

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA  
EM SAÚDE MENTAL**

**Nadianna Rosa Marques**

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:  
A COMPREENSÃO DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTA  
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA  
INFÂNCIA**

**SANTA MARIA, RS, BRASIL  
2016  
NADIANNA ROSA MARQUES**

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:  
A COMPREENSÃO DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTA  
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA  
INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2016**

**Nadianna Rosa Marques**

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:  
A COMPREENSÃO DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTA  
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA  
INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 04 de Março de 2016:

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer (Presidente Orientador)**

---

**Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira (UFSM)**

---

**Prof. Dr. Marcos Adegas Azambuja (UNIFRA)**

---

**Prof. Dr.<sup>a</sup>. Sheila Kocourek (UFSM) - Suplente**

**Santa Maria, RS  
2016**

*Dedico este trabalho a Promotora Ivanisse Jann de Jesus (in memoriam), pela sua dedicação profissional, atuando como militante pela efetivação dos direitos da criança e do adolescente e pelo seu engajamento e envolvimento social.*

*“A vida do homem não é um mero passar pela vida. Ela é significativa quando, o homem, vencendo os desafios de seu mundo físico ou social, permite-se conviver com seus semelhantes”  
(Eduardo da Silva).*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente a Deus, pela sabedoria conquistada e pela vida.*

*A minha mãe Ana a qual sempre se mostrou cuidadosa e motivadora para a construção deste trabalho, buscando diversas formas de incentivo, a ela que é minha inspiração de luta, garra e vitória.*

*Ao meu Noivo Elisandro que sempre esteve presente, compreendendo minha ausência muitas vezes necessária, colaborando e incentivando para a conclusão deste ciclo, a ele que sempre me motivou ser alguém melhor e me impulsionou nas horas difíceis.*

*As minhas queridas amigas/colegas Larissa e Marcela, que me proporcionaram momentos de muita alegria, apoio e incentivo. Vivenciando na prática a experiência do espírito de equipe e coleguismo.*

*Aos Professores Jairo e Sheila, pelo apoio, incentivo, acreditando no meu potencial e ampliando minhas experiências profissionais.*

*A nossa orientadora Ana Luiza, por aceitar o convite em nós orientar, auxiliando nesse processo com sua experiência, contribuindo para o crescimento profissional do grupo.*

*A minha preceptora de núcleo Assistente Social Zelir, pelas trocas de experiências proporcionadas e a confiança depositada a mim em seu campo de atuação.*

*Ao serviço CAPSi, pelo espaço aberto a residência possibilitando vivenciar novas experiências.*

## RESUMO

### **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTA MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA**

AUTORA: NADIANNA ROSA MARQUES  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>DR<sup>a</sup>ANA LUIZA FERRER

Atualmente assistimos a uma anulação do discurso do sujeito pela constante necessidade de estabelecer uma verdade sobre ele, verdade na qual seja possível estabelecer uma relação de “normalidade”, criando categorias, identidades e classificações, através de um número excessivo de diagnósticos para comportamentos que muitas vezes dizem do cotidiano do sujeito. Colocando a questão da medicalização como um ponto central na busca por uma classificação daquilo que foge ao padrão normal imposto pela modernidade. A necessidade de se aprimorar ações e ferramentas de intervenção, preservando a ideia de que cada indivíduo deve ser protagonista de sua vida e saúde e estreitando a relação entre a Saúde e Educação por meio de articulações intersetoriais nos territórios, tornam-se elementos indispensáveis para se repensar o que este processo de medicalização provoca no campo político e social visando seu redirecionamento. Assim, para uma melhor compreensão a pesquisa foi realizada na Promotoria de Justiça, com os promotores responsáveis pelas promotorias de Educação e Promotoria da Infância e Juventude, busca compreender o processo que leva a medicalização de crianças e adolescentes, acompanhadas em um CAPSi. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a metodologia hermenêutica como referencial teórico, onde foi utilizado como instrumento para coleta de dados a realização de entrevistas individuais com os profissionais da promotoria. Os resultados apontam que a fragmentação da Rede de Saúde Mental infantil e o não fortalecimento com outros serviços que compõem a rede de cuidado da infância, e um dos principais fatores que levam a desarticulação dos serviços entre si, ocasionando práticas profissionais fragmentadas. É essa tendência fragmentadora do cuidado que vem estimulando a medicalização da infância e dificultando a integralidade do cuidado, pois a falta de ações preventivas e de serviços articulados, vem enfraquecendo o “olhar” sobre a saúde mental na infância e potencializando a medicalização.

**Descritores:** Infância; Saúde Mental; Medicalização

## **ABSTRACT**

# **MEDICALIZAÇÃO OF THE LIFE: THE UNDERSTANDING OF THE PUBLIC PROSECUTOR'S OFFICE OF JUSTICE OF MARIA SAINT ON THE PROCESS THAT TAKES THE MEDICALIZAÇÃO IN THE CHILDHOOD**

**AUTHOR: NADIANNA ROSA MARQUES  
ADVISER: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ANA LUIZA FERRER**

Currently we are watching a speech annulment of the subject by the constant need to establish a truth about it, to establish a relation of "normality", creating categories, identities and classifications through an excessive number of diagnoses for behaviors that often say object of everyday life. Putting the issue of medicalization as a central point in the search for a classification of what is beyond the normal pattern imposed by modernity. The need to improve the actions and intervention tools, preserving the idea that each individual should be the protagonist of life and health and strengthening the relation between health and education through intersectorial joints in the territories, become essential to rethink what this process of medicalization affect the political and social order and your redirection. Therefore, to better understand the research. Therefore, for one better understanding the research was accomplished in the Public prosecutor's office of Justice, with the promoters responsible for the promotorias of Education and Public prosecutor's office of the Childhood and Youth trying to understand the process that leads to medicalization of children and adolescents, accompanied in a CAPSi. Qualitative results research project, this work follows the hermeneutic theory, using as a tool for data collection individual interviews with prosecutors. The results show that fragmentation of children's Mental Health Network and the strengthening not with other services that make childhood care network, and one of the main factors that lead to disconnection of service to each other, resulting in professional practices fragmented.

**Key Words: Childhood; Mental Health; Medicalization**

## LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária a Saúde

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FADISMA – Faculdade de Direito de Santa Maria

FAMES- Faculdade Metodista de Santa Maria

FISMA – Faculdade Integrada de Santa Maria

FICAI – Ficha de Comunicação do Aluno Infrequente

GAP - Gabinete de Projetos

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

MS - Ministério da Saúde

NASM – Núcleo de Apoio em Saúde Mental

NEPES - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PA – Pronto Atendimento

PRMISPS - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UNIFRA - Centro Universitário Franciscano

UPA – Unidade de Pronto Atendimento



## Sumário

INTRODUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1 Judicialização da Medicalização .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3. OBJETIVOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1 Geral .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2 Específico .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 Materiais e método .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2 Sujeitos do estudo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3 Aspectos Éticos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3 O Campo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.4.1 Ambientação e Aproximação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.5 Técnica de coleta da pesquisa de campo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.6 Análise das Informações Coletadas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5. Resultados .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.1 A Compressão da Rede de Saúde Mental de Santa Maria e Seus Dispositivos Disponibilizados: .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.2 A Compreensão do Serviço CAPS infantil do Município de Santa Maria. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
5.3 Casos de Saúde Mental e as Promotorias de Justiça .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.4 A Condução dos Casos de Saúde Mental pelas Promotorias de Justiça..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
5.5 A Vivência: Casos de Saúde Mental Destacados .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.6 Critérios de Encaminhamento dos Casos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.7 Avaliação Multiprofissional e Avaliação Psiquiátrica .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.8 Considerações de Êxito em Casos de Saúde Mental .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6 – DISCUSSÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
REFERÊNCIAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
APÊNDICE .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
ANEXOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo partiu de um Projeto inicial (Guarda-chuva), onde participaram uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga, as quais atuaram no mesmo campo de intervenção durante o percurso da Residência Multiprofissional em Saúde. O objetivo geral é Compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de um município do interior do RS, tendo como objetivos específicos compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram por internação hospitalar psiquiátrica a respeito do processo de medicalização; entender a percepção dos profissionais do Ministério Público, Promotores de Justiça da Vara de Infância e Adolescência e Educação, a respeito da medicalização na infância e por fim compreender a percepção dos professores que atuam na educação infantil pública, quanto ao processo da medicalização na educação.

O presente estudo busca compreender os processos que levam a medicalização da infância do município de Santa Maria/RS, através da percepção de Promotores das varas da Infância e adolescência e Educação, que durante o processo de trabalho do serviço CAPSi, do ano de 2015, atuaram em conjunto através de encaminhamentos para avaliações e audiências para acompanhamento dos casos, afim de compreender o que as Promotorias entendem sobre saúde mental e medicalização. Através de entrevistas individuais foi possível refletir sobre as práticas e ações em conjunto com a saúde mental que podem induzir ou não a medicalização da infância, possibilitando a discussão acerca do processo de medicalização na infância.

Estudos mostram que a medicalização se apresenta como um ponto central na busca por uma classificação daquilo que foge ao padrão normal imposto pela modernidade. Este fato provoca uma anulação do discurso do sujeito pela constante necessidade de estabelecer uma verdade sobre esse. Segundo Tesser (2009), este movimento multifacetado é denominado como: medicalização social que envolve desde questões cotidianas até questões epidemiológicas, culturais, de ordem social, etc.

Se o SUS almeja proporcionar cuidado à saúde para a população brasileira seus profissionais e suas políticas são agentes fundamentais para promover, restringir ou redirecionar a medicalização social. A fragmentação das práticas profissionalizadas de saúde – doença certamente é um dos complexos fatores

da medicalização, que está envolvido nas crises do cuidado e da saúde pública (TESSER, p.14/15, 2009).

Bernardes (2012) retrata as práticas em saúde como forma de cuidado de si voltadas para uma condição ética/política de existência na esfera pública, migra-se para as condições que transformam a saúde em ausência de doença, constituída como um domínio de governo das populações mediante estratégias médicas. De uma ética da existência na Antiguidade Clássica, salta-se para uma ética normativa na Modernidade.

Foucault (1979) foi quem conseguiu projetar este comportamento, quando formulou em termos de uma biopolítica o movimento de captura das formas de vida pela medicina, pelo que chamou de poder médico, prevendo as novas tendências contemporâneas de tudo medicalizar. Vivemos agora uma sociedade marcada pela gestão dos riscos, onde as patologias foram transformadas em transtornos. O novo imperativo se caracteriza por uma espécie de "normalização do normal". É preciso estar identificado com um lugar para se sentir pertencente no mundo.

Foucault (1979) faz referência ao processo de medicalização quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controlar a sociedade. Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um bio poder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar.

Na prática médica atual, os doentes tendem a perder "o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem", e, por conseguinte sua autonomia (Foucault, 1979, p.96). Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, portanto, aqui entendida não no sentido de uma responsabilização moral, mas no respeito à realidade presente de cada um.

A medicalização da vida surge como uma necessidade da busca pela vida sem sofrimentos, dor, como se o uso de algum psicofármaco fosse anular este processo que é

natural do ser humano. Também encontramos neste contexto, não somente o Estado operando sobre essa "docilização" das mentes, mas a mídia como um reforçador desta sensação de plenitude, fazendo uma propagação e transmissão de suas ideologias, camufladas sob a forma de notícia e de informação.

Bernardes (2012) fala sobre uma sociedade da norma, utilizando-se de mecanismos políticos de um Estado de segurança e da sua possibilidade de controle diante da população. Onde, para garantir a segurança é necessária uma introdução de procedimentos que diferencie os indivíduos. E com isso, os jogos políticos passam a operar no nível individual e na população.

“Podemos considerar que a medicalização vai desvalorizando os saberes autóctones da cultura e da vida e vai hipertrofiando a importância e o valor das tecnologias duras e leve-duras tanto para interpretação quanto para cuidado profissional e mesmo lei, desmerecendo as tecnologias leves e as possibilidades interpretativas e de ação centradas nos sujeitos e em suas transformações ante suas vidas e seu contexto, centradas nos sujeitos e em suas ações e transformações ante suas vidas e seu contexto” (TESSER apud MERHY, p.16, 2009).

Em uma pesquisa realizada no CAPSi de Santa Maria/RS no ano de 2010 constatou-se predomínio de sujeitos do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos e que frequentam a escola, os principais sintomas e queixas apresentados pela clientela atendida no CAPSi foram agressividade física e/ou verbal (74%), agitação (44%) e dificuldade de concentração e/ou aprendizagem (41%) (ARRUÉ et al., 2013).

Destaca-se também a incidência expressiva de ideação ou tentativa de suicídio, representando 20% das queixas. Os usuários apresentaram mais de uma queixa associada, perfazendo uma frequência de 417 sintomas informados. Dentre as medicações mais indicadas pelo psiquiatra do serviço estão os neurolépticos e o cloridrato de metilfenidato. Além disso, em grande parte dos tratamentos, as duas medicações foram usadas associadamente. Cita-se também que 48% dos usuários não fizeram uso de medicação durante o acompanhamento no CAPSi e aqueles que o fizeram (52%) usaram medicações associadas, na maior parte dos casos (ARRUÉ et al., 2013).

Contudo, observamos durante o processo de acolhimento no ano de 2014, um crescente no aumento de crianças encaminhadas ao CAPSi por escolas, vias judiciais, hospitais e outros dispositivos da Rede de Atenção, fazendo uso de medicação ou com solicitações para avaliação psiquiátrica e indicação ao uso de medicações.

Diante do exposto, o estudo justifica-se pelo elevado número de crianças encaminhadas e/ou que se encontram em tratamento no CAPSi, por apresentarem algum diagnóstico de transtorno mental ou sofrimento psíquico. Pela necessidade de se aprimorar ações e ferramentas de intervenção, preservando a ideia de que cada indivíduo deve ser protagonista de sua saúde e vida, necessidade de se estreitar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetorias nos territórios; construção de um novo modelo de Saúde Mental e de uma proposta livre das amarras do biopoder, conceituado por Foucault, remetendo à necessidade de avaliar o papel das equipes na intervenção multiprofissional dirigida as queixas escolares – daí a necessidade de verificar o que pensam os profissionais das Escolas sobre o uso de psicofármacos em casos de queixa escolar e no conseqüente fenômeno da medicalização na sociedade. Tal proposta partiu do desejo de gerar subsídio para concepção de uma nova práxis. Assim será abordado neste trabalho, como vem ocorrendo a prática de encaminhamentos das Promotorias ao serviço para avaliações e acompanhamentos em saúde mental. Através do relato dos sujeitos entrevistado, como tem sido conduzida há rede de serviço de saúde mental infantil do Município de Santa Maria/RS, de que forma está rede vem sendo acessada e seus efeitos sobre o cuidado e condutas diante das práticas medicalizadoras que vem aumentando diante do fenômeno da prescrição médica.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A medicalização é compreendida como um processo pelo qual questões da vida social, complexas ou não, marcadas pela sua trajetória histórica e cultural, são reduzidas a uma racionalidade que atribui as dificuldades de adaptação, normas sociais, e condutas a determinismos orgânicos. Assim manifestações no adoecimento do sujeito passam a ser analisadas através de sintomas e patologias.

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que “se tornou médico”, a maioria dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização através da denúncia da crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de

determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas. (GAUDENZI & ORTEGA, 2012)

Assim para Conrad (apud 1992, GAUDENZI, 2012, p. 24):

O ponto chave da medicalização é a definição – quando um problema passa a ser definido em termos, descrito a partir da linguagem, racionalidade e tratado por intervenções médicas. A partir daí formam-se categorias médicas que, de certa forma, não existiam anteriormente, tipos humanos são criados pela ciência, mas também se modulam categorias médicas já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas.

Pode-se falar, assim, de uma medicalização da infância por expansão diagnóstica, como é o caso do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que, por não ser mais diferenciada dos comportamentos psicomotores normais da criança – condição “natural” do processo do desenvolvimento se tornou uma das principais causas de intervenção medicamentosa.

De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de conduta e prescrição de comportamentos, o que torna os indivíduos dependentes dos saberes produzidos.

Para Ivan Illich (1975) uma das suas principais preocupações é em relação à perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. O autor compreende que, para obterem uma verdadeira satisfação, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Michel Foucault (2008), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade.

Assim, a medicalização transforma situações de dificuldades, sofrimento da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável.

Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar (Foucault, 2006a, 2002, 1995b).

## **2.1 Judicialização da Medicalização**

A medicalização tem assumido um papel de “controle” sobre crianças/adolescentes, suavizando desconfortos, sufocando questionamentos e violências tanto físicas e/ou psicológicas. Reduzindo este indivíduo a “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”. Nesta perspectiva transforma expressões do campo social em questão de ordem médica, sendo cada vez mais presente em nossa sociedade, em nossa cultura, a forma de ver o ser humano diferente como possuidor de uma doença, ignorando a diversidade humana.

Para o filósofo Michel Foucault (2001), a medicalização é uma apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que é da ordem do social, econômico ou político. É o processo pelo qual esses fenômenos passam a ser descritos em linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se, assim, passíveis de abordagens a serem feitas pela área de saúde.

Conforme Paulo Amarante (2007, p.95), compreende que o termo “Medicalização”: À possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que os seus problemas são de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser “medicalizada”, torna-se uma “depressão”; e a pessoa, um “paciente deprimido”.

A judicialização na saúde vem ocorrendo pelo aumento de ações individuais e coletivas, isso ocorre pela dificuldade de efetivação das políticas públicas, sendo a judicialização meio viabilizador a população através de mediações ou “imposições” judiciais. No âmbito da saúde vem se ampliando na execução da política de saúde, em muitos casos para fornecimento de medicamentos, insumos e viabilização de serviços de saúde.

Assim ao analisar a medicalização no âmbito da saúde pública, em especial com crianças e adolescentes, pois em tempos de “medicalização da vida”, há um desafio ético do SUS, em promover a saúde para além do “remédio”, o imediato, promovendo sua prática pautada na equidade, universalidade e integralidade, onde o sujeito seja “cuidado”, visto além do seu sintoma, sua doença, e inseri-lo em alternativas que

venham a promover a qualidade de vida, e no caso da saúde mental com crianças e adolescentes articular propostas que venham promover a saúde neste âmbito e integrá-la a outras políticas públicas vinculadas a educação, lazer, cidadania, geração de trabalho e renda entre outras, é possibilitar a este sujeito a exercer seu papel social, como sujeitos pro ativos, assumindo o seu espaço na sociedade. Ao contrário disso, a não promoção desta integração na saúde com crianças/adolescentes, está fadada a subjugar este sujeito na sua fase adulta como um “fardo” a sociedade, onde não irá obter espaço, nem oportunidade do exercício da sua cidadania, muito menos espaço para a reprodução de sua força de trabalho, restando-lhes apenas políticas públicas de inserção a benefícios sociais.

Compreende-se que a viabilização da saúde via judicial, no caso promotoria que é o nosso sujeito pesquisado, demonstra este descompasso do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que as pessoas se sentem desamparadas, prejudicadas pelo não acesso aos direitos. Pois apesar de muitas vezes o direito estar presente na política pública, as suas limitações de ordem econômica, no âmbito da saúde, impede sua expansão a todos. (LIMA, 2013).

### **3.OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Compreender o processo que leva a medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi) de um município do interior do RS.

#### **3.2 Específico**

- Entender a percepção dos profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e Ministério Público, a respeito da medicalização na infância de crianças acompanhadas no CAPSi;



## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Materiais e método

Trata-se de um estudo qualitativo, com enfoque na teoria hermenêutica, na compreensão de um contexto particular, respaldando-se na interpretação, na busca de significado, na subjetividade e na intersubjetividade (Gondim, 2002). Através de pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de entrevista individual.

Esta pesquisa tem como ponto de partida a metodologia da hermenêutica de Gadamer. A proposta apresentada por Hans-Georg Gadamer situa-se na perspectiva da validação da consciência histórica como referência para a interpretação do conhecimento humano. O homem é marcado pela tradição e a forma de estar no mundo comporta o passado como condição para o desenvolvimento da linguagem, a qual, num constante movimento de reinterpretação, constitui a realidade. Conforme Gadamer (2005b), estamos imersos na história e não é possível nos situarmos fora dela. O que nos resta é a consciência do processo histórico e a interpretação do que nos condiciona como seres no mundo. Para Gadamer, aquele que quer compreender, fazer uma interpretação correta, adotar um comportamento reflexivo, não pode se render as suas opiniões prévias, mas deve permitir que elas lhe digam algo. É fundamental dar-se conta das opiniões anteriores e dos próprios preconceitos, objetivando que o texto tenha sua alteridade. A experiência hermenêutica é fundamental para o crescimento do ser enquanto participante de uma pluralidade cultural. Para se chegar a essa nova experiência, Gadamer (2005) afirma incessantemente que é necessário estar aberto para o novo, para a experiência, para a quebra de expectativa, pois o novo deixaria de sê-lo se não tivesse que se afirmar contra alguma coisa.

De acordo com Gadamer (2005b), o pesquisador é sempre motivado pelo presente e seus interesses. Então, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. Contudo, é importante se deixar interpelar pela própria tradição. Esse movimento que constitui dois horizontes (passado – presente) é que faz o objeto de estudo se destacar.

Foi a partir da experiência profissional como residente do serviço social realizada no CAPSi, através das atividades e rotina do serviço, como: acolhimento, reuniões de equipe e com os serviços da rede para discussão de casos, participação em grupo de trabalho da ficha FICAI<sup>1</sup>, realização de plantão social, realização de grupos com adolescentes, visitas

---

<sup>1</sup> A Ficha de Comunicação do Aluno Infrequente - FICAI é um instrumento que visa à adoção de um procedimento uniforme de controle da evasão escolar em todo o Estado do Rio Grande do Sul, que se

realizadas às escolas para acompanhamento e discussão de casos, realização de carga complementar no serviço de apoio as escolas da educação (PRAEM<sup>2</sup>), organização de assembleias de usuários e principalmente o acolhimento as demandas judiciais, participação em audiências na promotoria representando o serviço CAPSi para discussão de casos e a construção de pareceres técnicos ao judiciário, que me motivou em cada caso que intervinha, a buscar a construção de estratégias que possibilitasse ir além apenas da avaliação médica e da medicalização, fortalecendo com a rede ações que pudesse não ter o foco centrado em medicalizar. Isso porque no cotidiano de trabalho foi perceptível a crescente solicitações da rede e da Promotoria ao CAPSi avaliações médicas, internações e a medicalização.

Assim a pesquisa parte desta experiência e de questionamentos para compreender porque vem ocorrendo uma crescente demanda da medicalização na infância. Esse questionamento se materializa através de perguntas realizadas as Promotorias de Infância e Juventude e de Educação, buscando compreender o funcionamento da rede de saúde mental da infância e adolescência, conhecimento acerca dos dispositivos utilizados; conhecimento sobre o trabalho do CAPSi; a forma como surgem os casos de saúde mental chegam a Promotoria; forma de encaminhamento dos casos de saúde mental e relato da experiência através dos casos de saúde mental encaminhados. É a partir destes questionamentos levantados que o objeto da pesquisa irá se destacar.

Conforme GADAMER (1999a), o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Seu destaque já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível o destaque do objeto. A essência da hermenêutica está na pergunta, é claro que toda experiência pressupõe a estrutura da pergunta. O conhecimento de que algo é ou não é como acreditávamos inicialmente pressupõe a passagem pela pergunta (GADAMER, 2005b). A pergunta norteadora para o desenvolvimento da pesquisa situa-se em: Qual a compreensão dos profissionais do judiciário, Promotores da Vara da Infância e Juventude e da Educação, sobre processo que leva a medicalização de crianças e adolescentes acompanhadas em um CAPSi?

---

materializou, inicialmente, em Porto Alegre, através de termo de compromisso, firmado em 1997 pela Coordenadoria das Promotorias da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares, Secretaria Estadual de Educação e Secretaria Municipal de Educação. (Fonte: <https://www.mprs.mp.br/infancia/doutrina/id198.htm>, acessado em 06 de fevereiro de 2016).

<sup>2</sup> Programa de atendimento especializado municipal que tem como objetivo oferecer apoio especializado aos alunos do Sistema Municipal de Ensino no que concerne à caracterização, desenvolvimento de estratégias e acompanhamento nas áreas afetivas, cognitivas, psicológica, social, psiquiátrica, social, familiar ou de outra natureza que não possa ser resolvido no espaço escolar, articulando com outros serviços, Instituições, Órgãos e Entidades locais à promoção de condições que assegurem a inclusão educacional e, sobretudo, processos educativos de qualidade

## **4.2 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados de acordo com o objetivo e campo do estudo. A partir de um levantamento dos encaminhamentos realizados pelo Ministério Público, via Promotoria referentes ao ano de 2014 a 2015 e dos profissionais do judiciário, os promotores que mais encaminharam e convocaram o serviço para audiências.

Assim os sujeitos desta pesquisa foram os Promotores da Promotoria da Infância e Juventude e da Educação de Santa Maria/RS, que atuam com casos da Rede de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência.

Após o levantamento dos encaminhamentos e aprovação do projeto de pesquisa pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) e Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, foi agendado com os promotores e realizado apresentação da proposta de pesquisa e entregue uma cópia do projeto, bem como a oficialização do convite para a participação na pesquisa. Durante o convite, todos manifestaram interesse em participar, demonstrando relevância e apoio a temática escolhida.

A realização das entrevistas individuais se deu a partir da concordância dos profissionais em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO A), do Termo de confidencialidade (ANEXO B) e de promotores que atuassem há mais de seis meses nas Promotorias de Infância e Juventude e da Educação do município de Santa Maria/RS.

## **4.3 Aspectos Éticos**

As questões éticas visam o desenvolvimento e validação da pesquisa. Partindo desse pressuposto o estudo foi embasado na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe da ética em pesquisas com seres humanos. Para tal, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) constando objetivos da pesquisa e garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações cedidas. Este Termo constará de duas vias, ficando uma em poder do participante e outra em poder do autor. (BRASIL, 2012).

O presente projeto foi encaminhado para autorização do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde Santa Maria (NEPS) - (ANEXO D) e

para o Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM (CEP), pelo fato de envolver seres humanos conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, e posteriormente protocolado junto a Plataforma Brasil. No estudo o contato com os sujeitos restringiu-se a realização de entrevistas, isto é, a pesquisa não ofereceu, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social ou cultural em qualquer fase da pesquisa. Entretanto, alguns sentimentos que pudessem ser mobilizados, pois no decorrer das entrevistas os participantes poderiam refletir acerca de seus cotidianos e suas vivências, evidenciando um risco mínimo. Caso isso ocorra-se, a entrevista poderia ser interrompida para que seja atenuado este momento, e, além disto, realizado orientação, caso desejassem, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante da pesquisa.

Já quanto aos benefícios, este estudo colaborou com a reorientação do planejamento e gestão das ações em serviço de saúde e tem como objetivo contribuir para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Também a utilização dados secundários dos prontuários e documentos do CAPSi. Os pesquisadores comprometeram-se com o uso dos dados e a preservação das informações sobre os sujeitos através do Termo de Confidencialidade (ANEXO C). Todos os dados coletados no estudo serão armazenados por cinco (5) anos em um Banco de Dados, a ser criado na sala do Programa de Residência Multiprofissional nº 1356 – 3º andar, Prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS) no Campus UFSM, em um armário de uso exclusivo da Profª Drª Ana Luiza Ferrer.

As residentes pesquisadoras assumem juntamente com a professora orientadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para a realização desta pesquisa e para formação de um banco de dados. É importante salientar que as informações farão parte de um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo para pesquisas.

O compromisso ético, político e social das pesquisadoras na devolução dos resultados ocorrerá por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, com a conclusão deste estudo, o relatório final será apresentado para os participantes da pesquisa, bem como ao campo de atuação.

### 4.3 O Campo

O campo de atuação desta pesquisa compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Santa Maria/RS localizado, geograficamente, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área de 1825 km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 270 mil habitantes. Onde o índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto, classificando-se como 9º município do Estado Rio Grande do Sul, dentre os 497 municípios gaúchos e como 99º do Brasil, dentre os 5.565 municípios brasileiros avaliados. Dentre os municípios mais populosos do Estado, o seu IDHM só perde para a capital de Porto Alegre. (ADESM, 2013)

O processo de construção da rede de atenção sem saúde mental no município de Santa Maria passou por três importantes momentos, como a implantação dos serviços substitutivos; a constituição da comissão de saúde mental e a construção de um processo de capacitação e descentralização em saúde mental para atenção básica. Segundo CRASOVES (1994), no início da década de 80, a atenção em saúde mental era centralizado em um hospital psiquiátrico localizado no município, o qual foi transferido para Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo os atendimentos restritos a uma ala psiquiátrica, não havendo dispositivos extra hospitalares.

Zambenedetti e Perrone (2008) referem que no plano político o impacto do processo da reforma psiquiátrica instituiu-se no município com a realização do I e II Simpósios Internacionais de Saúde Comunitária, os quais foram organizados pelo departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No final da década de 90, se constituiu a primeira equipe destinada aos cuidados específicos na área da saúde mental do quadro de servidores do município. Em 2001 foi implantado o serviço de saúde mental da secretaria de saúde do município intitulado como Ambulatório de Saúde Mental, passando a ser referência para atenção básica.

Os projetos de CAPS II e CAPSAD foram formulados e implantados respectivamente em 2002 e 2003 com a participação de trabalhadores do ambulatório de saúde mental e apenas em 2005 houve a criação do CAPSi, sendo esse um serviço de acolhimento e atenção integral a crianças e adolescentes, de zero a 18 anos, em sofrimento psíquico severo ou persistente. (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Em vista a disposição dos serviços de saúde mental em uma rede regionalizada e hierarquizada, os critérios que oferecem suporte à constituição da rede do município de Santa Maria foram determinados pela política oficial, expressa em leis (BRASIL,

1990), manual (RS, 2002) e no plano de saúde mental de Santa Maria (SES–Santa Maria, 2003).

Atualmente, os serviços que compõe a rede de atendimento de Saúde Mental Infantil são: Atenção Básica (ESFs, UBSs), CAPSi, Ambulatório de Saúde Mental, NASM, NASF, Unidades Hospitalares (UPA, PA Patronato, Casa de Saúde e HUSM) e serviços complementares que dão suporte para a rede de atenção psicossocial, sendo estas: Universidades (UNIFRA, FISMA, UFSM, ULBRA, FADISMA e FAMES); Serviços de apoio da sócio assistencial: Conselhos Tutelares (Leste, Oeste e Centro), FICAI– Grupo de Trabalho Centro, Grupo de Trabalho Leste, Grupo de Trabalho Oeste), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) regiões leste, Centro e Oeste, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Secretaria de Município de Desenvolvimento Social, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDICA); Secretaria de Educação (Estadual, Municipal), Programa de Atendimento Especializado Municipal - PRAEM; Judiciário e Ministério Público (Vara da Infância e Juventude) ; Casas de Acolhimento (Aldeias SOS, Lar de Miriam, Recanto da Esperança) e Projetos sociais (Cuica, Atoque, Pallotti, Tabor, SOS Aldeias, Nossa Senhora da Providencia e Pão dos Pobres).

Nesta pesquisa, optou-se por realizar a coleta de informações com o Ministério Público, mais especificamente com os Promotores de Justiça das Promotorias de Infância e Juventude e da Educação, que atuam diretamente nos casos acompanhados no CAPSi. Este campo de pesquisa demonstrou sua relevância a partir da vivência no serviço, observou-se o elevado número de encaminhamentos realizados pela Promotoria da Infância e Juventude e convocações de audiências da Promotoria de Educação, solicitando avaliações multiprofissionais e psiquiátricas e também a solicitação da participação do serviço a audiências de mediação de conflitos. Esta vivência possibilitou compreender o quanto a Promotoria de Justiça de Santa Maria/RS, vem se tornando um espaço para efetivação do fluxo de saúde mental da infância e adolescência, como um dispositivo de encaminhamento para o serviço.

#### **4.4.1 Ambientação e Aproximação**

Na etapa de campo, foi realizada uma aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa com o intuito de apresentar a pesquisadora. Vale ressaltar que a

aproximação com o campo de pesquisa aconteceu diariamente desde a inserção das residentes no CAPSi. Esta aproximação ocorreu por meio dos acompanhamentos de casos compartilhados com troca de informações relativas à evolução dos casos, possíveis ajustes nos Planos Terapêuticos e dados importantes para a condução do tratamento, assim como, através da participação em visitas as escolas para a discussão dos casos acompanhados pelo CAPSi. O momento de ambientação constituiu-se como uma etapa de grande importância para que as barreiras que afastavam pesquisador e pesquisado fossem transpostas. Para que fosse possível a realização de uma pesquisa qualitativa clara e com menos vieses foi fundamental conhecer anteriormente a linguagem utilizada pelos participantes, a rotina de trabalho e as problemáticas vivenciadas. Para tal, foi agendado por telefone com os Promotores das Varas da Infância e Adolescência e da Educação, um horário para apresentação da proposta da pesquisa e entrega da carta de solicitação de anuência institucional (ANEXO D). Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética e Pesquisa (CEP) e da Promotoria. Após foi realizado um contato para agendamento conforme a disponibilidade dos participantes da pesquisa, afim de realizar a entrevista. As entrevistas ocorreram no espaço da Promotoria, individualmente com cada pesquisado, seguindo todos os passos éticos e de apresentações das documentações em anexo neste trabalho.

#### **4.5 Técnica de coleta da pesquisa de campo**

Para a presente pesquisa foi utilizada a técnica de entrevista individual. A coleta de informações ocorreu no segundo semestre de 2015, com a utilização de entrevistas individuais. Foi elaborado pelas pesquisadoras entrevistas específicas para o estudo, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, para a constituição da análise das informações coletadas. Para a primeira etapa foi realizado roteiro da entrevista individual (APENDICE A) com Promotores do Ministério Público (APENDICE B).

A entrevista foi realizada pela pesquisadora de forma individual com cada profissional que aceitou participar do estudo. Foi solicitada autorização para a utilização de gravador de áudio nas entrevistas respeitando a vontade do participante, inclusive se está não fosse permitida a sua gravação. Também foi solicitada autorização para anotações dos relatos.

Foi encaminhado aos sujeitos da pesquisa um convite formal, contendo a apresentação e objetivo do estudo, bem como visitas nos seus locais de trabalho, onde

foi levado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), e os procedimentos a serem realizados, além de explicitar a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação (ANEXO C) dos resultados da pesquisa, assim como sua liberdade para abandonar o processo em qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas os sujeitos que participaram da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foi pactuado previamente com os participantes do estudo acerca da sua disponibilidade de horário, bem como o local para a realização da entrevista para que a identidade dos participantes seja preservada, bem como a privacidade e confidencialidade das informações fornecidas. O tempo de duração da entrevista foi de acordo com a disponibilidade do profissional após a leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O roteiro de entrevista foi construído de forma diferenciada, contendo perguntas norteadoras que conduzissem a entrevista, para se aplicar aos Promotores do Ministério Público.

A entrevista configura-se como uma técnica de interação entre pesquisador e informante no qual a relação é regulada pelo primeiro, mas permite a fluidez da informação e da troca, focando nos aspectos mais significativos da informação sem rigidez do questionário fechado. De acordo com (Bauer e Gaskell, 2011) a entrevista permite mapear e compreender o mundo social do informante, fornecendo dados básicos para compreender as relações sociais no local de pesquisa, e principalmente as crenças, motivações, atitudes e valores dos atores sociais que compõem o objeto de pesquisa. A entrevista permitirá avaliar até aonde as concepções e valores presentes nos documentos tem reflexo na conduta e comportamento dos atores sociais.

As entrevistas duraram em média de trinta minutos a uma hora e foram realizadas na sede do Ministério Público da cidade, nas salas das Promotorias. A partir do roteiro criado, os participantes puderam relatar sobre a realidade de seus trabalhos como promotores, evidenciando situações para reflexão de questões que colaboram para o processo de medicalização da infância e adolescência. Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, e organizadas em uma tabela por eixos temáticos, o que facilitou a visualização para a sua análise e posteriormente a discussão.

#### **4.6 Análise das Informações Coletadas**



A análise e interpretação das informações coletadas foi realizada através de pesquisa qualitativa, conforme os referenciais técnicos da metodologia de pesquisa hermenêutica de Gadamer. Tendo a entrevista individual como procedimento da coleta de informações.

A realização das entrevistas individuais possibilitaram a compreensão da prática profissional e conhecer as experiências vivenciadas pelos promotores das Promotorias da Infância e Juventude e Regional da Educação do município de Santa Maria/RS. As entrevistas foram gravadas e realizadas individualmente propiciando um espaço de segurança para expressarem suas opiniões. O entrevistador conduziu o diálogo tendo como norte o roteiro de entrevista. Através das perguntas norteadoras foi possível que os sujeitos entrevistados pudessem refletir sobre a temática e relatar suas experiências, opiniões, críticas e elogios e suas rotinas, acerca da compreensão da Promotoria sobre o tema proposto a medicalização na infância, a rede de atendimento em saúde mental infantil, os dispositivos disponibilizados e acessados e a realização de suas práticas em conjunto e encaminhamentos a rede de saúde mental.

Assim, de acordo com Gadamer (apud MINAYO, 2004), a abordagem hermenêutica se caracteriza pela busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo central. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo pressupostos de que o ser humano é um ser histórico e finito que se complementa através da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e cultura; o texto, numa perspectiva hermenêutica, “revela e esconde”.

Gadamer (2005b) em seu método hermenêutico menciona que é imprescindível que os sujeitos se apropriem das opiniões prévias e preconceitos pessoais, construindo a alteridade, a partir do momento em que este se dá conta de que seus preconceitos estão presentes. Confrontando assim, a verdade do texto com as opiniões prévias do interprete. Os preconceitos que dominam os seres humanos geralmente comprometem o verdadeiro reconhecimento do passado histórico.

Em um primeiro momento houve a transcrição das entrevistas individuais, após as transcrições foi realizado a leitura e a partir dela o texto foi selecionado por eixos temáticos. Com a construção de uma tabela por eixos, foi realizado uma releitura e a partir dela foi se construindo uma compreensão acerca do que foi trazido durante as entrevistas. Onde se buscou encontrar convergências e divergências diante das perguntas

norteadoras. Com isso foi possível realizar o que Gadamer traz em seu método, quando menciona sobre as voltas que se dá em torno do objeto de pesquisa e que a cada nova leitura uma nova compreensão é possível.

## **5. Resultados**

Para uma melhor compreensão dos resultados, esses serão apresentados e descritos através de eixos temáticos que nortearam esta pesquisa.

### **5.1 A Compressão da Rede de Saúde Mental de Santa Maria e Seus Dispositivos Disponibilizados:**

Com relação ao eixo sobre a compreensão e acesso dos Promotores à Rede de Saúde Mental de Santa Maria, os resultados apontam que apesar de atuarem em promotorias com matérias diferentes, cada um dentro da sua especificidade e complexidade, ressalta-se a importância da Rede Saúde Mental no município, pelas diversas demandas a qual surgem na promotoria relacionadas a proteção à infância e avaliação em saúde. E por questões envolvendo drogadição, dificuldades de aprendizagem, conflitos familiares, ato infracional entre outros:

“(...)eu trabalho basicamente com adolescentes, eu trabalho só com adolescentes, quem trabalha mais com criança é a promotoria que aborda a matéria da proteção. (...) Mas enfim, como nós trabalhamos só com esse público, nos utilizamos bastante a rede de saúde mental, porque quase todo esse público tem envolvimento com drogadição, alguns fazem uso de medicação psiquiátrica, precisam realizar avaliações neurológicas. Então a partir disso eu tenho um contato. Não vou dizer que eu tenho um contato, eu demando muito da rede. (...) utilizo bastante é o serviço da rede! A questão da articulação da rede como um todo. (...) nós demandamos, muito da rede, por conta de duas questões específicas, drogadição que é o pano de fundo da grande maioria dos atos infracionais, que encontramos hoje, e também algumas questões de natureza psiquiátricas.”. (Entrevistado nº 3)

Um aspecto relevante que surge nos resultados desse eixo foi às necessidades apresentadas pela a rede de proteção à infância, incluindo os serviços de saúde mental, no município de Santa Maria. Isso porque no cotidiano da promotoria a intersetorialidade nas políticas públicas, no que tange a saúde, a assistência e a educação, se faz necessária para a busca da resolução das complexas situações que emergem na promotoria em prol da defesa e garantia de direitos no âmbito da infância e juventude. Sendo assim, fica

claro durante as entrevistas com os promotores, a fragmentação da rede de saúde e saúde mental no município e das demais políticas públicas essenciais para compor a rede de proteção da infância. Tal realidade se manifesta durante as falas e aqui representada na fala do entrevistado n° 2, que faz um relato da sua vivência e acompanhamento junto aos profissionais e as dificuldades de articulação com os serviços durante os encaminhamentos realizando uma comparação da sua experiência profissional em outros municípios da região:

“Dos serviços que são disponibilizados? É para eu ser sincera? Eu acho que em Santa Maria, tantos os serviços, a organização. E isso não tem nada, aver com os profissionais, mas com a organização dos serviços que nós mais precisamos, que são os de assistência social e a rede dos CAPS, eu acho que funciona muito mal, questão de falta de fluxo, quando eu trabalho individualmente com os profissionais assim! Eu acho as pessoas muito qualificadas, tu olha e não entende, porque os serviços não dão certo, não se amarram! Mas parece que falta um trabalho de rede uma continuidade dos serviços e também o número insuficiente de serviços, para mim, nós temos um número insuficiente de Conselheiro Tutelar”. (Entrevistado n° 2)

“(…) quando eu cheguei aqui, é que eu descobri que cada Conselho Tutelar tinha um carro, eu quase tive um treco! Porque em Santo Ângelo agente desde de 2007, tem dois carros, é um Conselho, Claro! Uma cidade menor, e da 1/3 de Santa Maria, mas a gente tinha dois carros, para que enquanto um conselheiro possa estar fazendo o plantão, atendendo as coisas emergenciais, o outro estivesse fazendo visitas, outros estivessem fazendo verificações, porque não tem como, se um conselho não tiver condições e tu vai para outro casos, por exemplo serviços da área do SUAS e do SUS, sem profissionais concursados, capacitados, é muito difícil manter uma atividade. E são questões assim muito de Gestão”. (Entrevistado n° 2)

Ainda em relação a defasagem dos serviços, em especial a Rede de Saúde Mental, fica evidente durante os relatos, a falta de investimento em recursos humanos, a falta de profissionais concursados para garanti a qualidade e continuidade das ações nos serviços. Serviços com quadros técnicos incompletos, refletindo na impossibilidade da rede em fornecer atendimento diante da demanda encaminhada, e impacto que a falta de investimento em recursos humanos reflete na efetivação da garantia de direito do usuário e família em acessar o serviço público de saúde mental. Assim a defasagem de profissionais no serviço, e refleti em outros serviços que compõem a rede de proteção à infância gerando uma “sobrecarga” a todos os serviços, como: assistência social, educação e nas próprias promotorias de justiça. Questões que vão além da constituição de um fluxo de atendimento, mas de visão estratégica da gestão em relação aos princípios e diretrizes que norteiam e operam a política pública de saúde mental, a compreensão das suas necessidades e a aplicação e gerenciamento dos seus recursos.

(...) por exemplo o CAPS infantil, um CAPS, eu fiz uma audiência de um caso que agente analisou de um menino que não podia ir para escola ainda, porque ele estava em uma situação de saúde mental muito precária, se fosse saúde física a gente não teria nem dúvida né, saúde mental a gente fica pensando será que ele pode ser afastado. E a gente fez uma reunião com todos os técnicos, inclusive na época o pessoal do CAPSi disse que tinha mais de 400 atendimentos, não tem como! Tu fazer isso, se ela já tem uma previsão menor de serviço ideal, por mais que os profissionais se dediquem". (Entrevistado n° 2)

(...) até a grande contribuição é no sentido que nós precisamos melhor o serviço, e a questão do CAPSi, mesmo com a ação eu sei que continua defasado, porque eu acompanho, converso com as colegas, nesse período desse mês, eu estou substituindo a promotoria regional de educação, então eu sei que a defasagem continua, tem uma agenda semanal que vem para conversar também com o CAPSi, que sou eu que vou fazer, sobre o fluxo. Eu sei que o problema continua, e a gente sabe que não é só uma questão de CAPSi, que é uma questão de gestão da saúde como um todo. Gestão da Saúde como um todo e gestão de Saúde Mental. E que enfrenta uma série de desafios, algumas descontinuidades, algumas questões de verba, mas que me parece, que a gente pode caminhar, no sentido de buscar uma melhora do serviço como um todo. Porque a hora que esse serviço falha, acaba que o resultado disso acaba acontecendo na ponta, e acaba que afeta de uma forma ou outra a comunidade. Muitas vezes esses adolescentes por não, ter uma resposta, por não ter um acolhimento, por não conseguirem trabalhar vinculado com o serviço, ter um atendimento vinculado a um serviço, e permanecer vinculado a ele, acabam voltando a drogadição e se envolvendo no ato infracional. Até a questão de roubo, a grande maioria é para conseguir dinheiro para comprar pedra. Então isso impacta diretamente a comunidade. No momento em que tu não só construí o fluxo, mas melhorar a qualidade dos serviços, obviamente zerar isso é utopia, isso não vai acontecer, mas qualquer melhora, qualquer avanço, qualquer passo que a gente der para além do que existe, já é significativo. (Entrevistado n° 3)

## **5.2 A Compreensão do Serviço CAPS infantil do Município de Santa Maria**

Em relação a compreensão ao serviço de saúde mental infantil oferecido pelo município de Santa Maria, os sujeitos da pesquisa, apresentaram sua visão, baseada no cotidiano de trabalho e do acesso ao serviço pelos profissionais. Ocorre que os sujeitos que atuam de forma mais direta com o serviço, através de encaminhamentos e audiências para mediação e resolução, demonstram mais propriedade e conhecimento em seu relato, sobre as práticas e ações de competência do serviço. Conhecimento esse muito significativo no momento em que necessitam acessar a rede, ou encaminhar os usuários, pois amplia a visão e possibilidades de ações ao usuário na rede. Contudo, à falta de informações e compreensão sobre os serviços de saúde mental por parte da rede de serviços sócio assistencial e de proteção e dos próprios usuários, é algo que reflete no trabalho das Promotorias que em muitos casos acabam atuando como os ordenadores

desta rede, efetivando o seu fluxo através de informações e encaminhamentos aos serviços de saúde mental.

“Até tenho! Sei que é uma equipe multiprofissional, que trabalha lá e essa equipe ela trabalha, porque a criança e adolescente em tratamento de saúde mental ela apresenta várias especificidades, por exemplo tem psicólogo, terapeuta ocupacional, técnicos de saúde mental, tem o psiquiatra, enfermeiro, médico clínico, e que fazem parte de uma equipe que faz avaliação em primeiro lugar, da criança e do adolescente, e depois disso faz um plano terapêutico para ele” (...)É bem grande! É bem isso, eu conheço que tem CAPS porque eu trabalho nisso, mas quem não trabalha nem sabe o que é CAPS, nunca ouviu falar! O povo não sabe então”. (Entrevistado nº 1)

“Não muito alguns casos, porque eu não faço encaminhamento direto para o CAPS, isso é uma atividade da Promotoria da Infância, eu pego casos às vezes que o CAPS está atendendo, CAPS infantil, como outros CAPS, no curso do trabalho com as escolas que a gente tenta fazer um trabalho em rede, pactuar alguma coisa, alguma coisa é comigo, quando tem uma resistência maior, o gestor público ou dos pais, eu termino fazendo quando é uma situação de pactuar, a minha assessora faz uma prática restaurativa, para tentar compor com as partes, mais ou menos, esse é o contato que a gente tem mais na rede, ou em um atendimento que se percebe que tem que encaminhar para o CAPS, aí se faz com o CAPS, como vai agendar, quem vai agendar, se é o Conselho Tutelar, ou os pais, os poucos casos assim, como eu já trabalhei muito na rede de saúde mental, eu vou falar em Santo Ângelo. Porque Santo Ângelo é a minha maior experiência de Infância e organização de serviços na área da Infância e da Saúde. A construção do CAPS infantil foi uma participação de toda a comunidade, agente levou o conselho a rede, para dizer que precisava, foi uma cidade que justificou o CAPS, não tendo o número de habitantes necessários, e foi tudo o resultado de um trabalho de rede, de um trabalho coletivo, não é a promotoria, todos juntos, tanto que eles tinham um grupo de estudo no CAPS, todo mundo participava da rede, para dividir, então a minha experiência com eles assim era muito interessante, é aqui a impressão que eu tenho é que os profissionais, claro! Não estou trabalhando direto, mais a impressão que eu tenho que os profissionais não conseguem parar para pensar, nem respirar, sabe! Nas poucas conversas que eu tenho com um ou outro profissional, embora assim na promotoria nunca ninguém se negou, nunca ninguém disse que não fazia nada disso, mas quando tem pequenos desabafos que ficam nas entrelinhas que tu vê, que a pessoal está no limite, entendeu?” (Entrevistado nº 2)

Também é possível compreender, que a falta de conhecimento sobre o serviço de saúde mental pela rede, ocasiona a realização de encaminhamentos em fluxos desiguais, como: a busca pelo atendimento acessado via Ministério Público e encaminhamentos gerados por profissionais que possuem “contatos” pessoais com outros profissionais da rede. Isso ocorre quando o fluxo de encaminhamento não se efetiva com outros serviços bases, tal como o da atenção básica, que tem entre suas finalidades ser a porta de entrada da saúde. Sendo assim o caminho de chegada até o serviço CAPSi, acaba ocorrendo de diferentes formas, ocasionando para a rede e os usuários desconhecimento sobre o funcionamento do fluxo, ações e finalidades. Isso gera para o serviço uma

demanda para acolhimento e avaliação muito maior que ele pode suprir, além de um público bem diversificado com encaminhamento de demandas em saúde mental infantil, que vão do leve até o seu agravo. Além disso pode ser pontuado que: a falta da efetivação do fluxo e o fato do serviço ser a única referência em saúde mental infantil no município, sem o suporte com outros serviços de saúde mental vem gerando sobrecarga aos profissionais, que não conseguem refletir suas práticas, nem buscar espaços para capacitações continuadas.

“(...)No CAPS infantil estou para te dizer que eu estou um pouco afastado, porque a nossa demanda tem ido para os CAPS ad, que são esses que atendem, não satisfatoriamente, na minha avaliação as demandas, então no CAPS infantil eu confesso que hoje (...)Eu sei como é o fluxo, como é que funciona, conheço alguns profissionais, mas o meu contato hoje com eles (pausa) Está bem dividido. (Entrevistado n° 3)

“O que eu sei, é o que é descrito, nas audiências, ou descrito por escrito, as vezes nos laudos, com relação aos encaminhamentos, eu nunca fiz por exemplo uma visita, não fui porque na verdade a área da saúde ela é um apoio, dentro da questão educacional. (...) se for na área da infância eu encaminho para a colega da Infância, se for uma CAPS adulto eu encaminho para o colega que é responsável pela saúde, é na promotoria civil, aí eu não vou trabalhar com a política pública” (Entrevistado n°2)

### **5.3 Casos de Saúde Mental e as Promotorias de Justiça**

Para compreender melhor como os casos de saúde mental chegam até as promotorias, buscou-se através deste eixo o relato dos sujeitos com base em seu cotidiano de trabalho. Cada entrevistado relatou como se deparam e são identificados os casos de saúde mental nas promotorias, possibilitando compreender que, apesar das diferentes formas de intervenção pela peculiaridade de cada promotoria, muitos casos surgem através da solicitação das próprias famílias, que buscam na promotoria um espaço de auxílio, resolução e efetivação dos seus direitos envolvendo crianças e adolescentes. Ocorre que a promotoria em muitos casos é o “último canal” de auxílio, quando os casos não são solucionados pela rede, ou quando nem chega a acessá-la, isso vem ocorrer pelo próprio desconhecimento dos profissionais da rede com relação a forma de encaminhamento/funcionamento dos serviços de saúde mental disponibilizados e falta de credibilidade do tempo de acolhimento no serviço, orientando que o meio mais rápido e efetivo se dá através das “determinações” judiciais.

“Como é que acontece? de diversas formas, mas a principal forma é quando vem um familiar aqui na promotoria pedir socorro, relatando que tem uma

criança ou um adolescente em surto ou que não consegue se comportar adequadamente, ou não consegue se adequar; então esses são os maiores casos que a gente atende na promotoria, e encaminhamos diretamente para o CAPSi, porque a não ser que tem relato de uma violação mas se é um relato de transtorno de conduta, ou mais grave, ou se é algo que não conseguimos avaliar o que é, se tem algum transtorno, a gente acaba encaminhando para o CAPSi para ser atendido lá no CAPS, a gente faz o contato com o CAPS, o CAPS faz o acolhimento”. (Entrevistado nº1)

“Não! Vem pela família. A família é que vem até aqui, e daí a gente diz que tem que ir no CAPS, as pessoas desconhecem que existe o CAPS ou como que faz para chegar até o CAPS e vem a promotoria, e acabamos encaminhando diretamente para o CAPS (...)Acho que é por desconhecimento, por não saber que tem esse direito, por exemplo: Vai o posto de saúde, um exemplo, daí o posto de saúde dizem “há não tem o que fazer”, acabam indicando o Ministério Público e até por desconhecimento, e até a rede ela não funciona como deveria funcionar, em vez de encaminhar para o local certo, de referências para o serviço, daí as pessoas acabam vindo para cá. Até que nos últimos tempos tem diminuído um pouco, mas tinha épocas que era toda a semana” (Entrevistado nº 1)

Através do relato do entrevistado nº 1, nota-se que em situações de casos atendidos na rede sócio assistencial, acabam sendo encaminhadas para o CAPSi via promotoria, pela necessidade da avaliação em saúde mental. Ocorre que pela escassez de espaços de atendimento para casos de saúde mental leve que envolvam crianças e suas famílias no município, o CAPSi que atende o agravo em saúde mental, torna-se o único espaço “reconhecido” pela rede com estrutura para avaliar e acompanhar esses casos, como o tempo de avaliação pode oscilar pela demanda do serviço, a rede busca a Promotoria como um espaço de legalidade que pode intervir nesse “tempo de atendimento”, através de determinações judiciais para a efetivação do atendimento. Outro ponto importante é pensar que nesses casos a falta de intersetorialidade entre as políticas públicas vem fortalecendo para que o fluxo de atendimento em saúde mental seja exclusivo aos CAPS, não possibilitando a pensar em outros espaços de intervenção com o sujeito, que contemple o seu território e a sua comunidade. Porém, os resultados apontam que as promotorias vêm recorrendo a algumas iniciativas de intervenção a situações de conflitos familiares e escolares, para que esse seja analisado e tenha sua intervenção primeiramente no âmbito escolar e no território, práticas essas que reforçam ações de mediação de conflitos. Através da oferta de cursos de capacitação para profissionais da rede, como o de práticas restaurativas, como traz em seu relato o entrevistado nº 2.

“Ou eles chegam numa reclamação das escolas em relação ao aluno, por conflitos, é isso a gente tem procurado investir muito em fazer que as escolas

façam o curso das práticas restaurativas, para saber lidar melhor com esses conflitos na própria escola, então a gente está oferecendo para 4 turmas para rede e para as escolas também que é a Cris que dá, com uma parceria que a gente tem com uma universidade. Um e outros locais, o próprio Estado, junto com a Universidade eles também estão dando o curso, mas a gente nota que a escola que mais dá problema é a escola que não vem fazer o curso. Então a gente tentou criar uma forma de tentar fazer isso, de refletirem sobre isso, quando eles mandam a reclamação e eu chamo a escola, e digo: Bom, olha o que a gente está fazendo, e na escola de vocês poderia ser assim e tal, e aí começa a chamar eles, normalmente no outro ano quando abre de novo, geralmente eles vêm, é devagarinho para tentar mudar esta realidade. Com relação aos encaminhamentos, normalmente só se é assim um caso muito sério, que tu precisas encaminhar direto. Mas o encaminhamento para Saúde se faz pela Promotora da Infância, a gente tira cópias e passa para a assessoria da 1º promotora especializada, ou outros casos a gente pactua que a rede vai fazer, tentando não ocupar este lugar que é da rede, se é atribuição do Conselho Tutelar, ou dos pais que vão fazer com o apoio do conselho, então a gente tenta na medida do possível, assim como tu não tenta resolver os problemas da escola. E isso é hoje! Porque eu já tentei isso, como todo mundo. Chamar todo mundo, dizer o que tem que fazer, fazer recomendação e determinação, mas se as pessoas não percebem, qual é a responsabilidade delas, não funciona, dali dois meses elas estão de novo, sabe! Ou aqui, ou no judiciário, então eu acho que pode dar até mais trabalho assim. De tu tentar educar, fazer as pessoas terem uma percepção, mas isso é definitivo e quando a gente usa lá a caneta, daqui a pouca já está de novo”. (Entrevistado nº 2)

Ainda com relação ao surgimento dos casos de saúde mental nas Promotorias e suas formas de identificação, os resultados apontam para uma grande demanda de solicitações de avaliações solicitadas a Promotoria no âmbito da saúde mental, através de casos encaminhados pelas escolas, conselhos tutelares, rede de atendimento sócio assistencial e casos que envolvem adolescentes que cometem o ato infracional. No caso do ato infracional está necessidade é avaliada por uma equipe técnica da rede que atende diretamente o adolescente em cumprimento de medida e encaminha a Promotoria a elaboração de um plano individual de atendimento (PIA), que contempla todas as necessidade e demandas do adolescente.

De várias maneiras, nós temos três portas de entrada básicas, escola constata situações, as crianças são encaminhadas para avaliação, muitas vezes no próprio âmbito do Conselho Tutelar as coisas se resolvem, e as vezes não. Então as escolas têm essa demanda, os conselhos tutelares também encaminham bastante demandas e a outra porta de acesso é a prática de ato infracional, que quando vai se realizar o instrumento para a execução da medida, que se chama PIA, se faz um acolhimento e se faz uma avaliação desse acolhimento (...)Plano Individual de atendimento, cada menino que pratica o ato infracional e tem que cumprir uma medida, seja uma medida fechada ou medida de meio aberta, ele realiza um PIA com a equipe técnica do serviço. Quem cumpre, por exemplo, quem encaminha a execução de liberdade assistida é o CEDEDICA tem a equipe técnica. Prestação de Serviço à Comunidade quem encaminha é o CREAS tem a equipe técnica. Internação quem encaminha é o CASE, também tem equipe técnica. E semiliberdade quem encaminha é CASEME, que também tem equipe técnica. Então essas equipes quando vão começar a cumprir a medida, eu digo o guri,



porque por exemplo medida de meio fechado para menina só porto alegre, medida de meio aberto, também tem para menina em Santa Maria. Então eu chamo o guri por que a grande maioria, dos nossos, são meninos, tem bastante meninas, mas a grande maioria ainda é meninos. E aí é assim, eles sentam, com a família, fazem o processo de acolhimento com essa equipe, e essa equipe técnica composto por psicólogo, assistente social, algum técnico enfim, vão dialogar com a família, com o menino, analisa o ato infracional, a história do guri. As vezes aparece alguma demanda que precisa da intervenção deste serviço. (...)Não, não é identificado na promotoria, já vem do PIA. Tem muitos meninos que a gente conhece né, pela experiência pela prática, pelo dia-dia, não que eu tenha formação em medicina, mas tem muitos que já passaram por aqui, então tu já mais ou menos sabe que tem indicação médica para algum tipo. (Entrevistado n° 3)

#### **5.4 A Condução dos Casos de Saúde Mental pelas Promotorias de Justiça**

Com relação a este eixo, o foco é compreender como se operacionaliza nas Promotorias de: Regional de Educação e Especializadas da Infância e Juventude (tendo sua pasta dividida em proteção e ato infracional), a condução dos casos de saúde mental que surgem no seu cotidiano. Assim os resultados apontam para diferentes formas de condução, cada uma dentro da especificidade e demanda das Promotorias, entre elas: a Realização direta dos encaminhamentos pela Promotoria em casos que envolvam a garantia de proteção e integridade da criança, além disso através de audiências a realização de mediação entre as famílias e serviços no objetivo de garantir a adesão e continuidade ao tratamento da criança. Outro ponto a ser destacado são as solicitações a Promotoria de ações contra o Estado e o Município em casos que envolvem a garantia de monitores nas escolas. Assim os casos que envolvem saúde mental infantil, acabam acessando o serviço da Promotoria para a efetivação de legislações e a garantia de direito, pois o Estado não supre a demanda e a judicialização acaba sendo um meio inevitável para a garantia do acesso ao serviço. Em meio a essas solicitações surgem outras demandas e necessidades a qual a Promotoria é acessada para a viabilização de tratamentos, consultas e avaliações de urgência, encaminhamentos solicitados por serviços da rede sócio assistencial e de educação, na busca da efetivação da rede de proteção à infância.

“Bom, se é um caso de saúde mental, o que vem acontecendo, se é um caso de AD, eu encaminho para o CAPS AD, ou se é caso para o CAPSI eu encaminho para o CAPSi.(...)“Olha eu acho que a mediação é suficiente porque as pessoas estão conseguindo a partir disso conversar e ver o que realmente está faltando para as coisas acontecerem, então em um primeiro momento foi colocado, as pessoas começaram a vir para cá e por outros motivos começaram a conversar até porque quando tu vem aqui perde um monte de tempo. É uma agenda imposta não é uma agenda que se marca uma

data a pessoa tem que estar aqui. Então eu vejo que tem uma função importante e na medida do possível a princípio eu acho que isso vai ser cada vez mais, menos frequente, porque diante da situação possibilitando que as pessoas consigam sentar e que consigam conversar não só entre elas, mas com a família. Por que não adianta a gente traçar um plano em que a família não está inserida. Ela precisa participar deste plano também. Se ela não se sentir integrante ela não vai aderir”. (Entrevistado n° 1)

“Das crianças que tem uma deficiência diagnosticada sempre vem, já. agente recebe muito, por exemplo, para fazer a ação para monitor, o Estado principalmente não disponibiliza monitor, então as escolas, nós fazemos um trabalho com as escolas, para elas saberem que podem contar com este apoio, porque as vezes elas ficavam com as crianças e ficavam lá o ano todo, as vezes precisavam de um monitor, não sabia como recorrer, algumas diretoras tinham até um pouco de receio, então a gente fez um trabalho com elas, com a 8° CRE, fizemos um trabalho no início do ano, para que primeiro elas procurem o gestor, se não funcionar nos encaminhamos. E tem funcionado bem, mas a gente tem ajuizado muitas ações, nesses casos, precisa de um atendimento psicológico, precisa e tal, mas a gente sempre tenta fazer isso, vê com o Conselho, como é que o conselho pode resolver, ou chama o gestor, se é o gestor do município, ou se é do Estado, que ele tente fazer esse encaminhamento, o município termina sendo mais fácil, porque ele domina mais os serviços, né. Mas o problema é que, quando é o Estado, que não tem PRAEM, não tem, para onde que eles encaminham? Acho que as vezes eles tentam encaminhar direto. Essa coisa da rede de educação ser separado, Estado e Município, e a saúde e a assistência social, ser uma só, em alguns municípios termina dando problema, porque de alguma forma parece que os alunos do município, são atendidos mais rapidamente, não sei, ou porque o Estado se retrai ou porque tem mesmo um conhecimento, as pessoas se conhecem, na rede se tu não tens um fluxo definido o conhecimento pessoal termina determinando os atendimentos”. (Entrevistado n° 2)

Ainda na condução dos casos de saúde mental na Promotoria, surgem situações envolvendo adolescentes que cometem ato infracional. Como esses casos são acompanhados até o final da medida sócio educativa pela Promotoria, os profissionais que atuam nas equipes técnicas encaminham planos de intervenção e relatórios mensalmente, solicitando avaliações psiquiátricas e neurológicas, assim o serviço do CAPS é acessado aos adolescentes via Promotoria de justiça especializada, com o foco na avaliação psiquiátrica, pela escassez de profissionais na rede.

(...)depende, é que muitas vezes, já vem indicação e no próprio PIA, a equipe técnica já encaminha, aciona o conselho tutelar, e já encaminha para avaliação, se isso não acontece, Bom aí nós sugerimos que seja feita a avaliação pelo CAPS(...)Sim, psiquiátrica. As vezes para o médico neurologista. Também naturalmente para multiprofissional. Mas o grande foco é a avaliação psiquiátrica. (Entrevistado n° 3)

## 5.5 A Vivência: Casos de Saúde Mental Destacados

No eixo onde casos de saúde mental, foram destacados pelos entrevistados, com base em suas experiências e cotidiano de trabalho, surgiram posicionamentos diferentes. Um dos relatos traz em destaque, um caso o qual os profissionais da rede anteriormente a audiência conseguiram estabelecer uma rede de cuidado com a família do usuário e diálogo entre os serviços, possibilitando durante a reunião na Promotoria apresentar argumentos e articular estratégias de cuidado. Essa experiência durante o relato do entrevistado possibilitou uma visão otimista com relação ao trabalho em rede da saúde mental articulada a rede sócio assistencial, isso porque no caso citado a rede não utiliza do amparo legal da Promotoria para “solucionar” a situação, através dos próprios profissionais e seus serviços, demonstram a possibilidade de repensar estratégias sobre o caso e a Promotoria neste caso atua apenas como um apoiador a decisão da rede.

“Assim, pois é acho que aqui em Santa Maria, o caso que eu acho que mais me mobilizou assim e foi positivamente foi o caso daquele menino, o que era autista, “asperge” se não me engano e a rede se mobilizou, os técnicos para garantir que ele não fosse obrigado a ir para escola, porque tinha ido um pedido de informação para o Conselho Tutelar, o CT chamou a mãe e falou que tinha que ir para escola. Mas agente pediu a informação, e ela ficou apavorada e foi a equipe técnicas, tanto do CAPS, quanto da clínica que estava atendendo ele, que vieram trazer o caso, e explicar. E eles não tinham nem ideia qual era a minha posição, poderia ser para dizer "oh! vai e pronto", mas mesmo assim eles enfrentaram esse primeiro momento, acho também que aquele foi um momento legal de conhecimento das pessoas que atuam na rede, tanto na privada quanto na rede de saúde pública, e onde agente conseguiu consertar uma série de coisas, inclusive da responsabilidade da mãe, mas deu para ver também que quando as equipes, conseguem conversar como tinham conseguido naquele caso, como o trabalho dá um bom resultado. Porque a gente chegou aqui conversou, praticamente já estava tudo amarrado entre eles, não tinha uma grande intervenção assim, e era um atendimento consistente, tu via que ele tinha, a mãe também, vínculo com as instituições, acho que isso foi uma surpresa favorável, porque a gente sabe que nem todos os casos, tem sempre está dedicação. E também a transparência do CAPS, por exemplo de dizer "olha a gente não consegui, atender ele sozinho", então assim, nós temos os nossos limites, e a gente não vai assumir isso, a gente vai dizer. Então a forma como se desenrolou, acho que foi assim bem positiva, acho que foi um caso, que me surpreendeu positivamente. E eu já tinha tido anos atrás a experiência de um caso de um menino autista em que não sei, o trabalho com a mãe não foi legal, e a mãe se revoltou, quando a gente disse que não tinha condições de atendimento. O CAPS tinha profissional pedagógico e a família procurou a defensoria, entrou com uma ação. Então quando a gente não consegue costurar bem como termina dando um atrito. Por sorte o defensor era uma pessoa assim, onde a gente acordou em audiência, que primeiro iria avaliar, verificar e o técnico nomeado pelo Juiz, terminou referendando o que os técnicos do CAPS na época, estavam lá dizendo, mas teve muito conflito, até se chegar ali, nisso a família rompeu a confiança com o CAPS, porque eles diziam que o CAPS não poderia ter dado um laudo dizendo que ele não podia ir para escola, só que a mãe queria que fosse para a escola, então foi uma coisa que eu fiquei comparando, porque já tinha uma experiência assim, muito pesada do outro”.  
(Entrevistado n° 2)

Outro ponto importante, que surge nos resultados e que diverge em alguns aspectos do entrevistado n° 2, é um caso de saúde mental destacado, onde ao contrário do anterior a rede não consegue estabelecer uma relação de diálogo com o usuário e acaba encaminhando uma denúncia para a Promotoria, alegando negligência da genitora com relação ao cuidado com a criança e em relação aos atendimentos e o rompimento de vínculo com o serviço. Neste caso a Promotoria é acessada em busca da resolução e mediação da situação. O entrevistado relata, a importância do papel fundamental da Promotoria neste momento possibilitando a escuta da família com relação aos seus argumentos e necessidade, e a mediação entre serviços e família para se restabelecer o vínculo e a pactuação do retorno dos atendimentos a criança.

Tem vários! Mais um dos casos que me chamou a atenção foi que, a rede inteira dizia que a mãe era negligente. Que a mãe não levava a criança, tanto o conselho quanto os outros profissionais diziam a mesma coisa. E a gente acabou fazendo uma reunião na promotoria com a rede inclusive com a mãe, com essa mãe, supostamente negligente e a menina tinha 12 anos. O nome dela era e ela não parava nunca, tinha autismo bem grave e a mãe tinha que levar a menina junto porque, não conseguia, digamos assim ficar, não tinha com quem ela deixar, e a mãe começou! Deixei ela falar em primeiro lugar, sem acusar ela de nada. E ela relatou que tinha dificuldades, não conseguia levar nos serviços. Que os serviços cobravam dela, mas que ela não conseguia levar, porque ela precisava de transporte. E bom! Resumindo, depois de nos conversarmos um monte assim, a gente disponibilizou transporte. E a prefeitura foi chamada que não adiantava, que ela não conseguia levar a criança, que era uma menina de doze anos no ônibus, que ela precisava sim, dos CAPS e dos serviços todos, e o mesmo em relação a escola, a tudo. Ela não estava indo a lugar nenhum. E depois que a gente conseguiu fechar o transporte, um carro que fosse pegar ela lá e levasse ela para o CAPS e para a escola, ela aderiu a todos os encaminhamentos. O que faltava era ouvir essa mãe para saber que o problema dela não era não ter vontade e sim, condições. E o serviço falava “mas a casa dela fica a três quadras”, não conseguia levar a menina, porque a menina, eram três pessoas e a minha estagiária para segurar, a menina que não parava! Por que de tanta agitação que teve, como ela iria levar a menina três quadras a pé. Ela veio porque um vizinho trouxe ela. E que às vezes falta essa compreensão da real necessidade da pessoa. Não adianta encaminhar para o serviço e esperar que a pessoa venha. Às vezes tem que fazer uma busca ativa para saber “porque você não foi? Às vezes as pessoas têm vergonha “ah não fui porque eu não tenho passagem”, a primeira vez “ah eu não fui porque o fulano não quis ir”. Enfim é uma série de coisas que as pessoas precisam saber. Ai depois disso ela se acalmou, ela foi para a escola e para os serviços bem direitinho”. (Entrevistado n° 1)

Também surgiu destaque de casos, em que a rede em conjunto com a promotoria não obteve sucesso, relatando a trajetória e mobilização dos serviços, porém sem apoio da família. Neste caso o entrevistado traz aspectos que possibilita verificar que a rede realizou diversas tentativas e que solicitou o auxílio da Promotoria para dar

suporte na efetivação do direito da criança, já que a família não assumiu um papel protetivo. Assim neste caso a Promotoria realiza também a mediação entre a família e a rede, porém ocupa-se da formalidade e legalidade para reforçar e acompanhar a família nas suas obrigações e na obrigação do cuidado com a criança.

(...)olha, assim, tem alguns casos, emblemáticos, o que me vem à cabeça agora é o caso de uma menina, que nós atendemos e que ela tinha um certo comprometimento mental. E a família tinha uma grande, duplicidade de sentimentos, vamos dizer assim, parte da família acolhia e parte da família não aguentava. Então foi algo que demandou muita atividade, tanto da promotoria, quanto da rede toda. Essa menina depois foi para acolhimento institucional, enfim, e o serviços e os profissionais na época ela foi atendida pelo CAPSi, não sei qual é a situação dela hoje, porque ela já é maior de idade. Mobilizou todo mundo, toda rede várias vezes. Conversei duas vezes com o conselho aqui na promotoria, com o pai, com mãe com serviço, com o CAPS. Então esse posso dizer que foi um dos casos que me veio hoje e não obtivemos muito sucesso. (...)Nem sempre obtemos sucesso, porque tem muita coisa que depende do suporte familiar, e nesse caso o suporte familiar era insuficiente, até que o pai era um pouco mais afetivo e a mãe por sua vez rejeitava a aproximação. E teve outro caso, mas que já não é ato infracional, é de proteção (...) teve uma menina que acabou falecendo depois, um caso bastante significativo, bem pesado, com uma carga de dramaticidade bastante grande pela situação, um caso que se arrastou por um longo período.

## 5.6 Critérios de Encaminhamento dos Casos

Com relação ao uso de critérios para a realização de encaminhamentos, os resultados apontaram que os entrevistados não possuem critérios definidos, uma padronização. Porém relatam que os encaminhamentos ocorrem quando há necessidade em casos em que rede sócio assistencial evidência, ou pela dificuldade de acesso do usuário em acessar os serviços de saúde. Os resultados ainda apontam que a Promotoria diante dos casos que necessitam de uma avaliação ou atendimento especializado da saúde mental, solicitam aos serviços e escolas pareceres técnicos com observações sobre a criança que justifiquem as necessidades de atendimento, isso porque não possui assessoria técnica no Ministério Público, que possa auxiliar nas avaliações e encaminhamentos.

“Não! Alguma coisa, ou na fala das pessoas que fazem o atendimento, muitas pais trazem as crianças aí, o meu conhecimento mais teórico, da pedagogia, permite as vezes tu captar algumas coisas, por ali tu faz o atendimento, mas nós aqui dentro do Ministério Público, não temos nenhum tipo de assessoria técnica nessas áreas que tu possas fazer uma avaliação prévia. Então tu encaminhas para a avaliação. Como os casos, a maior parte vem da escola, eu

sempre tenho pedido um parecer da escola se é criança com deficiência o plano de AEE, também tu começas a forçar as escolas a fazer um plano, por que não são todas que constroem esse plano, então na medida que eles têm que apresentar, eles começam a ter mais essa prática. E quando não é uma criança com uma deficiência no sentido previsto na lei, deficiência mental, a gente pede um parecer pedagógico para o professor, onde ele descreva o que ele em um primeiro olhar, o que ele pense o que seria importante”. (Entrevistado n° 2)

“Não! É assim, eu faço como eu já te falei: como não sou profissional da saúde eu não posso chegar e dizer assim se é ou não é, né! Então quando as pessoas chegam até a mim peço uma avaliação dos serviços para a pessoa sair de lá com alguma coisa. Tipo se é CAPS AD, a pessoa usa maconha ou usa cocaína, eu não posso dizer se é caso de CAPS ou não é, eu tenho que encaminhar para o CAPS AD. quando é caso que tem uma hiperatividade, é agressivo ou violento eu vou encaminhar para uma CAPS infantil para fazer uma avaliação”. (Entrevistado n° 1)

Outro ponto importante que os resultados apontaram, foram as dificuldades enfrentadas para a realização dos encaminhamentos aos serviços dos CAPS, ocasionadas pela falta de profissionais nos quadros técnicos. A defasagem de recursos humanos e alta demanda pelo serviço de saúde mental, em especial para crianças e adolescentes, dificultam o acesso ao serviço, acarretando encaminhamentos demorados para acolhimento e avaliação. Além disso a falta de um serviço de saúde mental para adolescentes usuários de drogas mais leve, dificultam a identificação desse público e a constituição de um vínculo, com os serviços de saúde mental ofertados.

(...)Assim, não tem nenhum critério definido, dependendo da resposta, ou do tipo de conduta, intervenção que foi feita, ou que não surtiu resultado, enfim, tu começas a identificar que aquilo pode ser que aquele comportamento vamos chamar assim, vai além de uma indisciplina, pura e simples. Além de uma situação normal da adolescência, que pode conter algum componente psiquiátrico por trás de toda aquela situação. (...)Olha, assim a gente tem dificuldades de encaminhamento, pela notória falta de profissionais em Santa Maria. Nós temos muitas dificuldades de encaminhamentos por conta, por exemplo o teu foco que é o CAPSi, nossa demanda vai para o CAPS ad II, e nós não temos, vou te dizer que o serviço hoje prestado para essa parte de adolescente, consumidor de droga mais leve, que é maconha por exemplo, ele não existe. Porque, por uma política que agente respeita a Redução de Danos enfim, chega lá para tratar o usuário de Crack, e o usuário de maconha, não vou dizer que ele o tratamento que tem aí, não é o mesmo tratamento que é pensado na mesma intensidade que é pensado para os outros, e eles não se sentem acolhidos pelo serviço, eles até vão, mas não voltam mais. Então eles não conseguem construir o vínculo. O olhar que se dedica, para esses adolescentes é um olhar um pouco diferenciado, que não é o olhar que faça com que eles permaneçam no serviço. E nós temos essa enorme quantidade, e o que eu estou dizendo é o que escutamos em audiência: "Ah tem que fazer esse tratamento, esse tratamento é no CAPS", "Ah no CAPS eu não vou, eu já fui uma vez.eu não vou". "Ah, mais porque tu não vai?", "Ah porque lá não funciona, lá tem usuário de droga mais pesada". Que acaba convivendo também, e muitas vezes os próprios pais, entendem que aquele contato ali não é benéfico. Então, sinceramente, eu estou para dizer hoje, que nós temos

que criar em santa maria, um serviço voltado que seja voltado para o usuário, com essa demanda. Porque os que tem hoje, não estão atendendo se quer de forma satisfatória aos nossos encaminhamentos. (Entrevistado n° 3)

## 5.7 Avaliação Multiprofissional e Avaliação Psiquiátrica

Neste eixo que se refere a avaliações multiprofissionais e psiquiátrica, os entrevistados relataram como fazem as diferenciações em seu cotidiano para a realização dos encaminhamentos. Os resultados apontaram que em casos considerados mais graves acabam solicitando a avaliação do psiquiatra em virtude da prescrição da medicação, porém surgem como resultado a valorização pela avaliação ocorrer de forma multiprofissional, por esta compor profissionais de diferentes áreas, possibilitando diferentes olhares sobre o caso e na construção do seu parecer, gerando como consequência encaminhamentos não segmentados e maior possibilidade de êxito nas intervenções. Outro ponto importante que surge nos resultados é a falta de um psiquiatra infantil e neurologista infantil no CAPSi, não para avaliações individuais, mas para compor as equipes multiprofissionais e auxiliar nas discussões acerca da medicalização.

“Percebo, com certeza, o tipo de encaminhamento depois desta avaliação, o multiprofissional ele é feito, ou por vários profissionais ao mesmo tempo, os encaminhamentos não são segmentados, eles são mais amplos, então a possibilidade de ter êxito de intervenção, aumenta um pouco do que uma avaliação de um acolhimento psiquiátrico específico”. (Entrevistado n° 3)

“Olha os casos mais graves assim, a gente acaba pedindo mais para o psiquiatra mesmo. Porque se precisa de alguma medicação o psiquiatra pode dar a medicação. Ou a gente acaba pedindo uma avaliação para o CAPS, uma avaliação psiquiatra para o CAPSi ou para o CAPS AD para ver e depois eles que vão retornar dizendo se foi feito ou não foi feito, por isso ou por aquilo” (Entrevistado n° 1)

“Como é que eu faria essa diferenciação? Olha! pela minha experiência o trabalho de equipe ele é sempre um trabalho rico, toda vez que tu pede um laudo de uma pessoa, por exemplo os laudos que temos nos processos, é um psicólogo, um profissional que faz, ou é um assistente social e um laudo social mas se eles fizessem juntos, o olhar seria outro, eu já tive experiência assim, no próprio judiciário, onde o assistente social e o psicólogo trabalhavam juntos e ai tu tinha um laudo psicossocial, e tu tinha um olhar completo, daquela família, daquela criança, é diferente, é mais rico, parece que as pessoas enxergam mais o todo, então no geral, eu acho que eu preferiria uma equipe. E falando em equipe eu acho que outro problema que o CAPS tem, é não ter um psiquiatra infantil, acho que ter um neurologista infantil, um psiquiatra infantil especializado no CAPS, não para trabalhar individualmente, mas exatamente para dar suporte e trabalhar junto com a equipe”. (Entrevista n° 2)

## 5.8 Considerações de Êxito em Casos de Saúde Mental

No último eixo, os entrevistados puderam relatar através das suas vivências no cotidiano profissional, como podem ser percebidos êxitos em casos de saúde mental que chegam a Promotoria, como estes ocorrem e qual o desfecho dos casos para obter sucesso em seus atendimentos. Os resultados apontam, cada entrevistado apresentou perspectivas diferentes aos casos, o qual julgaram ter obtido sucesso final, isso dentro da compreensão e leitura sobre as intervenções em saúde mental. Um dos resultados revela que os casos em que usuários tiveram a combinação da internação, ajuste da medicação, auxílio dos profissionais do CAPS e o apoio familiar, possibilitou uma melhora significativa no comportamento e no retorno as atividades rotineiras, como a convivência familiar e o retorno escolar, assim a alternativa apresentada como intervenção neste caso ficou centrada na medicalização do usuário.

“Olha eu percebo que teve vários casos de êxito, quando por exemplo era um caso com criança, praticamente. A princípio um relatório que eu recebi do conselho que era um menino que a mãe não conseguia levar, um menino de 10 anos. Até que foi uma internação para ajustar a medicação e a partir daí ajustada a medicação, ele começou a aderir e a família conseguiu se organizar e hoje ele está fazendo tudo direitinho. Esse é um exemplo de caso de êxito. E o menino estava assim! Totalmente, fugindo de casa, estava bebendo, fazendo horrores. Imagina com 10 anos de idade, de repente! Se conseguiu colocar um freio em toda a situação. Esse é um caso de muito êxito (...) “Sim foi em conjunto com a família e conversado com os profissionais do CAPS (...) não com o usuário, mas com a mãe do usuário. Esse menino é atendido no CAPSi e participa de um grupo. Ele era um caso assim que não tinha jeito. E depois que ele ficou internado, sei lá quanto tempo ficou. Duas semanas, agora não sei! E depois ele conseguiu se ajustar. Mas foi com a vinda da família dele e um monte de gente para tentar conseguir, porque a mãe ela tinha assim uma demonstração que realmente ela estava interessada em resolver”. (Entrevistado nº 1)

O segundo resultado aponta, um caso de êxito em saúde mental, baseado em suas experiências em outras regiões do interior do Rio Grande do Sul. O relato de um caso onde o uso da medicação foi repensado entre a equipe técnica e psiquiatra do CAPSi, como uma estratégia de intervenção já que a criança não aceitava o uso da mesma. O caso foi considerado com êxito pois a equipe, justificou a promotoria que iria utilizar outras formas de intervenção agregados a atendimentos intensivos ao serviço do CAPSi, obtendo no final um resultado satisfatório pois a criança passou conseguiu restabelecer os vínculos familiares e comunitários e apresentar um bom rendimento escolar. Assim as alternativas de êxito apresentadas neste caso ficaram centradas na



discussão do caso em equipe no serviço com a participação da Promotoria e o replanejamento do plano terapêutico da criança levando em consideração o discurso da criança e da família.

Mas eu acho que um caso de êxito assim, foi logo que foi montado o CAPS infantil, lá em Santo Ângelo, nós tínhamos um adolescente que ele vinha sendo acompanhado pela promotoria e pelo Juizado, quando eu estive lá, ele devia ter uns 8 anos, tinha um irmão gêmeo, tinha uma irmã um pouquinho mais velha que tinha sido vítima de abuso, um processo horrível assim, de abuso e prostituição infantil, então era uma família muito vulnerável, muito difícil, e ele era atendido no CAPS adulto, porque não tinha CAPS infantil e muito medicalizado, e ele não queria tomar os medicamentos, assim, então todas as brigas era porque ele não tomava os medicamentos, era Leandro o nome dele, ele vinha, a gente tentava convencer, eu fazia ação porque o Leandro não tomava o medicamento e o juiz chamava ele. Era um aconselhamento! Por que aquilo não era nenhum processo, porque o que tu ia fazer para aquele menino? Ele não aprendia a ler nem escrever, e a psiquiatra infantil, que entrou no CAPS, quando ela entrou ela começou a trabalhar com ele, um dia ela marcou para conversar comigo. Ela me disse "olha, eu penso que ele não precisa mesmo, se ele resiste tanto a medicação, que a gente pode desmedicalizar ele aos poucos e começar a construir outras coisas e tal", eu disse: "bom", é que tinha ordem judicial porque ele não tomava a medicação, para mãe que desse a medicação, E tudo que tinha e que podia a gente fazia, mas não adiantava. Eu disse, "bom, acho que a gente tem que tentar tudo que é coisa", enfim, eu respeito a tua posição, vamos combinar, depois manda um parecer para agente durante um tempo, nesse tempo a gente espera para ter um resultado. E ele aprendeu a ler e a escrever, ele deixou de se medicalizar porque ele não queria, e as pactuações que o CAPS fazia, as coisas com ele, participava das oficinas, ajudava as outras pessoas. Tu enxergava ele, não acreditava, quando enxergava ele na cidade, arrumadinho, bem limpinho, porque ele era tri agitado, tinha até umas histórias de pequenos furtos. E o CAPS tinha uma linha psicanalítica de trabalho e eles conseguiram, né! (...) até acho que depois ela escreveu um artigo, sobre o caso desse menino. (...)Eles trabalhavam com a Terapeuta Ocupacional trabalhavam com uma pedagoga, tinha uma profissional da psicologia que entendia eles em atividade de grupo e a psiquiatra está a Dra. Mabel, também tinha atendimento toda semana com ele. Tinha uma agenda com ele, até a gente tinha construído, o que ele fazia na segunda, de manhã à tarde, no começo, até que elas estenderam que ele podia ir para escola. Ele foi para um EJA, porque ele já era muito grande, e estava na primeira fase, no primeiro ciclo que eles chamam da series iniciais. Se escolheu uma escola que se considerava adequada para o perfil dele, mas foi bem legal". (Entrevistado n° 2)

É o terceiro resultado apresentado, remete que a falta de retornos dos casos por parte dos serviços de saúde mental, não possibilita ter um acompanhamento dos casos e avaliar o seu êxito, ocorrendo o retorno apenas nos casos de ato infracional que na grande parte é negativo, pois se retorna à promotoria significa que o adolescente novamente cometeu o ato infracional e o encaminhamento realizado não surtiu efeito. Este resultado apontado a respeito do retorno dos casos de sucesso a promotoria, é considerado relevante pois possibilita ter experiências de êxito para repensar futuros encaminhamentos e ampliar o conhecimento sobre as intervenções realizadas pela rede de saúde mental infantil.

(...)Teve alguns casos, e o que me chama mais atenção, o que me recordo, que alguns foram para comunidades terapêuticas, concluíram o tratamento e ficaram como monitores e ai continuam lá como monitores, enfim. Se

agregaram ao serviço e continuam trabalhando(...)tem muita coisa que. Para te dar essa resposta eu precisaria ter o retorno, e o retorno eu não tenho. Não volta esse retorno. Só esses que eu tive esse retorno, porque o processo continuou, e na proteção muitas vezes o processo continua, e tu tem o retorno. No ato Infracional, o processo do ato infracional termina, e como o processo termina, se o menino não voltar a praticar ato infracional, então tu não tem retorno. Se ele voltar a praticar ato infracional, normalmente é porque não surtiu muito efeito, e significa que ele continua envolvido com drogadição. A questão é que estes tu tens o retorno, mas tu tens o retorno porque ele praticou o ato infracional, não o retorno da saúde. "oh, ele funcionou o encaminhamento, está afastado das drogas", (...)é importante até para nós, ter um Feedback, para saber, se foi eficaz assim, tu ter experiência para pensar no encaminhamento de outro. Então fica difícil eu te dar uma resposta mais objetiva. (Entrevistado n° 3)

## 6 – DISCUSSÃO

Para compreender sobre as questões apontadas nesta pesquisa, se faz necessário, a contextualização de aspectos históricos da Política Pública de Saúde Mental e elucidar sobre a Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Saúde Mental, em especial da infância.

O Sistema Único de Saúde (SUS), visa a promoção do direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas. Compreendendo as peculiaridades da saúde no contexto da infância o Estatuto da Criança e do Adolescente reforça esse papel de proteção e prevenção do SUS desde o nascimento até o seu desenvolvimento sadio e harmônico, através do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase as gestantes parturientes, nutrízes, recém-nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos (BRASIL, 1990a),

A Lei Orgânica n° 8.080/1990 e n° 8142/1990 e suas políticas que o SUS, faz referência das responsabilidades sanitárias na promoção do cuidado a crianças, adolescentes e suas famílias. É de responsabilidade do SUS, promover e manter o vínculo da criança e sua família com os serviços de saúde, com o objetivo de propiciar ações de abordagem para a promoção da saúde com relação a amamentação, alimentação complementar, promoção de hábitos de vida saudáveis e vacinação, prevenção de doenças e seus agravos e criação de estratégias através de linhas de cuidado. Assim as políticas de saúde para a infância, se efetivam através de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, que se organizam em eixos estratégicos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido; desenvolvimento integral na primeira infância; prevenção de violências e promoção da

cultura de paz; atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade; prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância; tendo como ordenadoras do cuidado as equipes da Atenção Básica no território.(BRASIL, 2014d)

BRASIL (2014d) menciona que a garantia da promoção e prevenção a saúde na infância deve estar articulada as demais políticas públicas, isso porque os agravos em saúde, na grande maioria decorrerem de comportamentos e hábitos em determinadas situações, pelos riscos de vulnerabilidades sociais a qual a criança e a família podem estar expostas e a situações de violência e adoecimento. Riscos estes que se manifestam nos mais diferentes contextos sociais e de desigualdades oriundas por um processo histórico de exclusão e discriminação, pobreza, falta de acesso à educação, baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição as diversas formas de violência. Manifestações estas que influenciam no acesso a garantia de direitos e as oportunidades e que se relacionam aos cuidados em saúde. (BRASIL, 2014d)

Assim a política pública do SUS norteada pelas suas diretrizes, viabiliza o acesso a outras políticas públicas intersetoriais, a fim de promover o bem-estar físico, mental e social. Com o intuito de ampliar a capacidade de cuidado, buscando através de ações de educação em saúde a sua promoção e prevenção. Para isso ocorrer, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado em redes de atenção à saúde, pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, organizada de acordo com as especificidades de cada região, para que possa atender as necessidades da população.

A noção de saúde adotada no SUS entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações estritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames. Nessa concepção ampliada, entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população. (BRASIL, pág. 21, 2014)

Schneider (2009) aponta que é neste contexto visando a ampliação das ações em saúde, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve investir na produção de novos

modelos de cuidado em saúde mental. Modelos estes que possam investir na produção de subjetividades e novos modos de promoção de saúde que não busque a reprodução da saúde/doença. A partir dos resultados apresentados fica evidente que a RAPS, é fundamental na constituição da rede de proteção infantil e que a sua estruturação de articulação entre campo da saúde mental, auxilia no alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica, com o foco de resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico e a promoção da vida autônoma e comunitária.

(...)A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e, dez anos após, a Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, atualizou a sua regulação. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de oferecer atendimento às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, que justifiquem cuidado intensivo e personalizado, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento de seu vínculo familiar e comunitário, considerando seu território de vida. (SCHNEIDER, 2009)

Assim, Couto (2008), traz a importância de estratégias de gestão para a efetivação de uma Rede Intersetorial Potente<sup>3</sup> na saúde mental infanto-juvenil, para preconizar a articulação entre diferentes serviços. Essa rede pública de atenção à saúde mental infantil, deve possibilitar a realização de ações ampliadas e inclusivas, sendo imprescindível fomentar a participação e inclusão de setores da educação e da atenção básica. Com a efetivação de uma rede potente e ampla as possibilidades de realizações de ações preventivas, de promoção de saúde, e na identificação de casos, podendo reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais.

Para Silva (2013), aponta que essa Rede de Atenção à Saúde, pode ser entendida como:

(...) uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (SILVA, 2013, p.81).

Magalhães (2014), mostra a fragmentação da saúde como uma conjuntura hegemônica, pois esta impossibilita o SUS, a cumprir com os seus princípios

---

<sup>3</sup> Para (COUTO, 2008) Uma Rede Intersetorial Potente é construída através de um sistema de cuidados que preconiza o momento atual da política de saúde mental infantil e juvenil brasileira e tem como componente central a articulação setores.

constitucionais de universalidade e integralidade e igualdade e de promover a descentralização e a participação popular.

Assim, a fragmentação da Rede de Saúde Mental infantil e o não fortalecimento com outros serviços que compõem a rede de cuidado da infância, são um dos principais fatores que levam a desarticulação dos serviços entre si, ocasionando práticas profissionais fragmentadas durante o processo saúde-doença. Nota-se que é essa tendência fragmentadora do cuidado que vem estimulando a medicalização da infância e dificultando a integralidade do cuidado, pois a falta de ações preventivas e de serviços articulados, vem enfraquecendo o “olhar” sobre a saúde mental na infância. Cuidado este essencial e necessário para avaliar e evitar os agravos em saúde mental. São processos desarticulados entre as redes de cuidado que desvaloriza ações que possam ir além da medicalização, não levando em consideração as singularidades do sujeito e buscando na medicalização uma resolução rápida e a padronização do comportamento.

Lamata (2011) ressalta a importância da integração da rede de saúde com o setor social, como resposta as demandas que surgem no cotidiano profissional e com os usuários. A diversidade de demandas obriga os serviços a adaptar suas práticas profissionais na busca por ações mais adequadas e que possibilitem respostas. Assim ações que fomentem adversidade cultural; promoção ou resgate da autonomia pessoal; responsabilidade com a promoção da saúde e utilização responsável dos serviços, são cada vez mais demandas nos serviços de saúde.

Alecrin (2014) aponta que apesar das diferentes demandas e necessidades ações diversificadas nos serviços de saúde, a relevância do papel dos profissionais no que diz respeito aos seus conhecimentos técnicos, e o compromisso com o serviço, remete às questões da formação e educação permanente dos profissionais e, principalmente, do fortalecimento e fixação da força de trabalho em saúde.

De acordo com Política de Educação Permanente em Saúde estabelecida pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, as ações de formação e Educação Permanente no âmbito do SUS são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e práticas consonantes com os desafios cotidianos da atenção em saúde, que se transformam a partir da reestruturação dos serviços em rede, da modificação da cultura e do fortalecimento de propostas de cuidado no território. (BRASIL, 2000b)

Compreendendo o fenômeno da medicalização, neste contexto de fragmentação da rede, Camargo (2005) mostra que a medicalização pode ser compreendida como uma ação fragmentada e reducionista que foca apenas em uma dimensão somática, onde o

corpo é considerado como uma máquina. E suas partes exploradas isoladamente, propondo modelos e diagnósticos de aplicação generalistas, deixando de se preocupar com a singularidade dos sujeitos.

Em Tesser(2009), traz propostas de Merhy (1997) sobre a utilização das categorias de tecnologias leves, leve-duras e duras:

(...)podemos considerar que a medicalização vai desvalorizando os saberes autóctones da cultura e da vida e vai hipertrofiando a importância e o valor das tecnologias duras e leve-duras tanto para interpretação quanto para cuidado profissional e mesmo leigo, desmerecendo as tecnologias leves e as possibilidades interpretativas e de ação centradas nos sujeitos e em suas transformações ante suas vidas e seu contexto, centradas nos sujeitos e em suas ações e transformações ante suas vidas e seu contexto. (TESSER, pág. 16, 2009)

Ainda analisando a medicalização da infância em um contexto social mais amplo, ao percebemos que está se relaciona com a fragmentação do seu cuidado, e que por vez essa fragmentação da rede encontra-se relacionada ao contexto socioeconômico capitalista de mercantilização da saúde, onde as ações de saúde passam a ser valorizadas e redirecionada pela ótica do capital ela perde sua essência de garantia de direito e de cidadania. Isso advém da lógica imposta pelo capitalismo, onde as relações de trabalho são baseadas nas trocas comerciais, com o foco central no lucro. (MARX, 1978)

Trazendo como análise Marx (1978), onde faz uma leitura histórica sobre o indivíduo, é possível compreender como essas relações econômicas determinam a dinâmica de uma sociedade. Assim afirma que não separa o indivíduo da sociedade, isso porque o homem é ser social, marcado pela sua individualidade e pelas condições que essa mesma sociedade o impõem, ao mesmo tempo em que o grupo social é determinado por condições do indivíduo particular. Assim estas condições impostas pela sociedade são marcadas pelas relações sociais de produção do capital, ou seja, vai determinar a maneira como o homem produz sua vida. É essa dinâmica que influencia todas as outras relações sociais, desde o psiquismo humano até mesmo as relações de dentro de uma escola, da família de serviços entre outros. Assim são as formas de produção da vida em determinada sociedade que formam a consciência e a ação dos homens.

A medicalização neste contexto pode ser compreendida, como um reflexo de uma ação fragmentada da sociedade, que foca nos sintomas e considera o corpo uma máquina, assumindo muitas vezes a valorização preponderante da medicalização em

detrimento da vida humana. Além disso, para Foucault (1979), reforça que a dominação do corpo pela medicina, definindo o normal do patológico, nomeando sentimentos e criando “abstrações para este, através de definições e riscos, favorecem a ação medicalizante que serve de medidas populacionais de controle social.

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 corpo que antes de tudo, investiu a sociedade capitalista, o corpo é uma realidade bio-políticas. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, p. 80, 1979)

Savarego (2013), aponta em seu estudo que dados epidemiológicos mostram um aumento no número de crianças que utilizam algum tipo de medicamentos, considerando tal conduta como uma epidemia. Aumento de prescrições de medicamentos estão anulando o que os médicos consideram condutas inadequadas para a infância. A classificação de sintomas, comportamentos e atitudes institui um lugar de patologia e não de normalidade, sem levar em consideração o contexto em que a criança e sua família vivem.

A sociedade brasileira vive um processo crescente de medicalização de todas as esferas da vida. Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e consequentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Muitas vezes, famílias, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm “problemas”, são “disfuncionais”, “não se adaptam”, são “doentes” e são, até mesmo, judicializadas. A aprendizagem e os modos de ser e agir – campos de grande complexidade e diversidade – têm sido alvos preferenciais da medicalização. Cabe destacar que, historicamente, é a partir de insatisfações e questionamentos que se constituem possibilidades de mudança nas formas de ordenação social e de superação de preconceitos e desigualdades. O estigma da “doença” faz uma segunda exclusão dos já excluídos – social, afetiva, educacionalmente – protegida por discursos de inclusão. A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”. No Brasil, a crítica e o enfrentamento dos processos de medicalização ainda são muito incipientes (I Seminário

Internacional de Educação. “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, 2010).

Assim Conrad (2007) complementa as questões apresentadas no I Seminário Internacional de Educação, trazendo que a medicalização diz respeito a um processo em que problemas de ordem não médica, transformando-se em demandas para área médica, apresentando características de doenças e desordens em nível orgânico. Isso ocorre, pois, a busca da sociedade na padronização de comportamentos, não permitindo que o sujeito apresente fragilidades diante dos problemas sociais e familiares expressos através de sentimentos de medo, fracassos, privações, opções de vida, desejos, angústias e contradições, fortalece a busca pela fuga através da medicalização.

Para Cardoso (2014, apud CONRAD, 1992, P. 211), a questão central da medicalização seria:

Medicalização consiste em definir um problema em termos médicos, usar a linguagem para descrevê-lo, adotar um arcabouço conceitual médico para atendê-lo ou usar uma intervenção médica para “trata-lo” (...) Medicalização ocorre quando um modelo ou definição médica é aplicado para entender ou manejar um problema.

Foucault (1979), já trazia que a medicalização se trata de um conjunto de práticas normativas da vida, que atuam sobre e nos indivíduos e corpo social e que acabam sendo reforçadas por diferentes instituições, entre elas citamos: a escola; a família; os serviços entre outros.

O mesmo autor ainda reforça que o uso da medicação na infância é visto pela sociedade como uma forma de neutralizar o sujeito, fazendo que “desvios de comportamento”, sejam tratados pela ótica da medicalização.

Na infância este fenômeno vem crescendo intensamente, pois situações que envolvem vulnerabilidade social, conflitos familiares e dificuldades de aprendizagem, são cada vez mais demandados a rede de atenção à saúde e a própria saúde mental. Assim com o surgimento de demandas diversificadas e a falta de intersetorialidade entre os serviços, provoca a fragmentação do cuidado com o indivíduo, não possibilitando a análise da situação na sua totalidade e a medicalização passa a ser vista como uma alternativa a situação momentânea. Ressalta-se que nesses casos apenas a intervenção através da medicalização, apresenta-se como uma prática paliativa, não promovendo o cuidado, nem possibilita a rede a compreender a principal raiz dos problemas.



Canguilhem, 1990; Caponi, 2003, apontam a necessidade de reformulação do conceito de saúde, sendo este ampliado, levando em consideração oscilações da vida, incluindo a possibilidade de adoecimento e assim a avaliação ser centrada na capacidade de enfrentamento dos problemas.

Diante das dificuldades enfrentadas pela a rede de saúde mental infantil e da precariedade de condições de recursos materiais e falta de recursos humanos vem impossibilitando a intersetorialidade com as demais redes de proteção da infância, e conseqüentemente ocorrendo um cuidado fragmentado, e a procura pelo Judiciário em busca da efetivação e garantia dos direitos tem sido uma porta de entrada para a população ao SUS, bem como espaço para efetivação do cuidado em saúde mental.

No estudo de Assis (2014), salienta que nos últimos anos tem se deparado com a denominada judicialização da saúde, onde o poder judiciário tem tomado decisões, que são de responsabilidade do executivo e estabelecendo condutas sobre esferas que transcendem o papel institucional. Assim, juiz vem determinando desde a aplicação de ações terapêuticas, ou a internação para tratamento conforme indicações médicas e sobre ainda em normativas do SUS.

Assim o mesmo autor, ressalta a importante de que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental, especialmente serviços para a infância e adolescência, devem apresentar ações para suas demandas articuladas com os serviços de saúde do território. O Investimento emoções que incluam, no corpo de suas competências, o trabalho com os demais equipamentos e dispositivos do território, permanentemente construindo a rede. A construção de uma rede articula a ação do cuidado para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território.

Cabe ressaltar que o investimento na intersetorialidade de redes e serviços de saúde mental e de proteção à infância, agregando os diferentes setores, possibilitará a efetivação de fluxos de atendimento para a infância que promova um olhar da totalidade sobre a suas demandas e realidade vivenciada. Assim situações de baixo rendimento escolar, dificuldades no aprendizado e comportamento, por exemplo, poderá ser analisada para além do patológico, da doença e sim para suas singularidades. Evitando que casos como estes cheguem a judicialização por apresentar um olhar de incomodo e anormalidade. Além disso a intersetorialidade entre as redes, possibilita a construções de ações conjuntas que apresentem alternativas que possam ir além da medicalização.

O Ministério da Saúde em 2015 criou um manual de “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”, e este

recomenda alguns pontos a rede para buscar o fortalecimento e a efetivação de trabalho mais articulado, entre eles: A identificação de projetos comuns para o trabalho, incluindo o conhecimento do objeto e também a escolha de objetivos. Tomando como exemplo a temática e a perspectiva proposta neste documento, o projeto seria a construção e o desenvolvimento de ações não medicalizantes de educação e de cuidado em saúde dirigidas a crianças e adolescentes; Eleição e desenvolvimento de instrumentos para o trabalho em equipe, como, por exemplo, reuniões periódicas para organização do trabalho e discussão de casos, compartilhamento de instrumentos de registro, fluxogramas integrados de atividades para os usuários; Reconhecer e mapear os diferentes serviços, instituições, órgãos gestores e grupos comunitários de um território; Convidar para uma reunião de aproximação e proposição de trabalho comum. Estas reuniões podem ser temáticas, com a contemplação de assuntos de interesse comum, ou, se possível, ser organizada a partir da discussão de um ou mais casos já trabalhados ou futuros que envolvam ações dos diferentes parceiros presentes. Trata-se de um tipo de estratégia que pode favorecer a construção da rede, uma vez que a busca para atender as necessidades dos indivíduos funcionaria como fator propulsor. (BRASIL, 2015c)

Portanto os Serviços de Saúde Mental voltados a criança e adolescente, devem investir em ações que os fortaleçam como sujeitos de direitos, obtendo uma noção de singularidade, impedindo a realização de um cuidado homogêneo, massivo mas indiferenciado. Além disso promover discussões e participar nas construções de uma política, que fortaleça as peculiaridades e responsabilidades, representa um grande desafio posto. (ASSIS, 2014)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esta pesquisa, foi possível compreender através da percepção de profissionais do judiciário, Promotores da Vara da Infância e Juventude e da Educação, questões acerca dos processos que vem estimulando um aumento crescente da medicalização na infância.

A medicalização da infância vem sendo um tema muito discutido atualmente na sociedade. Esse tema repercute, pelo aumento significativo de crianças cujo comportamento não corresponde ao esperado pela sociedade e a medicalização surge como uma alternativa de padronização, isso porque a lógica da medicalização busca

causas orgânicas para problemas de diferentes ordens, seja elas emocionais, sociais e até mesmo de aprendizagem. Não levando em consideração a subjetividade de cada indivíduo. Assim processos que fazem parte da vida social, dificuldades, problemas familiares e perdas são reduzidas a uma forma racional e patológica, vista como uma dificuldade de adaptação às normas sociais.

Assim Collares e Moysés, afirmam que a medicalização “acontece, pois segue uma concepção de ciência médica, pois analisa o processo saúde-doença centrado no indivíduo, com o foco em abordagem biológica, organicista”. Contudo percebe-se uma “omissão” por parte da Rede de Proteção à Infância e Famílias, em relação aos problemas de ordem emocional e psicológica da criança, gerando estigmas, atitudes banalizadoras e autoritárias, onde problemas comportamentais são atribuídos a causas orgânicas, sem que seja investigado o real motivo da postura agressiva ou de hiperatividade.

Questões que surgem nos resultados das entrevistas individuais, reforçam a importância da constituição de uma Rede Intersetorial Potente, para a constituição de um sistema de cuidado na infância que preconize os objetivos e diretrizes da Política de Saúde Mental. Para isso o foco deve ser a articulação entre serviços de diferentes setores a socialização e divulgação dos dispositivos de atenção à saúde mental infantil e juvenil e a expansão de diferentes serviços que compõem a rede está rede de cuidado.

Para o enfrentamento da medicalização na infância e juventude, urge maior empenho dos gestores locais e regionais, e da sociedade, em relação aos problemas mentais enfrentados pela população, bem como reconhecer suas causas e seus agravantes e a partir disso investir em na ampliação da rede de cuidado e proteção e na formação para qualificação de trabalhadores na área da saúde mental infantil e para a rede de proteção em geral.

Entende-se que para articular uma Rede Intersetorial Potente, que busquem ações para além da “Medicalização na Infância”, não basta apenas identificar as queixas escolares e da Rede de atendimento a Infância acerca do comportamento e das situações que demandam da saúde mental. Faz-se necessário fomentar a articulação entre os serviços, através de encontros periódicos entre a própria rede a fim de discutir casos, compartilhar experiências e articular ações em conjunto. Outro ponto importante além da rede conhecer e ter mapeado os serviços existentes no território a construção de fluxogramas integrados que possibilitem a construção de atividades conjuntas para os usuários. E por fim e não menos importante, promover a aproximação da rede para que

encaminhamentos não se tornem processos burocráticos, fragmentados e desumanizados, promovendo a responsabilidade, colaboração e compartilhamento do cuidado entre todos.

Portanto, a partir dos resultados evidenciados tem como objetivo promover a discussão acerca de como vem sendo operada a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes, através da ótica da medicalização. Promovendo uma visão crítica dos processos de trabalho da rede, suas intervenções e articulações entre si. É importante promover um olhar para o fenômeno da medicalização, para que ações e práticas entre os serviços da rede possam ser repensadas. A promoção da intersetorialidade entre os serviços torna-se emergente neste processo, para que se destitua a fragmentação da rede e se constituí uma Rede Intersetorial Potente, capaz de dialogar e promover ações de cuidado em saúde mental infantil para além da medicalização.

## REFERÊNCIAS

ADESM, Agência de Desenvolvimento de Santa Maria. **Plano Estratégico de Desenvolvimento de Santa Maria “A Santa Maria que Queremos”**. Editora Pallotti, Santa Maria – RS, (2013): p.24.

ALECRIM. W, DOBASHI. B. **Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. InRevista Divulgação em Saúde para Debate, número 52, Rio de Janeiro, outubro 2014

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ARRUÉ, A. M., et al. **“Crianças/Adolescentes com Necessidades Especiais de Saúde em Centro de Atenção Psicossocial”**. Ver. Enfer.UFSM 3.2 (2013): p.227-237.

ASSIS. J. T, et al. **Política de Saúde Mental no Novo Contexto do Sistema Único de Saúde: Regiões e Redes**. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out 2014.

BAUER. Martin W.; GASKELL. George. **Pesquisa Qualitativa com Texto: Imagem e Som: Um Manual Prático**. Edição 9, Petrópolis, RJ, Vozes, 2011.

BERNARDES, A. **Potências no Campo da Saúde: O Cuidado como Potência Ética, Política e Estética**. In: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.36, p.175-190, jan/jun. 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Declarações das Conferências de Promoção da Saúde**. Brasília, 2000b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília – DF, Seção 1, p. 1-59, 13 de junho de 2013c.

\_\_\_\_\_. **Recomendações de Práticas não Medicalizantes Para Profissionais e Serviços de Educação e Saúde**. 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 d.

COLLARES CA, MOYSÉS MA. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (a patologização da educação)**. São Paulo: FDE; 1994.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 1990.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CAPONI, S. **Saúde como Abertura ao Risco**. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M (Orgs). *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

COUTO, M. Et al. **A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios**. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):390-8

CRASOVES, M.L.R., **O Percurso da Loucura em Santa Maria: Comunidade – Instituição– Sociedade**. *Revista de Saúde Mental Coletiva, Bagé– RS, ano II, n.2, p. 47-50, 2005.*

FOUCAULT M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P.& ILLICH, Ivan. **Diálogo**. In: Seminário *Invitación A Concientizar y Desescolarizar : Conversación permanente*, Genebra, 1974. Atas. Buenos Aires, Búsque da Celadec., 1975.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método II**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Verdade e Método**. Tradução de Flávio Paulo Meurer (revisão da tradução de Enio Paulo Giachini). 7. Ed. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: EDUSF, 2005. (Coleção pensamento humano).

GAUDENZI, P.; ORTEGA. **O Estatuto da Medicalização e as Interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como Ferramentas Conceituais para o Estudo da Desmedicalização**. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.*, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

I Seminário Internacional **A educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e Outros Supostos Transtornos**. (2010). São Paulo/SP. Recuperado em <http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/Default.aspx> de 20 de março de 2010.

LAMATA, C.F. **Atención Sanitaria y Redes de Servicios**. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011. In *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, número 52, Rio de Janeiro, outubro 2014

MAGALHÃES. J. H. M.. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à Integralidade**. In *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, número 52, Rio de Janeiro, outubro 2014

MARX, K. (1984). **A Assim Chamada Acumulação Primitiva**. Em *O Capital: critica da economia política*. trad. Regis Barbosa e Flavio Kothe. vol. 1. Tomo 2. Abril Cultural. São Paulo

MENDES. E. V. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. In *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, número 52, Rio de Janeiro, outubro 2014

MERHY, E. E.; Onocko, R. O. S. P. H. **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. 1997: Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. São Paulo: Vozes (edição digital), 2011.

\_\_\_\_\_; GOMES. Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 28 ed. Petropolis, RJ, Editora Vozes, 2009.

Organização Mundial da Saúde. **Salude mental: Nuevos Conecimientos, Nuevas Esperanzas**. Informe sobre las aludenel mundo Ginebra: OMS, 2001.

PEREIRA, M. E. C. **Kraepelin e a Questão da Manifestação Clínica das Doenças Mentais**. *Ver. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* [online], v.12 n.1, pp. 161-166, 2009.

SCHNEIDER. A.R.S. **A Rede de Atenção em Saúde Mental: A Importância da Interação Entre a Atenção Primária e os Serviços de Saúde Mental**. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde: Importância e Conceitos**. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: Desafios da Regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SAVAREGO, E.A. **Indisciplina x Tdah: Diferenças e Implicações no Processo Ensino-Aprendizagem. Educação, Gestão e Sociedade**. *Revista da Faculdade Eça de Queirós*, ISSN 2179-9636, Ano 3, número 11, agosto de 2013, acessado em <http://www.faceq.edu.br/regs/>

TESSER, C.D. **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. Editora: HUCITEC, ed. 1, São Paulo, 2010.

TURATO, E. R. **Amostragem em Pesquisas Qualitativas: Proposta de Procedimentos para Constatar Saturação Teórica**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2) 389-394, 2011.

ZAMBENEDETTI, G; PERRONE, CM. **O Processo de Construção de Uma Rede de Atenção em Saúde Mental: Desafios e Potencialidades no Processo de Reforma Psiquiátrica**. *Physis* vol.18 no.2 Rio de Janeiro, 2008.





**APÊNDICE**

**APÊNDICE A– ROTEIRO DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL  
COM PROFISSIONAIS DA PROMOTORIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Formação: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Tempo de atuação neste cargo: \_\_\_\_\_  
Tempo de atuação em Santa Maria: \_\_\_\_\_  
Tempo de atuação com criança e adolescente: \_\_\_\_\_  
Possui curso/especialização vinculado a área da saúde: ( ) não ( ) sim, qual?

**ROTEIRO A SER SEGUIDO**

- Como você compreende o funcionamento da rede de saúde mental da infância e adolescência no município? Quais os dispositivos que você utiliza no seu cotidiano?
- Qual a sua compreensão a respeito do trabalho realizado no Capsi?
- De que maneira os casos de saúde mental chegam ao poder judiciário? Como você os identifica? Relate como isso surge no seu cotidiano de trabalho?
- O que você faz quando identifica um caso da SM?
- Existe algum caso que te mobilizou? Como foi a condução do caso? O que aconteceu?
- Quais critérios você utiliza para o encaminhamento dos casos de saúde mental para rede de saúde mental infantil do município?
- De que maneira você compreende e/ou diferencia a avaliação multiprofissional e psiquiátrica. E em qual momento você as acessa?
- Quando você considera êxito dos casos de saúde mental que são encaminhados? Por quê? (citar um exemplo).

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título do projeto:** Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que leva a medicalização na infância.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer

**Residentes Pesquisadoras:** Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

**Telefone e endereço:**(55) 3220.9584, (55) 32209678. Campus UFSM, Prédio 26, 3ºAndar, Sala 1356, localizado na Avenida Roraima, nº 1000, km 3, 97105-970.

**Local da coleta de dados:** Com sujeitos e/ou familiares acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, que passarem pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

Eu Prof. Dra Ana Luiza Ferrer, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DE SANTA MARIA SOBRE PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA** o convido a participar como voluntário deste nosso estudo, tendo como pesquisadoras Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques, residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no sistema público de saúde, sob minha orientação que tem como objetivos: Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos que passaram por internação hospitalar psiquiátrica; Entender a percepção dos profissionais no âmbito do Judiciário, Juízes e Promotores de Justiça da Vara de Infância e Adolescência e Ministério Público, a respeito da medicalização na infância de crianças acompanhadas no CAPSi; Compreender a percepção dos professores que atuam na educação infantil pública, quanto ao processo da medicalização na educação de crianças, acompanhadas no CAPSi.

O estudo justifica-se pelo aumento do número de crianças encaminhadas e/ou que se encontram em tratamento medicamentoso no CAPSi, pela necessidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetorias nos territórios e necessidade da construção de um novo modelo de Saúde mental a partir do uso de psicofármacos. Tendo como objetivo compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Será realizada uma pesquisa de campo, baseada no método da hermenêutica, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevistas individuais para a construção de narrativas para uma análise posterior. Sua participação neste estudo consistirá em responder as perguntas das pesquisadoras acerca dos objetivos supracitados. Suas informações serão gravadas em um gravador digital, para que seja possível lhe dar mais atenção, não precisando anotar. Mas se você preferir, ele não será utilizado. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, poderá ocorrer mobilização emocional, por lembrar fatos do seu cotidiano e da sua vivência. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a situação será minimizada. As pesquisadoras também poderão orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

Os benefícios que esperamos como estudo é que ele irá colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde relacionados à Saúde Mental Infantil e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

---

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores pelos telefones (55) 3220.9584, (55) 32209678 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita. A sua participação não acarretará em ônus ou gratificação financeira. Você tem total garantia de plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Em relação à devolução dos dados, o compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados ocorrerão por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, será realizada uma devolução dos resultados da pesquisa para os participantes por meio de um encontro coletivo ou individual, o qual corresponde ao segundo objetivo proposto pela pesquisa, combinado previamente com você.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Data

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

---

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores pelos telefones (55) 3220.9584, (55) 32209678 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM  
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Título do projeto:** Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que leva a medicalização na infância.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer

**Residentes Pesquisadoras:** Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

**Telefone:** (55) 3220.9584, (55) 32209678

**Coleta de dados:** sujeitos e/ou familiares acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de entrevista individual e de grupo focal, após serão devolvidos por meio de um encontro coletivo ou individual com os participantes. Para tanto, será utilizada uma sala previamente agendada em local acordado com os participantes da pesquisa. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Professora Dra Ana Luiza Ferrer, na Sala de professores e técnicos em educação, andar térreo do prédio 26C. Armário da Profa. Ana Luiza Ferrer, localizada na Avenida Roraima, nº 1000, km 3. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., sob o número.....

Santa Maria, junho de 2015.

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

**ANEXO D – OFÍCIO AO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)**

Sr. Rodrigo Silva Jardim  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS  
Santa Maria/RS

Assunto: Realização de Pesquisa.  
Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, dirijo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa referente ao serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência do município de Santa Maria/RS, que dará origem ao trabalho de conclusão de pós-graduação, o qual faz parte das exigências da Coordenadora do curso de Pós- Graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental em Sistema Público de Saúde, do qual somos alunas pós-graduandas.

O objetivo geral é compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de Santa Maria/RS. A relevância do estudo está no fato do mesmo poder constituir-se em subsídio para os profissionais do serviço de saúde no conhecimento da realidade epidemiológica do território, da avaliação das práticas realizadas e possibilidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetorias.

A abordagem do estudo será uma pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevista individual para a construção de narrativas para uma análise posterior.

Como pesquisadora, assumo o compromisso de, tão logo a pesquisa esteja concluída, retornar os resultados para os participantes e para os gestores municipais.

As atividades acima referidas de coleta de dados serão desenvolvidas no ano de 2015, com início provável para o mês de junho e término em agosto de 2015.

Na certeza do deferimento desse pedido,

Atenciosamente

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

---

Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS

## ANEXO E - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



### CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA ADOLESCÊNCIA- CAPSi

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado **Medicalização da vida: A compreensão da rede de Saúde Mental Infantil de Santa Maria sobre o processo que leva a medicalização na infância**, de autoria das residentes, Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz, Nadianna Rosa Marques, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer, poderá ser desenvolvido junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência- CAPSi "O Equilibrista", mediante aprovação do comitê de Ética e pesquisa com Seres Humanos – CEP da UFSM.

A pesquisa tem por objetivos **Compreender a percepção dos usuários acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos e/ou familiares que passaram por internação hospitalar psiquiátrica**, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública a respeito do processo de medicalização de crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi;

Os participantes do estudo serão os sujeitos acompanhados pelo CAPSi que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública. A coleta de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas as quais serão gravadas em áudio.

**Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.**

O retorno dos dados coletados será oportunizado em encontros coletivos ou individuais, dependendo de sua disponibilidade, e combinados previamente.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora e pelas residentes, através dos contatos: (55) 3220.9584, (55) 32209678

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, maio de 2015.

---

Marta Lisandra Machado  
Coordenadora do CAPSi- "O Equilibrista"