quatro municípios, detalhamento do funcionamento da rede de atenção, da atenção básica e dos serviços de urgência, assim como as particularidades locais. Tal enfoque remete o leitor ao conteúdo teórico trazido inicialmente, sua interface com exemplos práticos (fluxograma) e contextualização com a realidade, aprofundada de forma intensa pelo pesquisador.

Por fim, na parte IV, o autor nos convida a refletir sobre o impacto desse estudo para o debate sobre a temática e a possibilidade de ressignificação das práticas (ainda que não seja um manual). Traz, também, empiricamente, uma série de experiências e robusto conteúdo teórico, com potencial contribuição para o modo de organização das políticas e para as condutas cotidianas nas regiões de saúde brasileiras. Em linhas gerais, a obra faz um chamado à luta por um SUS público e universal como forma de combate às iniquidades históricas criadas no País, que aposta nas pessoas e lhes dá dignidade e cidadania.

## Colaboradoras

Cerqueira RS (0000-0002-9994-6394)\*, Anjos EF (0000-0003-4322-236X)\* e Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referência

1. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Salvador, Edufba; 2018.

---

Recebido em 14/07/2020  
Aprovado em 19/11/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

## Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### O texto deve conter:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br



# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

**6. Critical review:** review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

## Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

### The text must comprise:

**Title:** expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

**Keywords:** at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

## NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

## Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

#### Modalidades de textos aceptados para publicación

**1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

**2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

**6. Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

**7. Documento y declaración:** a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

**Importante:** en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

### Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

### El trabajo debe contener:

**Título:** que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras-clave:** al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

**Introducción:** con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

**Material y métodos:** descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

**Resultados y discusión:** pueden ser presentados juntos o en ítems separados;



**Conclusiones o consideraciones finales:** que depende del tipo de investigación realizada;

**Referencias:** Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

## OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

## Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

## Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br



## **Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

## **Design de Capa**

*Cover design*

Alex I. Peirano Chacon

## **Normalização, revisão e tradução de texto**

*Normalization, proofreading and translation*

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Cristina Antunes (português/*portuguese*)

Jean Pierre Barakat (inglês/*english*)

Maria Bandeira de Carvalho (inglês/*english*)

Marines Delgadillo Pedrazas (espanhol/*spanish*)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/*english*)

Paula Santos Diniz (inglês/*english*)

Silvina García Guevara (espanhol/*spanish*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2021.

v. 45. n. 128; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)