

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Lauren Elaine Baptista Oliveira

**O SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O
REFLEXO SOCIAL POR TRÁS DAS MARCAS**

Santa Maria, RS
2019

Lauren Elaine Baptista Oliveira

**O SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O REFLEXO
SOCIAL POR TRÁS DAS MARCAS**

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Goerck

Santa Maria, RS
2019

Lauren Elaine Baptista Oliveira

**O SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O REFLEXO
SOCIAL POR TRÁS DAS MARCAS**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Goerck

Santa Maria, RS
2019

Lauren Elaine Baptista Oliveira

O SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O REFLEXO SOCIAL POR TRÁS DAS MARCAS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Aprovado em 03 de dezembro de 2019

Caroline Goerck, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Fabio Jardel Gaviraghi, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de muito empenho e dedicação, e chegou a hora de agradecer aqueles que fizeram parte desse processo. Foi um caminho árduo até chegar aqui, um misto de sentimentos me invadia a cada vez que sentava para elaborar este trabalho. Por isso começo agradecendo a Deus, ou melhor dizendo, a essa energia indecifrável que permeia a todos, onipresente, onipotente e onisciente que nos fortalece em momentos difíceis e nos guia pelo melhor caminho.

Aos meus pais, eu devo a vida, sem eles jamais teria chegado até aqui. Todas as dificuldades que enfrentamos fizeram eu ser quem sou hoje. Gratidão por abdicarem de suas vidas para nos darem a melhor educação que podiam.

Agradeço a minha mãe, mulher frágil e ao mesmo tempo forte, a pessoa que sempre confiou em mim mesmo quando nem eu mesma acreditava que conseguiria. Gratidão a minha irmã Lenise, que em vários momentos desse trabalho me socorreu com orientação, me incentivando a seguir em frente, por ser essa pessoa tão doce e tão corajosa que me inspira e me dá orgulho.

Durante a graduação infelizmente perdi uma das pessoas que mais amava nesse mundo, minha referência de bons princípios, de honestidade e humildade, meu pai, ele que me ensinou a ter resiliência nos momentos de dificuldade e a tirar o que há de melhor de cada pessoa e situação. Este trabalho tem muito da essência dele.

Gratidão imensa ao meu amor Witor, por ser o homem mais especial que conheci nessa vida, por ter me incentivado e me ajudado em todos os sentidos. Não cabe aqui em palavras o que você significou e fez por mim, durante esses cinco anos de graduação. Mais do que palavras...

As minhas gatinhas Luna e Laila, que foram essenciais para a minha saúde mental nesse processo. Por todos os dias que chegava de noite em casa e me esperavam com todo amor e carinho. Só quem já conviveu com um animal de estimação sabe o poder que eles têm de nos fortalecer.

Ao meu amigo e colega Igor, aqui vai meu agradecimento especial. Nossa amizade surgiu com o estágio e se fortaleceu tanto que hoje em dia não sei mais viver sem. Foi meu ombro amigo no processo de estágio, escrita do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e quero levar essa amizade para a vida. Acredito muito no teu sucesso profissional.

As minhas amigas e amigos, em especial a Aline, Andressa, ao Fran, Karine, Paulinha e Val, meu muito obrigada pela amizade, por me apoiarem, por compreenderem cada vez que negava em sair para ficar estudando e/ou escrevendo, por toda a energia emanada para que esse sonho desse certo, gratidão!

Aos meus amigos e colegas de trabalho que direta e indiretamente me ajudaram e me incentivaram, meu muito obrigada!

Aos meus afilhados Luiz Henrique, Laura, Heitor e Conrado, os quais por vezes, fui muito ausente, saibam que amo muito vocês.

A minha cunhada Aline e prima Larissa, por todo incentivo e compreensão.

A esta instituição tão imponente e que tenho orgulho de fazer parte.

Aos meus professores e aos orientadores que passei, minha gratidão por toda a dedicação. Agradeço em especial a professora Caroline por todo o carinho e auxílio durante o curso e a construção desse trabalho, e a Professora Ana, que esteve acompanhando boa parte da construção teórica desse TCC, por todo o empenho e dedicação que teve comigo, você foi impecável.

O Serviço Social me transformou enquanto ser humano, não sou mais a mesma de quando entrei, meu jeito de ver o mundo, de conhecer o outro e compreender a beleza em nossas diferenças e, a isso, serei sempre grata.

“Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades”.
Gilberto Freyre

RESUMO

O SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O REFLEXO SOCIAL POR TRÁS DAS MARCAS

AUTORA: Lauren Elaine Baptista Oliveira
ORIENTADORA: Dra. Caroline Goerck

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se constitui do relato de experiência da intervenção realizada, a partir do estágio curricular obrigatório, ocorrido no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – O Equilibrista, no município de Santa Maria/RS. O trabalho visa abordar sobre questões que levam os adolescentes a extravasar seus sentimentos e angústias por meio da automutilação. As situações que desencadeiam a agressão para consigo mesmos nem sempre são questões patológicas, podem ser questões que perpassam o social. Para tanto, este trabalho fará um apanhado histórico da saúde mental até os dias atuais, discorrerá sobre a profissão do assistente social identificando seu objeto de trabalho, justificando assim a importância desse profissional em atuar nessa questão. Este estudo pretende especialmente, apresentar uma experiência de atuação profissional do Serviço Social no território, através das escolas, em que foram levadas informações sobre saúde mental, tencionando as questões que envolvem a automutilação, com o objetivo de ampliar o conhecimento desses adolescentes, promover diálogos sobre as questões da adolescência, prevenir adoecimentos efetivando assim a promoção da vida. Pela pouca informação que existe sobre esse tema da automutilação na adolescência em um viés social, e a gravidade e aumento de casos que chegam aos serviços, fica latente a importância de discutir e conhecer mais sobre as razões e a importância do assistente social frente a essa demanda.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Automutilação na Adolescência.

ABSTRACT

SOCIAL WORK AND SELF-MUTILATION IN TEENAGERS: THE SOCIAL REFLECTION BEHIND BRANDS.

AUTHOR: Lauren Elaine Baptista Oliveira

ADVISOR: Dra. Caroline Goerck

The present Course Conclusion Work consists of the experience report of the intervention, made from the required curricular internship, which took place at the Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – O Equilibrista, in the city of Santa Maria/RS. The work aims to address issues that lead teenagers to vent their feelings and anxieties through self-mutilation. Situations that trigger aggression towards themselves are not always pathological issues, they may be issues that permeate the social. For that reason this task has carried out a history of mental health to the present day, discussing a profession of social worker, identifying its object of work, thus justifying the importance of this professional in practicing this issue. This study aims, in particular, to present an experience of professional work of the Social Work in the territory, through schools, where information about mental health was taken, intending the issues that involve self-mutilation, with the objective of expanding the knowledge of these teenagers, promoting dialogues. on the issues of adolescence, prevent illnesses thus effecting the promotion of life. Due to the little information that exists on this subject of adolescent self-mutilation in a social bias, and the severity and increase of cases that come to the services, the importance of discussing and knowing more about the reasons and the importance of the social worker in face of this issue is latent. demand.

Keywords: Social work - Mental Health - Adolescent self-harm.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Resposta à pergunta: Na sua opinião, a escola dialoga sobre saúde mental?.....	39
Figura 2 – Resposta à pergunta: Você já se sentiu isolado na escola ou em outro grupo social? Se sim, em qual?.....	41
Figura 3 – Resposta à pergunta: Se você estivesse passando por alguma situação ruim, com quem você conversaria?.....	42
Figura 4 – Resposta à pergunta: Em algum momento você já pensou em se autoagredir?.....	43
Figura 5 – Resposta à pergunta: Qual é/foi a recorrência dos pensamentos e ou ato de automutilação.....	44
Figura 6 – Resposta à pergunta: Quanto tempo faz que pensa em se automutilar ou infringe o ato?.....	45
Figura 7 – Resposta à pergunta: Deixe o seu comentário do que você achou deste projeto. Sugestões, críticas e elogios são bem-vindos.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
COI	Centro de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CVV	Centro de Valorização da Vida
FICAI	Ficha de Comunicação de Aluno Infrequente
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PRAEM	Programa de Atendimento Especializado Municipal
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 – HISTÓRIA E REFLEXÃO: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	15
1.1 REPASSE HISTÓRICO DA LOUCURA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL..	15
1.2 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	20
2 – SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO	27
2.1 – O SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	27
2.2 - AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	33
3 – CAPSi – O EQUILIBRISTA E O PROJETO DE INTERVENÇÃO TECENDO REDES	39
3.1 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – O EQUILIBRISTA.....	39
3.2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO TECENDO REDES: AÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA UM ADOLESCER SAUDÁVEL	43
4 - VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL	48
4.1 – SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA	48
4.2 – DESAFIOS E POSSIBILIDADES	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	13

INTRODUÇÃO

Este estudo consiste no Trabalho de Conclusão de Curso, do Serviço Social bacharelado da Universidade Federal de Santa Maria. O presente trabalho foi elaborado a partir da experiência do estágio curricular obrigatório na área da saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – O Equilibrista, no município de Santa Maria/RS, e da execução do projeto de intervenção realizado por esse CAPSi, no território.

No período de estágio obrigatório, pôde-se observar vários casos recebidos pelo serviço que não se enquadravam como patológicos, mas sim sociais, sendo que uma das questões que chamou a atenção foi o alto índice de casos de adolescentes que se automutilavam. Ao serem realizados acolhimentos com esses jovens, percebia-se que as autoagressões estavam associadas a situações mal compreendidas do cotidiano desses usuários, como baixa autoestima, *bullying*, questões de gênero, conflitos familiares, entre outros.

As questões de automutilação¹ não se encontravam apenas no CAPSi, mas perpassavam outros setores da rede de atenção psicossocial e também as escolas, as quais em reuniões com a equipe do CAPSi, relatavam a preocupação com o aumento de casos e dificuldade de manejo da situação.

A partir desse contexto, foi pensado então na realização de intervenções no território desses adolescentes, no sentido de fortalecê-los enquanto grupo social, e de divulgar os serviços de saúde mental do município como ferramentas de apoio as questões de cunho emocionais e psicológicos, bem como de prevenção e conscientização dos demais adolescentes.

A escolha de realizar a intervenção no território através das escolas, se deu por ser o espaço onde mais se concentra os adolescentes, além de que o CAPSi já faz o trabalho de apoio matricial nas escolas, quando chamado, momentos esses, que pode ser percebido o sentimento de impotência dos atores escolares frente a quantidade de demandas distintas recebidas por essas instituições e a falta de preparo dos profissionais para atendê-las, tendo em vista a carência de qualificação nestes aspectos sociais.

¹ Existem várias nomenclaturas utilizadas na literatura científica para tratar do assunto além do nome automutilação. Pode ser identificado o como autolesão, autolesão não suicida, autoagressão, escarificação, *cutting*, lesão autoprovocada, entre outros.

Trabalhar intersetorialmente e no território é conectar as demandas, que são as mesmas, mas que por vezes ficam fragmentadas por políticas desconexas. O aluno chega na escola com marcas de automutilação, a escola trabalha da maneira que pode com aquela situação, a família percebe ou é informada pela escola que o leva ao posto de saúde, lá é encaminhado para o CAPS, e se esse serviço não trabalhar com a intersetorialidade, com a rede e no território, acaba que atuamos só na doença, e não no usuário de forma integral, logo os setores precisam estar conectados. Carvalho ressalta essa importância da conexão dos serviços, destacando que:

Não é possível mais pensar, por exemplo, a escola como única agência de produção de conhecimentos e de aprendizagem. A escola é espaço fundamental, imprescindível e de direito do cidadão para acessar o conhecimento, a cultura e a riqueza societária. Porém a escola isolada e só não dá conta da tarefa formativa delegada a ela; deve reconhecer e articular os demais espaços de aprendizagem. É preciso que todos os municípios e organizações do bairro e da cidade se percebam aliados, partilhando da tarefa de educar e apoiar um processo extensivo e denso de aprendizagem. (CARVALHO, 2015, p. 49).

O Serviço Social, com sua capacidade crítica e reflexiva própria da formação profissional, tem a expertise de trabalhar com esses tipos de situações e intervir para além do que está posto, o que se tratando da automutilação é essencial, pois geralmente as causas que levam a esse comportamento de se autoagredir, estão associadas ao objeto de trabalho do assistente social, que são as expressões da questão social.

O interesse em desenvolver o estudo com a temática em questão, se deu em virtude das várias situações deflagradas no campo de estágio e território sobre a automutilação na adolescência, e a pouca informação científica produzida para atuação nesse tema, além da falta de produção do Serviço Social nessa questão que perpassa intrinsecamente o objeto de trabalho da profissão.

A adolescência é uma fase transitória, na qual o indivíduo se reinventa, experimenta, aprende, e vive intensamente a vida. Essa fase de transição pode se revelar para muitos de forma cruel, e eventualmente, artifícios para passar por essas situações são criados como forma de extravasar.

A automutilação não é a causa, mas sim a consequência de algo que não está bem, é a manifestação de um sentimento ou situação que não sabem como lidar. Compreender essa expressão, é o primeiro passo para que se possa atuar nela.

O objetivo central deste estudo é apresentar uma experiência de atuação profissional do Serviço Social no território, através das escolas, e intersetorialmente abrangendo saúde mental e educação, em que o propósito de trabalho é atuar sobre as expressões da automutilação na adolescência.

O trabalho foi estruturado em quatro capítulos, no primeiro capítulo será trazida a história da saúde mental até os dias de hoje. No segundo, será explicitado o porquê de a automutilação ser objeto de trabalho do Serviço Social, sendo discorrido no segundo momento sobre o tema da automutilação na adolescência. O terceiro capítulo retrata o CAPSi, onde foi realizado o estágio, e a construção do projeto de intervenção. Para o último capítulo, é relatado a experiência da intervenção nas escolas e as reflexões sobre esse trabalho.

O tema automutilação na adolescência e a atuação do Serviço Social nesse âmbito é, portanto, de relevância para a academia, para a profissão e para a sociedade, visto que é uma situação emergente e que cresce exponencialmente. Dessa forma, promover diálogos sobre as questões da adolescência, é prevenir adoecimentos, é promover a saúde mental, efetivando assim a promoção da vida.

1 – HISTÓRIA E REFLEXÃO: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo apresenta um repasse histórico desde os primórdios da loucura até o contexto atual da saúde mental, identificando o “lugar” em que as pessoas em sofrimento psíquico foram inseridas historicamente e como são vistas na atualidade.

Busca nos dois capítulos fazer uma comparação com as formas de tratamento utilizadas antigamente e as de agora pós reforma psiquiátrica. A forma de tratamento de outrora e a crítica a ele, constituem a base das reflexões que estimularam a busca de um novo modelo assistencial personificado na atualidade, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.1 REPASSE HISTÓRICO DA LOUCURA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A história da loucura esteve sempre numa linha tênue no imaginário popular entre o romantismo da loucura, daquelas pessoas extremamente sábias e geniais, e o perigo dela, das pessoas descontroladas e perigosas para a sociedade. A loucura passou a ser campo para a medicina a partir da psiquiatria, quando foi patologizada as pessoas que eram diferentes da maioria.

Batista (2014) relata que os estudos de Michel Foucault trazem que a exclusão social inicia no século XV com os leprosários, que eram locais onde abrigavam pessoas diagnosticadas com lepra (hanseníase), eram locais extremamente desumanos que serviam mais para separar aquelas pessoas da sociedade, com o passar do tempo e o esvaziamento desses locais pela contenção da doença, esses lugares serviram como abrigo para pessoas diagnosticadas com doenças venéreas, que na época não tinha-se cura, assim como as estranhas para a sociedade como bruxos, mendigos e as pessoas com transtornos mentais, chamadas de loucos. Os loucos da época, viviam em conjunto na sociedade, por vezes retratados nas peças artísticas, mas outros, os “mais esquisitos”, eram marginalizados, sendo colocados em navios e enviados para o exílio em ilhas desertas, esse episódio ficou conhecido na nossa história como a nau dos loucos.

Enquanto a ciência não tinha respostas para o que era a loucura, a religião imperava os associando ao demônio, as trevas, considerando essas pessoas como

hereges, e assim os maltratando, os deixando passar fome, frio, sede, até os queimando na fogueira. Com o período do renascimento, a natureza divina dá lugar a razão, e os loucos ganham o *status* da desrazão, vistos como pessoas perigosas para a sociedade pois transgrediam as normas e leis da época. No Século XVII, com o mercantilismo e a ideia do lucro, todos aqueles que não produziam para a sociedade eram marginalizados, separando-os como improdutivos, e o louco mais uma vez fez parte dos excluídos.

No Século XVIII surge a figura de Philippe Pinel, que lança uma nova forma de olhar para a loucura, esta como alienação mental, que precisa de tratamento e não aprisionamento e exclusão da forma como até então se tinha. Seu método consistia ao que conhecemos como manicômios, a alienação mental passou a integrar objeto de estudo da medicina. Pinel é conhecido como o pai da psiquiatria, seu tratamento consistia em tira-los de prisões e confinamentos e reeduca-los com firmeza e de forma corretiva. Para Pinel o principal meio de cura era o isolamento e o trabalho, os diagnosticados como doentes mentais trabalhavam nesses manicômios ao tempo que eram tratados. Segundo Batista (2014), o tratamento de Pinel consistia em banhos de água fria e camisa de força, o que internalizava a ideia de julgamento e punição entre os doentes.

No Brasil, a loucura também fazia parte da sociedade, e seu isolamento era feito nos porões das santas casas de misericórdia, e nas prisões públicas. Para os médicos essa segregação não tinha um tratamento satisfatório, e então começaram a pressionar para a criação de um instrumento específico para o tratamento dos loucos, que foram os hospícios. O primeiro hospício no Brasil foi criado, no Rio de Janeiro, em 1852, chamado de hospício Pedro II. Neste local, o tratamento tinha cunho religioso, com vinculação administrativa à Santa Casa, após esta instituição foram criadas outras em diversos estados. Com a República, a loucura foi desvinculada da religião, e colocada no discurso científico, através da psiquiatria. Batista (2014) traz, que as duas justificativas para o isolamento nessas instituições eram em relação as causas das doenças, se tinha o medo de que fossem transmitidas para a família, e a segunda era pela intervenção terapêutica, não haveria tratamento se não pelo isolamento. A partir desse contexto, no século XX surgem em diversos países as ideias de reformas dos modelos até então utilizados, como relata Batista:

Os hospitais psiquiátricos, caracterizados pelas internações em tempo integral e de longa duração, chegam à década de 50 do século XX superlotados, com funcionários insuficientes para atender à demanda e como alvos de denúncias de maus tratos. As críticas a esse modelo acabam por alavancar reformas no setor e nesse sentido dois grupos distintos ganham proeminência: a) os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França) e outros que propunham estender a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria comunitária); e b) os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia (BATISTA, 2014 p. 397).

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana que é considerado por militantes da área e pesquisadores brasileiros como o berço da reforma psiquiátrica, inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia no período de 1961 a 1968.

Com o trabalho nesta instituição, utilizando algumas contribuições do modelo das Comunidades Terapêuticas, é percebido que o Manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, deve ser combatido, negado, superado e questionadas as suas finalidades num contexto mais geral das instituições sociais (BASAGLIA apud AMARANTE, 1992). A partir 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico em Trieste e então dá-se início a um projeto concreto de desinstitucionalização, que constrói como principal objetivo a desconstrução da lógica manicomial, assim como de toda segregação que lhe é implícita.

Basaglia transforma a psiquiatria para outro patamar, sua ideia era a desconstrução não só dos manicômios, mas também de todo o saber que até então foi constituído. Para ele a família, a escola e os manicômios eram concebedores de violência às pessoas com transtorno mental, a família pela autoridade repressiva, a escola, pois se baseava em discursos de ameaças e os manicômios por destruir o doente mental (BASAGLIA apud BATISTA 2014). Outra questão que Basaglia discutia muito, era sobre a diferença do diagnóstico e tratamento dados aos pobres e aos ricos. Estes tinham um tratamento com maior cuidado, facilitando sua reinserção na sociedade, já os pobres eram largados no hospital psiquiátrico, muitas vezes vítimas de violência. Para ele ficava claro a distinção sobre aqueles que eram ou não aceitos na sociedade.

Se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar “doença entre parênteses” para que fosse possível se ocupar direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece (AMARANTE, 2008 p.66).

A partir de 1978, no Brasil, surge o Movimento de Trabalhadores em saúde mental, atrelado a reforma sanitária, que movido pelas ideias de Basaglia, propõe a reforma psiquiátrica. O período de ditadura militar acalorou essa discussão devido a quantidade de hospitais particulares que se insurgiam na época, de modelo manicomial e biomédico, o que já estava sendo desconstruído em outros países.

Com referência ao Serviço Social, este foi um dos profissionais que se juntaram a essa luta, os assistentes sociais já estavam trabalhando na saúde mental desde os anos de 1940, quando sua atuação era voltada mais para a caridade e a igreja católica.

Cabe salientar como se deu a inserção dos assistentes sociais, no âmbito da saúde mental. Segundo Vasconcelos (2010), as primeiras práticas dos assistentes sociais, na saúde mental, se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ), no ano de 1946. Essas práticas possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que predominavam abordagens higienistas e clientelistas.

Na década de 50, a atuação dos assistentes sociais foi inserida nos hospitais psiquiátricos, mas de forma extremamente submissa, do ponto de vista da medicina. Na época, a hierarquia dos médicos em relação ao profissional de Serviço Social era de subordinação, de fazer subalterno, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2010).

Na década de 70, os movimentos para modificação na área da saúde mental se insurgiam, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica, era quem organizava a mobilização para a transformação do modelo biomédico.

O Serviço Social participa do movimento da reforma psiquiátrica, em um momento bastante importante para a profissão, que foi pouco depois do Movimento de Reconceituação, em que o perfil do Serviço Social, a partir da visão marxista, passa a ter seu foco voltado ao modelo dialético-crítico. A respeito desse movimento, Silva destaca:

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, a partir da perspectiva hegemônica, no contexto da América Latina, impõe aos assistentes sociais a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem à profissão, calcado no atrelamento às demandas e interesses institucionais, e coloca como exigência a necessidade de construção de uma nova proposta de ação profissional, tendo em vista as demandas e os interesses dos setores populares que constituem majoritariamente, a clientela do Serviço Social. A construção dessa nova proposta supõe todo um processo de discussão e revisão crítica, em nível teórico-metodológico, no sentido de fomentar uma ação articulada com as lutas dos segmentos populares, tendo como perspectiva a transformação social (SILVA, 2011 p. 72).

Contudo Bisneto (2007) salienta, que nesse período de grandes transformações, a relação do Serviço Social com a saúde mental, não foram bem selados. A saúde mental não aprofundou temáticas ligadas a questões da pobreza como era defendido pelo movimento de reconceituação, e nem o Serviço Social buscou adentrar nas questões individuais e de subjetividade.

Apesar disso, o Serviço Social vinha em um movimento muito propício para unir esforços com o movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, ele deixa para traz seu legado de conservadorismo, e percebe a necessidade de se posicionar junto a classe trabalhadora, a qual está o objeto de trabalho da profissão que são as expressões da questão social.

O movimento da reforma psiquiátrica vinha a contestar as formas de tratamento utilizadas até então, denunciando alguns tipos de atividades que ainda existiam em alguns manicômios que se assemelhavam aos séculos anteriores em relação a desumanidade. Esse movimento é identificado como um processo político e social complexo, no qual compunham esse movimento diversos seguimentos como as instituições, movimentos sociais, usuários, comunidade e profissionais, todos interagindo com o objetivo de realizar transformações de práticas e saberes na saúde mental.

A jornalista Daniela Arbex denuncia, em seu livro, Holocausto Brasileiro, publicado em 2013, que entre os anos de 1960 e 1970, haviam várias pessoas sem nenhum diagnóstico de doença que eram levadas ao Hospital de Barbacena, em Minas Gerais, através das linhas ferroviárias e que lá eram tratadas com desumanidade, por serem consideradas à margem da sociedade, como homossexuais, prostitutas, pessoas em situação de rua, entre outros casos. Estima-

se que houve mais de 60 mil mortes com comercialização dos corpos às faculdades de medicina pelo país.

O propósito do movimento pela reforma psiquiátrica era a desinstitucionalização da psiquiatria, com a ideia de humanização, em espaços de tratamento aberto, através dos centros de atenção psicossocial. Esses movimentos ocorreram em conferências, debates e congressos na área da saúde mental, com diversos profissionais da área da saúde, com estudantes, usuários e familiares de usuários do serviço.

No Brasil, o primeiro CAPS surgiu em 1987, na cidade de São Paulo. Em Santos (SP) também foi criado neste período Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residenciais para os egressos do hospital e associações. Essa experiência em Santos, se tornou marco do processo de reforma psiquiátrica, mostrando a possibilidade de execução, no restante do país (BRASIL, 2005). Em 1988, com a Constituição Federal, surge o SUS (sistema único de saúde), e com ele uma forma de atendimento humanizado para toda a população brasileira, sem distinção.

Com essas importantes transformações na área da saúde, em 1989 o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional ao projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Essa lei foi sancionada apenas em 2001, nesse ano também houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual o SUS sancionou como política oficial a reforma psiquiátrica, e os CAPS como papel estratégico para a mudança do modelo (BATISTA 2014).

Os CAPS são instrumentos estratégicos para a saúde mental, que visam sempre a saúde do usuário, e sua inclusão na sociedade, eles são territoriais, priorizam o atendimento humanizado, e que toda a comunidade participe do tratamento, demonstrando assim, um novo olhar que até então nunca se viu na história da loucura.

1.2 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é uma instituição de serviço público, aberta e comunitária, que se expandiu a partir da Lei 10.216/01, conhecida também

como a lei da reforma psiquiátrica. Os CAPS atendem pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses de severidade grave e/ou persistente.

Os CAPS estão abarcados no Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Lei 8.080/1990 que tem como princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, um novo modelo assistencial que está pautado na integralidade e equidade.

A lógica de atendimento nos CAPS é diferente dos hospitais psiquiátricos de outrora, os CAPS visam romper com a visão biomédica de medicalização e focalização da doença, para enxergar o usuário como um todo, tanto suas condições biológicas e psíquicas quanto sociais. Os CAPS aspiram promover a autonomia de seus usuários, os percebendo como sujeitos singulares, incentivando o protagonismo no seu tratamento e no território.

A Portaria nº 336/GM, de 2002, é a que define as modalidades de CAPS e suas tipificações, que são subdivididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad e CAPS ad III, que se estabelecem da seguinte forma:

- CAPS I: destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e/ou persistentes para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, os atendimentos se dão de segunda a sexta-feira, das 8h às 18 horas;
- CAPS II: Atende municípios com população de 70.000 a 200.000 habitantes, com atendimento diário a adultos com transtornos mentais graves e/ou persistentes. O funcionamento se dá de segunda a sexta-feira, das 8h às 18 horas;
- CAPS III: Para municípios com mais de 200.000 habitantes, destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e/ou persistentes. Funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana, inclusive aos feriados, oferecendo o acolhimento noturno;
- CAPS AD: Destinado a populações acima de 70.000 habitantes. Atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Atende adolescentes e adultos de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, podendo comportar um turno até às 21 horas;

- CAPS AD III: Atende adolescentes e adultos com necessidades de cuidados clínicos contínuos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso, com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. Indicado para municípios acima de 200.000 habitantes;
- CAPSi: Serviço de atenção psicossocial destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou persistentes constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Os atendimentos são diários de segunda a sexta-feira, das 8h às 18 horas, podendo se estender para um terceiro turno até às 21 horas.

As seis modalidades de CAPS definidos por porte, complexidade e abrangência populacional, devem estar capacitadas para atender como porta aberta, abrangendo o território. Deverão prestar atendimentos em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Conforme o Manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2004, o acolhimento noturno executado nos CAPS III e eventualmente nos CAPS ad e CAPSi, são entendidos como mais um recurso terapêutico, que visa proporcionar a atenção integral aos usuários dos CAPS, evitando assim as internações psiquiátricas. Objetiva atender aos usuários que já estão em algum projeto terapêutico vinculado, e é utilizado em situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem.

Importante destacar a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, dentro dela encontra-se articulada a rede de atendimento aos usuários da saúde mental:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas a promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (PORTARIA RAPS nº 3.088/2011).

Os componentes da RAPS são divididos em atenção básica de saúde, atenção psicossocial especializada onde se concentra os CAPS, atenção de urgência e emergência, atenção residual de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de institucionalização e reabilitação psicossocial.

Em ambas as portarias, tanto da RAPS quanto dos CAPS, trazem o trabalho intersetorial e no território como perspectivas de funcionamento do serviço. Abaixo destaca-se o que diz na Portaria do CAPS, a qual dentre as suas subdivisões, salienta-se o CAPSi na utilização dos termos:

4.4.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui as seguintes atividades:

F – atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

G – desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (PORTARIA CAPS nº 336/2002).

Com a reforma psiquiátrica e a expansão paulatina dos CAPS, os conceitos de territorialidade e intersetorialidade ganharam destaque na nova maneira de tratar a saúde mental. Nesse cenário, a territorialização diz respeito ao usuário poder encontrar atendimento especializado de um CAPS na região em que mora, ou seja, ter o seu atendimento próximo a sua casa, possibilitando uma adesão ao tratamento, sem o afastamento da sociedade, da sua casa, e da sua família (AMARANTE, 2008).

A intersetorialidade é a complementação da territorialidade. Segundo Amarante (2008), a intersetorialidade aparece como estratégia para que a política de saúde mental exerça os seus princípios e finalidades, abdique das ideias de setorização e parta para a articulação com outras políticas públicas criando vínculos, pois as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma tessitura de áreas convergentes, de trajetórias de cooperação.

Intersetorialidade significa dizer que o usuário pode perpassar não só o espaço do CAPS, mas todos os espaços de saúde, incluindo os outros setores da sociedade como a assistência, educação entre outros, que são fundamentais para integralizar o sujeito na sociedade.

Lima (2015) destaca, em caráter de análise, as transformações dos serviços de saúde mental, ao longo da história, e o lugar que os CAPS ocupam na rede de atenção em saúde mental. Na Portaria nº 336/GM, de 2002, o CAPS se apresenta como

principal organizador da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito dos territórios. Na Portaria da RAPS GM/MS nº 3.088/2011, o CAPS permanece tendo esta responsabilidade, entretanto compartilhando a atenção com outros “pontos de atenção” em saúde mental.

A percepção do lugar do CAPS como de destaque na saúde mental, sendo ele a porta de entrada às demandas, é consideravelmente relevante, tendo em vista o processo histórico da saúde mental. Desse modo, percebe-se que a reforma psiquiátrica foi eficaz nas suas lutas, obviamente que a saúde mental necessita ainda de avanços, muito também na organização da rede, de fazer com que as leis e portarias se constituam no cotidiano da realidade, mas termos documentos que respaldem a importância do caráter destes serviços já é uma vitória para a população usuária e para todos os profissionais envolvidos.

Lima (2015) ainda ressalta, que os CAPS reinventaram o local do cuidado, as formas de atenção e o lugar do “paciente” como usuário dos serviços – sujeitos de direitos. Portanto, é caracterizado como um serviço que objetiva a ampliação do protagonismo dos usuários.

Usuários e familiares não são mais sujeitos passivos no tratamento, mas tornam-se ativos através das assembleias, grupos de familiares e eventos festivos, têm “voz ativa” e são ouvidos no tratamento. Os CAPS exercem a clínica ampliada, através dessa lógica de atuação, a qual estimula a participação social dos usuários e familiares, além de contribuir com o cuidado no cotidiano em liberdade, não sendo mais privados como nos manicômios. Além dos usuários exercerem protagonismo nos seus tratamentos, o cuidado com o sujeito é singular, cada um é visto através de suas especificidades e não olhando apenas para a doença, mas para a integralidade do usuário.

Ao encontro a concepção de tratamento na ótica integral do usuário, é realizado o Plano Terapêutico Singular (PTS), produzido de forma conjunta pela equipe multiprofissional e os usuários, ele não se restringe aos indivíduos, podendo ser pensado para um grupo ou familiares, mas de forma diferenciada para cada um. A ideia do PTS não é de enxergar o indivíduo pela sua doença, mas ver cada um na sua singularidade e a partir de aí montar um plano de tratamento que possa então trazer resultados.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o PTS divide-se em quatro etapas: I) o diagnóstico que analisa o usuário no âmbito biopsicossocial, tentando compreender o

sujeito dentro do seu macrocontexto; II) definição de metas, ferramentas terapêuticas a serem utilizadas de curto, médio e longo prazo, elaboradas pela equipe em conjunto com o usuário e familiares; III) divisão das responsabilidades entre a equipe instituída como de referência para o caso; IV) monitoramento do PTS, periodicamente, para analisar como anda o desenvolvimento dos processos e se há necessidade de replanejamento das estratégias.

Para viabilizar o PTS fica um profissional ou uma equipe responsável pelo acompanhamento do sujeito, chamado de profissionais de referência, são eles quem estabelecem o vínculo com o usuário, família e a comunidade. Conforme a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), intitulada “Clínica ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, de 2008, é responsabilidade da equipe de referência entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e o projeto de tratamento vão produzir.

Conforme Amarante (2008), é necessário responsabilizar-se pelas pessoas que estão sendo cuidadas, destacando que a relação estabelecida é entre sujeitos, cuidadores e cuidados, e não médico-doença. Vínculos profissionais e afetivos são importantes de serem construídos entre profissionais e usuários, para que esses possam se sentir efetivamente acolhidos em seu sofrimento, e percebam o comprometimento dos profissionais com sua melhora.

Em relação a equipe multiprofissional de atendimento, a Portaria GM nº 336/02, descreve uma equipe técnica mínima para atuação em cada tipo de CAPS, com profissionais de várias áreas do conhecimento. A proposta interdisciplinar de atuação na saúde mental se evidencia nos conceitos utilizados nos CAPS, de campo e núcleo. Campos (1997) identifica a utilização do campo como os saberes e responsabilidades concernentes aos diferentes profissionais da equipe, e núcleo o conjunto de saberes e responsabilidades de cada profissão específica.

A equipe mínima dentro de um CAPS é composta geralmente de um médico psiquiatra, enfermeiro e dependendo do CAPS, o mínimo de três, quatro ou cinco profissionais de nível superior, entre as categorias de assistente social, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Em alusão ao profissional assistente social, nos espaços de saúde mental, pode-se destacar que a área da saúde é tomada como referência, por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais (BRAVO, 2007).

O assistente social trabalha na saúde mental com as expressões da questão social, que se manifestam a partir da exclusão do sujeito em sofrimento psíquico do convívio social, na comunidade e dos meios produtivos. Cabe ao profissional dentro do seu arcabouço de conhecimentos, ser propositivo na busca de propostas para transpor as objeções de uma sociedade capitalista alienante e atuar junto a equipe multiprofissional dos CAPS em que se encontram, para o benefício dos usuários.

A interdisciplinaridade que ocorre nos CAPS é uma ferramenta potencializadora de cuidado com os usuários. O compartilhamento de saberes de cada especialidade eleva a qualidade do tratamento. São novos olhares às demandas dos sujeitos em uma atuação horizontal de profissionais, em que um saber não é visto como melhor do que o outro, não se anula as especificidades de cada profissão, mas se aglutina os saberes, em prol do que é comum a todos, ou seja, o usuário.

2 – SERVIÇO SOCIAL E A AUTOMUTILAÇÃO

Neste capítulo será abordado o tema central deste estudo, que é uma das expressões da questão social muito discutida na atualidade mundial, mas que pouco embasamento científico se tem para construir essa discussão.

A automutilação não é um fenômeno recente, mas acredita-se que pela mudança estrutural na forma como nos relacionamos, muito pelo fato do mundo globalizado e pela tecnologia das redes sociais, a automutilação se tornou um mecanismo para lidar com esse mundo complexo. Diariamente as áreas de saúde mental convivem com casos de adolescentes que se automutilam compulsivamente, e por vezes, nesse emaranhado de situações, não acham caminhos para intervir de forma efetiva nessa questão.

Compreender essas manifestações e seus efeitos é necessário para intervir nessa realidade. Para tanto, este capítulo iniciará pautando o Serviço Social na saúde mental, seu objeto de trabalho, como intervém e sua importância nesse espaço sócio-ocupacional.

No segundo momento, será debatido a adolescência e sua complexidade, trazendo por fim a automutilação, que segundo estudos científicos, inicia-se geralmente no período da adolescência. Neste subcapítulo será abordado quais são os motivos que levam os adolescentes a inquirir essa forma, como suprimento de limitações.

2.1 – O SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Pensar o trabalho na saúde mental, enquanto área para atuação do Serviço Social, implica compreender a profissão, essencialmente arraigada aos interesses das classes contraditórias, que fazem parte da sociedade capitalista. Nessa perspectiva, são as necessidades impostas por esse emaranhado social contraditório, que dá legitimidade para a prática do assistente social diante da realidade. Isto posto, identifica-se o objeto de trabalho do Serviço Social, como sendo as múltiplas expressões da questão social, pois é através delas que insurgem a necessidade de intervenção do assistente social. Segundo Yamamoto:

Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (...) a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p14).

As expressões da questão social se apresentam na realidade do trabalho do assistente social através de inúmeras formas, e o profissional intervém no cotidiano por meio dessas demandas desveladas. Netto (2006) sustenta a ideia de que as manifestações da questão social, se expressam por meio do movimento do capitalismo, sendo ele cíclico, ora em expansão ora em retração, as formas como as manifestações se mostram são diferentes. Como pode se evidenciar no fragmento abaixo:

A dinâmica societária específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: A cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões, sócio humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes a intensificação da exploração que é a sua razão de ser (NETTO, 2006, p.160).

O conceito da questão social é um dos alicerces de justificativa da profissão, porém ele não é unívoco, os argumentos sustentados por Iamamoto e Netto são preponderantes na profissão, mas há autores que divergem deles. Potyara Pereira (2001) engendra a ideia de que, a questão social só existe quando há um embate político entre agentes da sociedade, e que esse embate deve ocorrer de forma explícita, caso contrário, não pode ser identificado como questão social, mas sim como problema social. Os problemas sociais só passarão a ser considerados expressões da questão social, quando imprimirem na sociedade de classes o abaloamento, tendo que o Estado assumir seu papel de intervir na situação. Dessa forma, Pereira destaca que:

Se acrescida do adjetivo social, a palavra questão ganha outro significado. Indica, como vimos, a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagonicos – dada a sua desigual posição da estrutura social – na qual os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos sociais relativos (PEREIRA, 2001, p. 59).

Identificados os conceitos que embasam o objeto de trabalho do Serviço Social, cabe então perquirir quais são as refrações da questão social que permeiam a saúde mental. Há de se destacar aqui, o início da relação do Serviço Social e a saúde mental. Segundo Vasconcelos (2002), a relação inicia nas primeiras escolas de Serviço Social, a partir da presença de disciplinas com temáticas higienistas, chamadas de Serviço Social de casos. Essa era ligada a um viés psicologizante. Além disso a profissão tinha muita influência da igreja católica.

O surgimento e inserção da profissão nas instituições psiquiátricas, não se centrava na problemática da saúde mental em si, mas na atuação frente aos problemas relacionados à pobreza. Segundo Bisneto (2007), no período da ditadura militar, ampliou-se a presença de assistentes sociais nos espaços de saúde, pois estes controlavam e mantinham o estado ditatorial. A profissão era demandada pelo Estado como executor terminal de políticas sociais na área da saúde mental, reiterando sua contradição histórica, intervindo nas mazelas constitutivas da sociedade capitalista, para atender aos interesses das elites.

O Serviço Social deixa seu passado subalterno para trás. Com a reforma psiquiátrica e todos os ganhos da saúde mental dos últimos tempos, os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares tentam desconstruir a ideia da exclusão e da incapacidade das pessoas com sofrimento psíquico, enraizadas na sociedade.

No âmbito da saúde mental, deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que invariavelmente interferem na dicotomia saúde/doença, cabendo ao profissional assistente social atuar nas demandas que se desvelam, a fim de garantir o direito social à saúde.

Conforme Rosa e Lustosa (2012), as manifestações da questão social que atravessam a saúde mental, no plano macrossocial, no geral, envolvem as repercussões das desigualdades sociais da sociedade capitalista. A violência institucional, o estigma, a exclusão de direitos, dentre outros.

Bisneto ressalta ainda, que a globalização financeira por conta da ordem social capitalista, pode ser mais letal ainda para a saúde mental:

Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos (BISNETO, 2011, p. 182).

Os usuários que perpassam a rede da saúde mental, geralmente já sofreram estigmas pela condição de sua doença, haja vista serem considerados, historicamente, pela sociedade, como pessoas perigosas e incapazes.

Ao assistente social, pelo seu caráter profissional predominantemente interventivo, é exigido no seu cotidiano de trabalho a dar respostas às múltiplas expressões da questão social. Os assistentes sociais lutam pelo reconhecimento dessas pessoas na sociedade, trabalham para que seus direitos não sejam violados, articulam a rede, a fim de que tenham a garantia de acesso aos serviços necessários.

Conforme Pereira e Guimarães (2013), os profissionais assistentes sociais contribuem com o campo da saúde mental, fundamentados no Código de Ética profissional, de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, formulando e implementando propostas que contribuam com a cidadania. O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece concomitantemente ao Movimento da Reforma psiquiátrica. Consonante a isso, Bisneto (2011) salienta que o assistente social é inserido na área da saúde mental, a fim de potencializar as reservas de sanidade latentes nas pessoas com sofrimento psíquico. Bisneto ressalta ainda que:

O sofrimento mental aparece como uma reação às diversas formas de violência social refletidas por diferenciadas conformações da sociedade. Ora representa um protesto inconsciente à sociedade injusta, ora aparece como escape às dominações impostas nos meandros das engrenagens sociais, ora como resposta às mistificações ideológicas, ora como dissociação mental e corporal produzida por uma forma de ser social fragmentada, ora como reapropriação da realidade por tentativas mal sucedidas de reparação do ser alienado (BISNETO, 2011, p. 189).

Em meio a essa existência contraditória em que as expressões da questão social se originam pela ordem societária em que vivemos, e a fim de que se amenize o sofrimento dessas refrações, atuam os assistentes sociais. De certo modo, a amenização dos sofrimentos causados pelo capitalismo reafirma essa ordem societária, o que é antagônico aos preceitos atuais da profissão. Por isso a importância dos assistentes sociais lutarem pela efetivação e garantia de direitos e de maneira basilar, pela democratização das informações.

A Lei de Regulamentação da Profissão Lei 8.662/1993 traz no Artigo 4º como competências dos assistentes sociais dentre elas:

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

O Artigo 5º do Código de Ética profissional (1993), aborda sobre os deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

O Artigo 5º do Código de Ética bem como as competências citadas no Artigo 4º da Lei 8.662/93, tratam da importância da comunicação do profissional para com o usuário de forma clara e democrática, e é através dessa ferramenta que a profissão busca pela nova ordem societária, levando o conhecimento aos usuários, democratizando informações, mostrando aos usuários o que são seus direitos perpetrados pela Constituição Federal de 1988, e não benesses de instituições, governos ou pessoas.

Para Vasconcelos et al. (2007), o código de ética do assistente social difere dos outros códigos profissionais, no âmbito da saúde, pois é o único que apresenta o indivíduo como sujeito de direito, sendo o único que exprime o que é defendido pela Constituição Federal de 1988, proposto pela reforma sanitária que incita “[...] na defesa de princípios e valores de ordem humanística, libertária, democrática e igualitária. O referendo às garantias constitucionais e ao acesso às políticas sociais como direito do cidadão e dever do estado [...]” (VASCONCELOS et al., 2007, p.56).

Considera-se que os princípios do Código de Ética da profissão de 1993, também estão em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a reforma tem por objetivo construir um novo espaço social para a loucura, questionando as práticas da psiquiatria tradicional. Relaciona-se com os princípios do código, no que diz respeito à garantia dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, eliminação de qualquer forma de preconceito, discriminação, bem como a garantia da inclusão e da cidadania.

O assistente social busca transformar a natureza da realidade apresentada pelo usuário, através do seu arcabouço ético-político, teórico metodológico e técnico-operativo. Os instrumentais utilizados como metodologia de trabalho são: observação, escuta sensível, olhar crítico, entrevista, visita domiciliar, estudo social e diagnóstico social.

Rosa e Lustosa (2012) afirmam que o fazer do assistente social, na saúde mental, na atualidade, ainda se constitui como um espaço em construção, o qual necessita de maiores sistematizações por parte da categoria, que nem sempre investe na documentação de sua prática.

Uma das razões para essa falta de investimento na documentação da atuação profissional na saúde mental, pode ocorrer devido ao caráter emergencial a que muitas vezes as demandas se colocam para a profissão. O assistente social pelo seu amplo leque de intervenções, muitas vezes, é visto em uma equipe multiprofissional como o solucionador para problemas diversos, o que acaba corroborando para que o fazer profissional fique essencialmente técnico e interventivo. Rosa e Melo também destaca:

“Todavia, o assistente social em saúde mental não se auto-constrói. Sua identidade é construída nas relações sociais e a partir das demandas originárias do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os demais profissionais da equipe, que demandam ações do assistente social tendo em vista o que entendem ser as competências e atribuições deste profissional. Evidentemente, o próprio entendimento do profissional do Serviço Social e sua leitura acerca da legislação profissional também influirão nesta construção (ROSA; MELO, 2009, p. 92).”

O assistente social que trabalha no âmbito da saúde mental tem um trabalho diversificado, atua de forma interdisciplinar, em rede e intersetorialmente, com o usuário, com a família e também na comunidade, buscando sempre o olhar ampliado e propositivo da situação demandada pelos usuários. Iamamoto salienta que:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2012, p.20).

Outro desafio que os assistentes sociais devem enfrentar é a questão da intersetorialidade. O trabalho intersetorial perpassa todos os espaços ocupacionais de trabalho do assistente social inclusive à saúde mental. A intersetorialidade é a aproximação de diferentes setores que buscam a implementação de uma política, programa e/ou projeto em comum. Articular a rede é garantir o acesso dos usuários as políticas sociais públicas a que fazem jus.

Demandas que surgem rotineiramente dentro dos espaços de trabalho dos assistentes sociais, merecem um olhar crítico para se verificar qual é o nosso papel enquanto profissionais, dentro da situação que se desvela. Nem todas as situações que se insurgem no dia a dia são demandas para a profissão, mas aquelas que pautam situações, as quais o código de ética nos ampara para intervir, que tocam no objeto de trabalho do Serviço Social, essas devem ter a atenção profissional do assistente social para transpor a realidade apresentada.

Transpor a realidade não quer dizer ser messiânico e subestimar os limites da realidade social, mas também não quer dizer ser fatalista e acreditar que nada pode ser modificado. Transpor a realidade significa dizer que o assistente social, com seu inegável conhecimento e utilizando de seus instrumentais, tem condições de intervir na realidade dos usuários e superar as condições iniciais apresentadas por eles, seja articulando interdisciplinarmente ou envolvendo a rede.

Os assistentes sociais têm seu valor reconhecido na saúde mental, e atuam alinhados aos princípios norteadores da profissão, quais sejam, a liberdade, direitos humanos, democracia, cidadania, equidade, justiça social, direito a diferença e pluralismo. Os profissionais assistentes sociais têm plena capacidade de atuar nas expressões da questão social que se desvelam nas instituições de saúde mental.

2.2 - AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é vista como a fase da transformação, é o período intermediário entre a infância e a fase adulta, onde ocorrem as mudanças no corpo, na voz, nos

interesses, é o momento das experimentações, de autoconhecimento. Esse período de transformações físicas, psíquicas e sociais, nem sempre é vivenciado de uma forma saudável, por vezes o não reconhecimento de pertencimento a um grupo, ou o sentimento de inferioridade, entre outros aspectos podem gerar frustrações, que quando não trabalhadas podem gerar sofrimentos psíquicos.

Antes do século XX não existia o conceito da adolescência, as crianças ao passo que iam crescendo, eram inseridas no mercado de trabalho identificadas então como adultas. Assim, a construção da adolescência se dá num processo que se refere a um hiato, constituído por uma sociedade capitalista e impulsionada pelo ingresso no mercado de trabalho e na necessidade de preparo técnico. (BERNARDES, 2015).

No Brasil através do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, é considerado adolescente dos doze anos completos até os dezoito anos, idade que coincide com a maioridade civil.

O adolescente não é mais a criança que depende de cuidados e nem o adulto independente e reconhecido como tal, essa fase gera muitas vezes insegurança, em parte pelos processos hormonais que ocorrem, mas também pelo meio social em que vivem. Os adolescentes que ocupam espaços que os permitem se sentir seguros, geralmente conseguem interpor essa fase de forma mais saudável.

A palavra adolescência vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando o indivíduo apto para crescer, como também é uma palavra derivada de *adolescere*, que significa adoecer. A partir desta dupla origem etimológica, observamos que há uma conotação da adolescência que aponta tanto para uma aptidão “para crescer” como “para adoecer” (JATOBÁ, 2010 p. 45).

A questão de ordem econômica influencia muito como se dará a vivência do adolescente, um estudo realizado por Ozella e Aguiar (2008), traz a adolescência como um período subjetivo para cada um, ele faz uma pesquisa entre adolescentes que estão no ensino médio sobre a percepção deles, do que é o processo da adolescência, e têm como conclusão que a adolescência é um processo vivido de diferentes formas, elas se distinguem principalmente pela classe social e gênero.

As incertezas da adolescência ocorrem com basicamente todas as pessoas nessa fase, o que difere muitas vezes com relação a classe social, são os tipos de experiências e vivências. Os de classe social baixa na pesquisa de Ozella e Aguiar, apresentaram uma visão de futuro depreciativa, com um quantitativo grande de

adolescentes que trouxeram vários momentos de angústias nesse processo do adolecer.

Os sentimentos de tristeza e angústia gerados no interior dos indivíduos geralmente ocorrem por fenômenos externos, manifestações da questão social, como conflitos familiares, abuso emocional, físico ou sexual, ser vítima de *bullying*, entre outras expressões que quando não trabalhadas provocam o adoecimento psíquico.

Um dos sintomas do adoecimento psíquico nos adolescentes é a automutilação, que consiste no ato voluntário de machucar o próprio corpo através de cortes, queimaduras, escoriações, perfurações e pancadas a fim de aliviar mesmo que temporariamente os sentimentos que não sabem como lidar. É um processo doloroso realizado por conter significado por aquele que o produz.

A automutilação já é considerada um problema de saúde pública tendo em vista os crescentes casos propagados na sociedade. Segundo dados do governo federal publicados pelo Ministério da Família e dos Direitos Humanos (2019), estima-se que um em cada cinco adolescentes já praticaram autolesão não suicida alguma vez na vida. A automutilação não é um fenômeno recente, mas a proporção de adolescentes que estão utilizando desse artifício para amenizar conflitos é algo alarmante na atualidade.

A adolescência é o período predominante para o comportamento autolesivo, geralmente inicia-se com a idade entre 13 a 15 anos podendo vir a perdurar por décadas, estima-se que atinja mais o sexo feminino que o masculino. (SANTOS et al., 2018; SILVA; SIQUEIRA, 2017).

No Brasil o assunto carece de estudos que quantifiquem o número de casos e prevalências, pois estima-se que o número de casos que se apresentam nos serviços de saúde seja muito pequeno perto dos casos sem tratamento na comunidade. Encontrar material sobre o tema também é difícil, o que pode dever-se ao fato de existir várias nomenclaturas utilizadas na literatura para tratar do assunto como autolesão, autoagressão, escarificação, *cutting*, lesão autoprovocada, automutilação entre outros. Aqui utilizaremos preferencialmente do termo automutilação, por ser a forma mais encontrada nas pesquisas e também por ser a forma coloquial mais utilizada entre os adolescentes.

A forma de automutilação mais comum são os cortes, utiliza-se geralmente de objetos perfurocortantes como lâminas, navalha, faca, seringa, vidro, pinça entre outros, e geralmente os locais em que mais há o corte são os braços e coxas, locais

em que pode ser escondido, afinal o ato intencional do corte na maioria das vezes não tem o objetivo de chamar a atenção de outrem, mas sim de buscar o alívio dos sentimentos gerados por situações que não sabem como enfrentar. Oliveira ressalta que:

A pele é o tecido que envolve nosso corpo que nos dá forma, que nos identifica e diferencia uns dos outros. Ela pode ser entendida como uma fronteira que impõe os limites do que está dentro e fora do sujeito. Na adolescência o indivíduo tem de lidar com diversas mudanças biológicas, no posicionamento social, sexual, familiar e muitos outros conflitos. Diante de tantas questões, quando não se encontra uma maneira de expressar em palavras essa avalanche de sentimentos, o corpo se apresenta como uma possibilidade de comunicação, e para tal, a pele se torna uma tela onde o indivíduo se expressa e se organiza (OLIVEIRA, T. 2016 p.5).

O objetivo do ato de ferir a si mesmo, não é a dor, mas sim o sentimento de controle, mesmo que temporário das emoções, pois ao se cortar a frequência dos pensamentos vão para o machucado, e cessam mesmo que brevemente os sentimentos sobre aquilo que não sabem como lidar. Conforme Le Breton (2010), a incisão é superficial ou profunda de acordo com a intensidade do sofrimento sentido. O grau de repetição também determina o vício ou não, ocorre de adolescentes buscarem se autoferir apenas uma ou poucas vezes por curiosidade da experimentação.

Os tipos de sofrimento que levam ao ato de se cortar são pouco explorados até então pela ciência. Jatobá (2010), ressalta que é necessário a realização de estudos que investiguem os fatores que desencadeiam a escolha dessa prática, na qual deve ser contemplada as questões de ordem subjetiva da adolescência, mas também os aspectos relacionados a forma de estabelecer os laços sociais na contemporaneidade. Nesse intuito de trazer as formas utilizadas pelo indivíduo para fazer laço social, a autora resume o discurso de Lacan (1970/1992) chamado o discurso capitalista.

A lógica do capitalismo estabelece uma promessa de felicidade e completude, promovendo uma dinâmica permeada por valores como instantaneidade e descartabilidade. Diante da grande oferta de produtos, os sujeitos demonstram não ter limites para conseguir, imediatamente, o que desejam, acreditando que uma satisfação plena é possível. Confrontados com a impossibilidade, os indivíduos ficam sujeitos à angústia e frustrações e, ao mesmo tempo, têm baixo poder de tolerar tais frustrações, havendo uma repercussão no plano da constituição da subjetividade. Frente a esta lógica mercadológica proposta pelo capitalismo, há uma predominância do

individualismo, o que aponta para o fato de que, na contemporaneidade, os laços sociais estão enfraquecidos, abalados (JATOBÁ, 2010 p.16).

O comportamento de automutilação é um reflexo sociocultural da atualidade, ele não é a causa, mas um sintoma de que algo não está bem. Em geral quem inflige lesões no próprio corpo tem como objetivo²:

- Liberar a pressão emocional acumulada por alguma situação que não consegue lidar sozinho(a);
- Se punir por alguma atitude que demonstra arrependimento ou por não se aceitar como é;
- Pode ser realizada pelo adolescente como forma de “autocuidado”, pois troca a dor emocional que não consegue cessar, por uma dor física que será tratada;
- Se autoferir para buscar alguma sensação, entretendo a si e/ou aos outros num ato extremo;
- Expressar ou lidar com sua própria sexualidade;
- Uma forma de se vincular a um grupo;
- Para se vingar de alguém;
- Uma expressão de pedido de socorro consciente e não verbalizado, extensionando ao corpo a sua dor. É referido como um pedido de socorro consciente, pois na verdade toda forma de autoagressão é um grito de socorro, mas nem sempre é percebido como tal por quem o faz.

Outro motivo da automutilação pode ser para evitar o impulso de tentar suicídio, respondendo aos pensamentos suicidas sem necessariamente fazer uma tentativa de suicídio. É importante ressaltar que as autolesões não são tentativas de suicídio, mas tentativas de viver, de gestar as próprias emoções. A maioria das pessoas que se automutilam não tem necessariamente ideações suicidas, mas quem têm, geralmente recorre antes a automutilação.

A automutilação pode ser considerada pela sociedade como algo repulsivo, difícil de compreender as razões pelas quais o indivíduo resolve prover a dor em si mesmo, mas para o grupo que compartilha dessa prática, é uma inscrição, uma forma de pertencimento que revela a complexa sociedade na qual se inserem.

² As informações acerca dos objetivos que levam os adolescentes a se automutilarem descritas neste estudo, foram retiradas da apresentação utilizada no Senado Federal em setembro de 2017, as quais estão baseadas no livro *Nonsuicidal Self-Injury* de E. David Klonsky et al., publicado em 2011.

As autolesões podem ainda ser socialmente motivadas pelo contágio, como forma de se sentir pertencido a um grupo como já apontado, ou através das redes sociais que muitas vezes servem de veículos de troca de informações perigosas, como gatilhos para os comportamentos de risco. Apesar da internet ser uma ferramenta de expansão do comportamento da autoagressão, também são espaços de apoio mútuo, que servem de troca de experiências e suporte emocional.

Como o assunto vem ganhando destaque na mídia, em abril de 2019, entrou em vigor a Lei 13.819/19 que institui a Política Nacional de Prevenção a Automutilação e ao Suicídio, essa lei foi criada entre outros aspectos para determinar o fluxo de atendimento na rede de saúde para tratar dessas demandas, e determinar a obrigatoriedade da notificação pelas escolas, conselhos tutelares e espaços de saúde a fim de que se possa futuramente mapear os casos no país que até então tem esse fenômeno como oculto de informações precisas.

3 – CAPSi – O EQUILIBRISTA E O PROJETO DE INTERVENÇÃO TECENDO REDES

Este capítulo versará sobre os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis, mais especificamente do CAPSi do município de Santa Maria – O Equilibrista. Será abordado sobre as Leis, Portarias e Normativas que regem um CAPSi, e as diversas atribuições da equipe multiprofissional no âmbito da saúde mental.

Também será abordado sobre como se identificou a questão da automutilação como objeto para a realização do projeto de intervenção atrelado ao estágio curricular obrigatório, realizado no segundo semestre de 2018 e aplicado no primeiro semestre de 2019.

No segundo momento, será discorrido sobre o projeto de intervenção “Tecendo Redes: ação em saúde mental para um adolescer saudável”, identificando os objetivos propostos pelo trabalho, a forma que foi realizada e os assuntos abordados.

3.1 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – O EQUILIBRISTA

As políticas de saúde mental buscam se pautar através de leis, portarias e normativas, que constituem os princípios norteadores à prática profissional, a qual visa atender os direitos dos usuários. Os CAPSi constituem um dispositivo de reordenamento da rede de atenção à saúde mental, organizando-se a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica (CERVO, 2010).

O CAPSi, é um serviço de primeiro setor (público), de atenção psicossocial destinado a crianças e adolescentes, com transtornos mentais, psicose, neurose severos e/ou persistentes. Atende crianças e adolescentes de zero a dezoito anos, e dependendo da maturidade e cognição do adolescente, podendo se estender um pouco mais além dessa idade. No CAPSi atende-se também problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas, nesse caso crianças até os doze anos, passando dessa idade, e sendo esse o motivo, encaminha-se para o CAPS ad.

Os CAPSi, antecederam sua consolidação em comparação aos demais CAPS, devido ao fato de não existirem instituições manicomiais atuantes na área a serem destituídas, possibilitando assim, demonstrar seu posicionamento estratégico de um novo modelo de serviço. Para Ramos (2016), a constituição do campo da saúde

mental de crianças e adolescentes teve um início adultocêntrico³ que foi aparentemente inevitável, tendo em vista a anterioridade histórica e o peso institucional do campo voltado para adultos. Lykouropoulos e Péchy trazem ainda que:

A saúde mental de crianças e adolescentes não foi objeto direto da reforma psiquiátrica planejada como mudança de paradigma do cuidado excludente vivido pelos adultos no interior dos manicômios. Os discursos da reforma não deram conta de abarcar a complexidade do sofrimento mental das crianças e adolescentes (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016 p.88).

O Ministério da Saúde pela Portaria Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004 instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes que tinha o objetivo de fortalecer as iniciativas de atenção em saúde mental infanto-juvenil. Como fruto deste fórum, foram as expansões das criações dos CAPS pelo país. O Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – o equilibrista⁴ em Santa Maria, foi inaugurado no ano de 2005, em decorrência de um contexto nacional, influenciado pelas diretrizes da reforma psiquiátrica.

Anterior ao ano de 2005, o sofrimento infantil no município, era abordado como dificuldade de aprendizagem, distúrbio de conduta ou deficiência, os atendimentos eram realizados pela rede filantrópica, principalmente pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e em abrigos para deficientes.

O advento dos centros de atenção psicossocial, surgem com o propósito não só de promover a saúde dos usuários, mas também de atuar em busca da autonomia deles, integrando-os na sociedade, respeitando o contexto socioeconômico e cultural no qual vivem, auxiliando também a família, a compreender esse cuidado. Em busca dessa promoção da saúde, o CAPSi – O Equilibrista, trabalha com grupos de esportes, hora do conto, com o programa jovem aprendiz para inserção dos usuários adolescentes no mercado de trabalho, grupo de acompanhamento terapêutico em que se trabalha a autonomia dos usuários através de passeios externos, grupo de corte e costura, grupo de familiares, entre outros.

³ O termo foi utilizado por Ramos, no sentido de enfatizar a posição dos adultos como “mais privilegiada” do que a de crianças e adolescentes, em que as políticas públicas são voltadas especialmente para eles.

⁴ As informações trazidas sobre a instituição CAPSi - O Equilibrista, foram retiradas do Protocolo do Centro de Atenção Psicossocial CAPSi- “O Equilibrista”. Versão 2015.

O CAPS infanto-juvenil – O Equilibrista, é composto por uma equipe multidisciplinar constituída por assistente social, arteterapeuta, educador físico, enfermeiro, fonoaudióloga, médico psiquiatra, pedagogo, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, técnico em saúde mental, técnico-administrativo, técnico em enfermagem, serviços gerais, residentes e estagiários. O objetivo da equipe multidisciplinar é dar suporte terapêutico aos usuários e aos seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial e a inclusão social conforme as diretrizes da Reforma psiquiátrica.

Os serviços prestados pela equipe do CAPSi são vários, dentre eles o acolhimento, os atendimentos individuais e em grupo, as visitas domiciliares, busca ativa, as oficinas terapêuticas, os trabalhos realizados em rede e as atividades de ensino e extensão.

O acolhimento, é feito por todos os profissionais do CAPSi, geralmente com quatro profissionais, dois que ficam com a criança ou adolescente e outros dois que ficam com os responsáveis. O momento do acolhimento, é onde os profissionais escutam as demandas dos usuários, seguindo um roteiro de perguntas a serem conduzidas pelos profissionais. As perguntas feitas para os responsáveis durante o acolhimento vão desde a gestação da mãe, se foi realizado pré-natal ou não, experiências da infância, relação da família com a criança, até as principais queixas. A partir do acolhimento, é realizado o Plano Terapêutico Singular - PTS, onde nele, em conjunto com os usuários e a equipe, é decidido como se dará o tratamento.

Segundo Tesser et al. (2010), pode-se considerar que estão envolvidas na proposta do Acolhimento “duas pernas” fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela; e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a tradição burocrática e rígida ao melhorar o acesso de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica e facilitar o cuidado interdisciplinar.

Isso pressupõe o cuidado integral ao usuário no CAPSi durante o acolhimento sendo elaborado pela equipe multiprofissional o PTS, pois parte-se das necessidades identificadas e vivenciadas pelo sujeito. Estimula-se este a falar sobre sua situação, desenvolvendo-se um vínculo horizontal via autonomia do sujeito. A elaboração desse plano é pensada de acordo com as necessidades individuais de cada usuário, visando a integralidade do cuidado e sua inserção social.

Os tratamentos se dividem em intensivo, semi-intensivo e não intensivo a depender da sua situação. O tratamento intensivo é feito diariamente com o usuário durante o período de atendimento do CAPSi, para usuários que estão em grave sofrimento psíquico e/ou em situação de crise. O tratamento semi-intensivo visa atender casos de sofrimento psíquico moderado, os atendimentos são feitos até três vezes por semana, já o atendimento não intensivo é para o suporte de usuários já estabilizados, mas com caso de remissão.

As visitas domiciliares, são realizadas por profissionais de área específica ou equipe multiprofissional, e objetivam, oportunizar a equipe um contato com o paciente em seu ambiente familiar. Dependendo da situação de alguns usuários, as intervenções são realizadas apenas através da visita domiciliar. Amaro explica que:

“A visita domiciliar é uma técnica social, de natureza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhecê-la, descrevê-la, compreendê-la ou explicá-la. O seu diferencial em relação a outras técnicas é que tem por lócus o meio social, especialmente o lugar social mais privativo e que diz respeito ao território social do sujeito: a sua casa ou local de domicílio” (AMARO, 2014 p.19).

As atividades realizadas intersetorialmente, ocorrem no território, com a rede, e visam ampliar a cobertura do serviço, bem como a solução das intervenções através do compartilhamento das responsabilidades. Segundo Oliveira e Mendonça (2016), a intersetorialidade é fator intrínseco ao trabalho com crianças e adolescentes, ao compreender que são direitos fundamentais o acesso à educação, aos serviços de saúde e ao convívio familiar e comunitário. O apoio matricial às escolas, a atenção básica, é um dos trabalhos realizados em rede.

O apoio matricial é realizado pelo CAPSi e visa corresponsabilizar a rede pelo atendimento dos usuários. Ocorre através de encontros periódicos com as redes de ensino e saúde, onde as instituições compartilham os casos que são atendidos por mais de uma instituição da rede com o objetivo de traçar estratégias para melhor atendimento ao usuário. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. (BRASIL, 2004).

Entre as atividades realizadas no matriciamento pelo CAPSi – O Equilibrista estão: Programa de Apoio as Escolas Municipais; Programa FICAI (Ficha de Comunicação de Aluno Infrequente); Núcleo de Apoio em saúde Mental. A partir dos

encontros de matriciamentos com escolas do município e também das reuniões de rede, as quais ocorrem mensalmente setorizadas por regiões leste, oeste e norte do município de Santa Maria, identificamos que os casos de jovens sendo atendidos pelos diversos espaços com demandas de automutilação era crescente.

O crescimento expressivo de casos de automutilação de adolescentes é uma demanda que se apresenta substancialmente nos usuários atendidos no CAPSi, e através do trabalho em rede percebe-se que essa questão perpassa os diferentes espaços de trabalho de forma tão avassaladora, que o município teve que interferir. No primeiro evento do Programa Saúde na Escola – PSE, ocorrido em novembro de 2018, o município trouxe como uma das pautas a discussão sobre a automutilação.

O PSE é um programa que engloba as áreas de saúde e educação do município, instituído pelos Ministérios da Educação e Saúde por Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, tendo como objetivo ser mais um agente fortalecedor da rede, contribuindo para a atenção integral dos usuários estudantes.

O município carece de dados quanto as ocorrências de caso de automutilação, que a partir do evento do PSE está sendo trabalhado com os diferentes setores a cultura da notificação desses casos. A notificação é importante para a atuação, e pode ser percebida que não é um caso pontual do município, mas que está na agenda do país através da Lei 13.819/2019, tendo em vista que não existem dados estatísticos que comprovem o aumento dos casos de automutilação mas que empiricamente percebe-se pelos profissionais das áreas de saúde e educação o aumento expressivo de ocorrências desse fim.

O CAPSi é um lugar que entrelaça a rede, é o ponto de encontro das diversas instituições que se cruzam, promovendo o cuidado integral à criança e ao adolescente. E para isso acontecer, tem que buscar cada vez mais fortalecer a rede, os trabalhos intersetoriais e no território, pois é assim que podemos ultrapassar as barreiras da estrutura alienante que induz aos processos de adoecimento, que são uma das causas para as expressões da questão social desveladas no cotidiano dos CAPSi.

3.2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO TECENDO REDES: AÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA UM ADOLESCER SAUDÁVEL

O Serviço Social nos CAPSi visa assegurar direitos e promover a reinserção social e familiar dos usuários, e para isso acontecer, muito se constrói em rede através

de reuniões, discussão de casos, intermediação e apoio matricial. Através do trabalho realizado no estágio curricular no período do segundo semestre de 2018 junto as assistentes sociais, no território, surgiu a ideia de trabalhar no projeto de intervenção com uma demanda expressiva e latente na saúde mental, que é a automutilação na adolescência.

Os estágios curriculares do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria, ocorrem em dois semestres, sendo o primeiro para observação e compreensão do espaço o qual está se inserindo, e também para a elaboração do projeto de intervenção a ser executado no segundo semestre de estágio.

O objetivo do projeto construído no primeiro semestre de estágio, foi de desenvolver os encontros nas escolas, promovendo a conscientização sobre a automutilação e o cuidado em saúde mental de forma a propiciar o fortalecimento, a cidadania e a autonomia dos adolescentes que ao saberem dos agravantes da autoagressão, poderiam pensar antes de tomar a atitude de se machucar, diminuindo assim os casos que chegam no CAPSi, trabalhando diretamente na prevenção e promoção de saúde. Além de levar a informação para as escolas quanto a organização da rede para o encaminhamento dos alunos aos serviços em situações já instaladas de adoecimento psíquico.

O público alvo dessa intervenção foram os adolescentes que estão no 9º ano do ensino fundamental ao 2º ano do ensino médio, que tem em média de 13 a 15 anos. Este público específico foi escolhido pela idade datar o início da adolescência conforme a lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e adolescente, e também por alguns estudos apontarem essa faixa etária como a que tem mais casos de automutilação (SANTOS et al., 2018; SILVA; SIQUEIRA, 2017).

O interesse de fazer o trabalho no território através das escolas, se dá pela quantidade de demandas sobre automutilação que as escolas trazem ao CAPSi e também por ser um importante espaço para esse diálogo, pois é o segundo local mais frequentado pelos adolescentes depois da família. A intenção do projeto não era de sobrepor o trabalho que por ventura já fosse feito nas escolas, mas sim, trabalhar junto, unir forças de forma colaborativa e corresponsabilizadora.

O projeto foi divulgado nas reuniões de rede que ocorrem no município, que são divididas por regiões leste, oeste e norte, nessas reuniões são convidados a participar todos os dispositivos de cuidado dentro da região, como o conselho tutelar, as estratégias de saúde da família, o CRAS da região, as escolas, as instituições do

terceiro setor e o CAPSi que participa de todas as regiões por abarcar as demandas de todo o território do município.

As escolas trabalhadas foram duas da rede estadual de ensino, ambas localizadas na região leste do município. A escolha pelas duas serem da rede do estado, se deve a identificação de que é onde se percebe maior dificuldade de articular a rede comparadas as escolas do município, pois não tem suporte do estado para atender as demandas que se desvelam na educação.

Escolas municipais contam com o Programa de Atendimento Especializado Municipal – PRAEM que foi desenvolvido pela Secretária Municipal da Educação desde 2010 no município, em que possui uma equipe multiprofissional que atende aos alunos das escolas municipais com demandas que vão desde evasão escolar, até educadora especial, fonoaudióloga, neurologista. As escolas estaduais quando necessitam de um suporte, acabam recorrendo as instituições do terceiro setor, mas mesmo assim existem demandas que caem em lacunas em que não encontram o serviço adequado.

A primeira escola em que se aplicou o projeto, foi articulada através da reunião de rede leste, já a segunda escola trabalhada, conheceu o projeto através de uma professora que leciona nas duas instituições e que participou de um dos encontros ocorridos na primeira escola. Essa professora sabedora da necessidade que a segunda escola tinha de projetos que abarcassem essa demanda frente aos crescentes casos que tinham, intermediou o contato do projeto com a coordenação da segunda escola.

Na primeira escola foram trabalhados com cinco turmas do primeiro ano do ensino médio e com uma turma do nono ano do ensino fundamental. A escolha das turmas foi pela coordenação, que entendia que eram as turmas com maiores demandas de automutilação e/ou tentativa de suicídio. No total foram 138 alunos que participaram do projeto por essa escola. Com a finalização dos encontros, a coordenadora avaliou como muito positiva a intervenção, informando inclusive que alunos do segundo e terceiro ano do ensino médio haviam a procurado para solicitar a intervenção também em suas turmas, infelizmente pelo planejamento e o tempo hábil para finalização, não pode ser realizada a intervenção com esse outro grupo de estudantes.

Na segunda escola foram 56 alunos que participaram do projeto, que foram das turmas do nono ano do ensino fundamental e a turma do primeiro ano do ensino

médio. Apesar da escola ser menor, tinha um caso na turma do ensino médio de automutilação e tentativa de suicídio e que embora a usuária tivesse sido acolhida inicialmente em outro serviço da rede de saúde mental do município, a mesma tinha parado de frequentar, esse foi um caso que encaminhamos no final da intervenção para o CAPSi. Nessa mesma escola teve outros casos, trazidos pelos próprios estudantes que intervimos, mas nenhum que fosse entendido como necessário o encaminhamento ao CAPSi, pois foi identificado que já estavam referenciados a algum serviço, em tratamento.

O projeto ocorreu da mesma forma nas duas escolas, separado em duas etapas, tendo como objetivo promover a saúde e qualidade de vida dos adolescentes estudantes dessas escolas ao divulgar informações sobre automutilação, como ocorre, porque ocorre e quais são todas as situações que podem levar a esse processo. Foi uma exposição geral sobre o tema, em que foi divulgada e identificada a rede e quais meios busca-la para tratamento no município.

Esse primeiro momento ocorreu utilizando de dispositivo audiovisual, e de falas em forma expositiva. Foram abordados os assuntos da automutilação que era o foco dessa intervenção e também sobre o suicídio que foi o assunto desenvolvido por outro colega de estágio do Serviço Social, que participou da intervenção.

Na finalização das apresentações desse primeiro encontro, eram entregues um questionário para cada um, o qual foi utilizado no intuito de exercitar a prática profissional, realizando um levantamento da realidade apresentada. Foram entregues também uma folha a ser completada por cada um, que iniciava com a frase “O meu problema é”, em que os adolescentes poderiam colocar seus relatos de experiência, suas angústias pessoais, ou de pessoas que eles conheciam, citar uma frase, contar algo que já passaram e como solucionaram, ou até mesmo tirarem dúvidas. Tanto o questionário quanto a folha com a frase, eram escritas de forma totalmente anônima.

Após o encerramento das atividades do primeiro encontro em cada escola, eram lidas todas as demandas colhidas nas folhas, reescritas a grande maioria de forma que não pudessem se identificar pelas demandas trazidas, e colocadas dentro de balões. No segundo encontro era explicado como aconteceria a dinâmica, entregue os balões, cada um enchia e estourava um balão aleatoriamente, cada aluno por vez lia a mensagem contida no balão pego e comentava o que achava sobre o que estava escrito, o que falaria se alguém próximo viesse pedir um conselho com a mesma temática, após a resposta do adolescente, era pensado de forma coletiva o assunto.

A ideia foi de colaborar mais empiricamente e de forma coletiva sobre o tema com os adolescentes, sem uma sobreposição de saberes ou do que é moralmente correto, mas sim as formas de superar as demandas apontadas por eles mesmos de forma segura e sem julgamentos.

Em ambas as escolas, foram feitas reuniões antecedendo as primeiras intervenções em que foi explicado o projeto e também identificada a rede, quais os serviços as escolas poderiam recorrer quando necessitadas, o que foi de grande valia para as coordenações.

O retorno não só dos adolescentes, mas também dos professores que assistiram e das coordenações das escolas foram muito positivos. Felizmente as escolas trabalhadas, entendiam a necessidade do projeto e deixaram a questão do tempo bem à vontade para que nós tomássemos uma manhã inteira como foi necessário nos segundos encontros.

E para além das duas escolas trabalhadas, o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ficou sabendo do projeto e teve a intenção de reunir esforços para a expansão do projeto para outras escolas. Foi marcada uma reunião com a Coordenadoria Regional do Estado, e Secretaria Municipal da Educação, o NASF e o CAPSi, para pensarmos num meio de expansão do projeto para outras escolas e com mais multiplicadores, pensando num projeto multidisciplinar.

Cabe ainda ressaltar que o assunto da automutilação se agravou nos últimos anos nos serviços de saúde e nas escolas. No semestre em que se aplicava o projeto de intervenção, foi sancionada a Lei 13.819 de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional da Prevenção a Automutilação e ao Suicídio, essa obriga a notificação das instituições ao conselho tutelar dos casos de automutilação.

4 - VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo final trará o relato da experiência do projeto de intervenção atrelado ao estágio curricular obrigatório. Na primeira parte chamada Síntese da Experiência, será relatado a organização do projeto nas escolas e os resultados que se obteve com a intervenção.

Na segunda parte chamada de Desafios e Possibilidades, será percorrido as principais dificuldades do trabalho e situações inesperadas que se desvelaram no decorrer das intervenções, finalizando com os pontos positivos da intervenção relatando um pouco da expansão desse projeto que acabou sendo um pontapé para a atenção a essa demanda no município.

4.1 – SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA

O projeto “Tecendo Redes: ação em saúde mental para um adolescer saudável”, surgiu como resposta aos variados casos que chegavam dentro do CAPSi de adolescentes que se automutilavam. Nos grupos de adolescentes que tem no CAPSi surgia essa demanda, e a fala deles de que muitos amigos e colegas passavam pela mesma situação em silêncio, sem apoio profissional.

Nas reuniões de rede, invariavelmente era trazido para debate a questão dos casos de automutilação que chegavam a rede e que os profissionais não estavam dando conta pela quantidade crescente dessa situação. Algumas escolas entraram em contato com o CAPSi falando da dificuldade de trabalharem com essa e outras questões relacionadas a saúde mental na área da educação, pois não tinham preparo técnico para isso. Diante desse contexto, surgiu a ideia deste projeto de intervenção em trabalhar essas questões.

Por orientação da assistente social supervisora de campo, priorizamos por expandir o projeto a outras escolas, que não necessariamente tinham usuários sendo atendidos no CAPSi, e que não tinham a cobertura adequada para atendimento dessas questões. Começamos a divulgar o projeto nas reuniões de rede e muitas escolas quiseram participar, como o tempo era curto, dada a finalização do estágio curricular e a intervenção do projeto terem que ser executados em um semestre, optamos por realizar em escolas estaduais, as quais como citado anteriormente, não

tem um suporte adequado para articulação da rede em comparação com as escolas do município.

A intervenção nas escolas, agregou dois setores diferentes, a saúde mental por meio do CAPSi e a educação por meio das escolas. Nesta intervenção o CAPSi – o equilibrista, atuou no território, e intersetorialmente. Oliveira e Mendonça ressaltam a importância dessa articulação para o trabalho com crianças e adolescentes:

A intersetorialidade é compreendida, atualmente, como fator intrínseco ao trabalho com crianças e adolescentes, tanto pela literatura científica quanto pelas políticas públicas. Ao compreender que são direitos fundamentais o acesso à educação, aos serviços de saúde e ao convívio familiar e comunitário, a intersetorialidade se faz necessária como prática cotidiana nos serviços de saúde mental (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2016, p. 193).

As escolas se mostraram completamente abertas para as abordagens e temas propostos, deixando clara a importância que sentiam de assuntos relacionados a saúde mental serem tratados nesse ambiente. Nos primeiros encontros com os grupos, foi pedido que os profissionais participassem para que também pudessem se apossar das informações trazidas. Já nos segundos encontros, foi pedido para que não participassem, a fim de deixar um ambiente mais confortável para que os adolescentes pudessem se expressar livremente.

Participaram do projeto entre as duas escolas 194 alunos, desses, 101 do sexo feminino e 93 do sexo masculino. As idades variaram entre 14 a 19 anos. O nível de escolaridade das turmas trabalhadas foram de, duas turmas de 9º ano do ensino fundamental, sendo uma de cada escola, e seis turmas de 1º ano do ensino médio, sendo cinco da primeira escola (todas as turmas de 1º ano dessa escola), e uma da segunda escola que também era a única turma nesse nível escolar.

Nos primeiros encontros com cada grupo, foi realizada uma apresentação de quem éramos, quais as instituições que representávamos (estudantes da UFSM do curso de Serviço Social e estagiários do CAPSi – O Equilibrista), o nome e o propósito do projeto a ser desenvolvido nas escolas. Para a explanação do projeto foi utilizada a ferramenta *Microsoft PowerPoint*, contendo através dos *slides* uma série de informações sobre adolescência, saúde, saúde mental, a forma de acesso aos serviços, e também a forma como se constrói o apoio mútuo em um grupo.

Ainda nessa etapa, foram previstas indicações aos adolescentes e aos professores sobre as maneiras pelas quais poderiam identificar o sofrimento psíquico

em suas variadas formas, seguido da aplicação do questionário anônimo para ser disponibilizado ao final do encontro, tendo sempre como propósito compreender se a metodologia utilizada junto aos adolescentes por meio do projeto de intervenção compreendia e continha as necessidades de informação e formação desses sujeitos.

Este trabalho de orientação nas escolas está pautado na Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão do assistente social, especificamente no artigo 4º, incisos III e V, os quais dizem que entre as competências do profissional está:

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

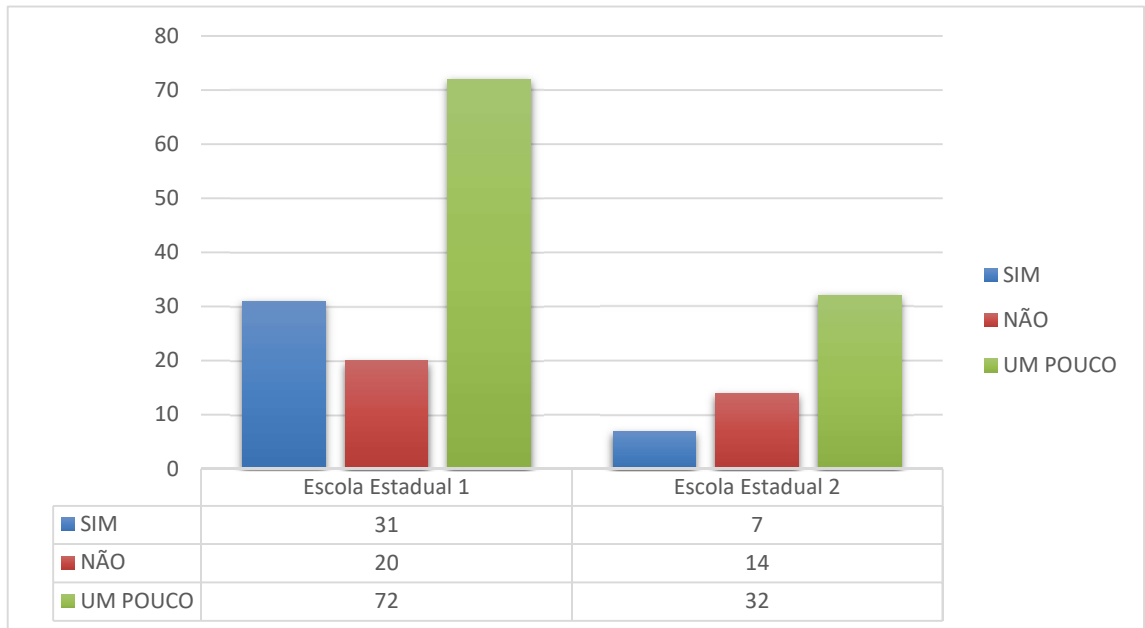
V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

O recurso do questionário foi utilizado como um instrumento de trabalho complementar as demais atividades, que envolveram o projeto de intervenção. Trata-se, portanto, de um recurso utilizado para avaliar e nortear o trabalho desenvolvido, de forma que monitorasse se as ações empregadas poderiam ter efetividade para uma possível transformação da realidade desses adolescentes, bem como de todos ao seu entorno.

O questionário continha sete perguntas fechadas e quatro perguntas abertas com os comentários, sugestões e/ou críticas das atividades desempenhadas. A primeira pergunta era sobre a visão deles em relação a escola e o desenvolvimento de atividades relacionadas a saúde mental.

Conforme demonstrado na figura 1, a maioria dos adolescentes das duas escolas, acreditam que as instituições dialogam pouco sobre as questões de saúde mental. Isso ficou latente também nos segundos encontros com os grupos, em que eles acabavam expressando a importância de terem recebido este projeto na escola. Segue abaixo o quantitativo e percepção dos alunos que responderam à pergunta em questão:

Figura 1 – Resposta à pergunta: Na sua opinião, a escola dialoga sobre saúde mental?



Fonte: Elaborado pela autora.

Na amostra acima existe uma peculiaridade entre as duas escolas sobre aqueles que responderam que acham que a escola dialoga o suficiente sobre saúde mental ou não. Os adolescentes da primeira escola têm um quantitativo maior de alunos que acham que a escola trabalha questões de saúde mental do que alunos que não acham. Já a segunda escola, tem essa situação invertida se comparar apenas as respostas sim e não. Ambas as instituições têm a maioria de seus alunos que colocaram a resposta como que a escola aborda um pouco sobre saúde mental.

Importante ressaltar que essas escolas ao se disporem em abrir seus espaços para falar de saúde mental, já demonstram um interesse em trabalhar essa questão. A segunda escola o interesse veio das várias questões que estavam insurgindo inclusive de tentativas de suicídio, talvez por isso daqueles que responderam sim ou não, prevalecer a resposta não.

Esse questionamento sobre a abordagem das escolas sobre saúde mental foi levantado, pois sabemos que as escolas seguem um currículo comum de disciplinas obrigatórias pelo Ministério da Educação, e que nessas não está incluso nada que auxilie na saúde mental desses adolescentes. As matérias trabalhadas nos currículos obrigatórios têm o objetivo de atender as questões que são cobradas para ingresso ao ensino superior ou para os preparar para o mercado de trabalho. Ao não cuidarmos

da saúde mental desses adolescentes, a sociedade perde em todos os aspectos, pois um aluno que não está bem consigo mesmo, não desempenhará suas atividades diárias de forma saudável, conseqüentemente não irá bem na escola, em casa, com os amigos.

A segunda pergunta complementa a primeira. Foi questionado se os adolescentes achavam importante a escola abordar questões da adolescência e saúde mental, das 156 respostas obtidas entre as duas escolas, 139 alunos responderam que sim, achavam importante. O restante dos alunos, responderam que achavam um pouco importante, e tivemos 9 respostas de alunos que achavam que não era importante debater sobre esse assunto nas escolas.

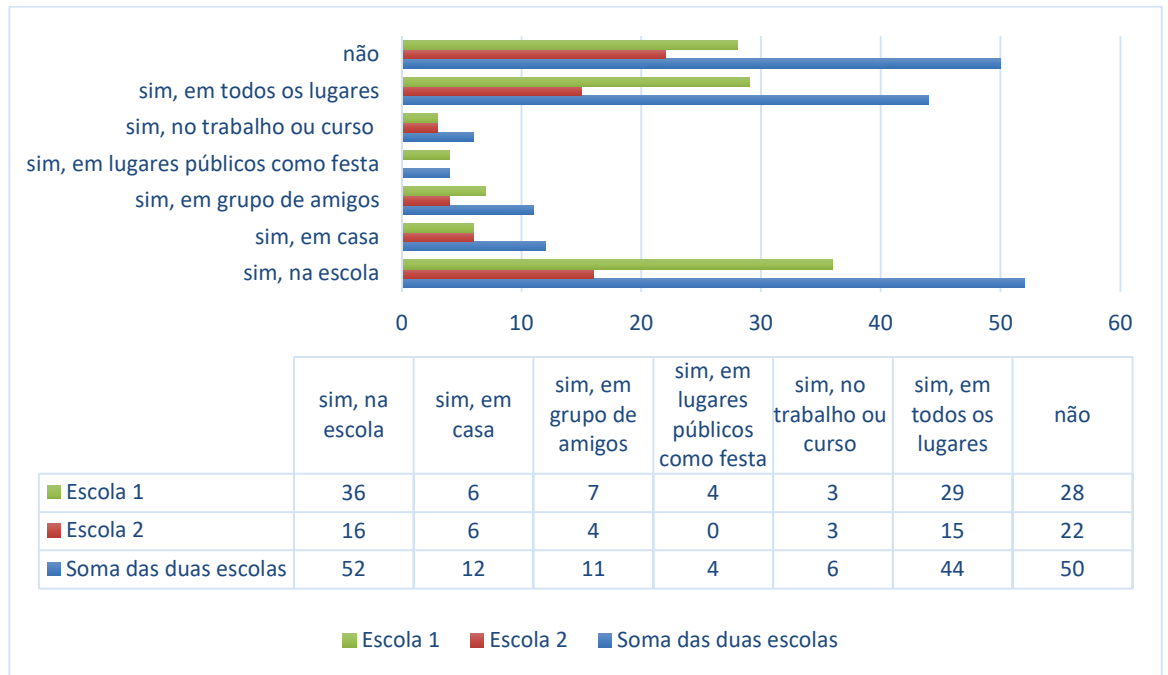
Cabe salientar que analisando as demais respostas no questionário destes nove alunos, percebeu-se que a grande maioria deles não tinham questões de sofrimento psíquico, em oposição, haviam dois deles que apresentavam respostas que demonstravam estar em profundo adoecimento psíquico.

Como as respostas eram anônimas e o objetivo da intervenção não era de identificar usuários com questões de sofrimento psíquico, não se pôde intervir nessas questões pontuais, até por que não sabemos de quem eram essas respostas. Mas foi identificado em todos os grupos trabalhados, a rede de atenção psicossocial, e onde poderiam buscar ajuda em casos de sofrimento agudo.

A terceira pergunta era em relação a sensação de pertencimento ou de isolamento em um grupo social. A questão deixava aberta a resposta em qual meio social se sentiam isolados. Na figura 2, identificamos quais foram as respostas trazidas pelos adolescentes sobre esta questão. Nos próximos gráficos deste estudo será utilizada a cor azul na legenda, para identificar a soma de todas as respostas, unindo as informações coletadas das duas escolas.

Como esse estudo não tem a pretensão de analisar as escolas, mas sim realizar um levantamento da realidade como forma de prática do exercício profissional, no gráfico abaixo e nos próximos, foram somadas as respostas finais das duas escolas, para uma melhor percepção dos resultados deste instrumental, utilizado na intervenção.

Figura 2: Resposta à pergunta: Você já se sentiu isolado na escola ou em outro grupo social? Se sim, em qual?



Fonte: Elaborado pela autora.

As respostas quando eram sim, podiam ser marcadas em mais de um local, mas pôde-se perceber com o gráfico acima, que o contingente de alunos que já se sentiram ou se sentem em algum momento isolados é grande para as respostas 'escola' e 'em todos os lugares', comparado àqueles que não se sentem ou nunca se sentiram isolados em lugar algum.

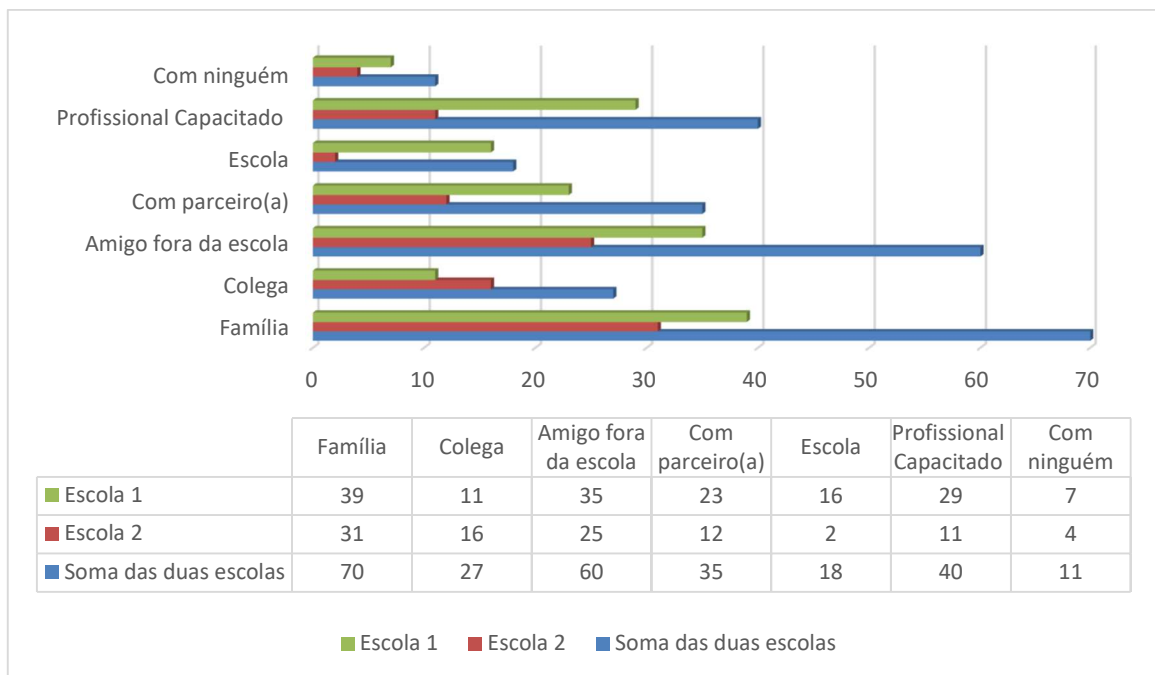
A pergunta não era sobre o sentimento deles presente, logo a resposta em todos os lugares, não pode ser entendida aqui como pessoas que se sentem isoladas o tempo todo e em todos os lugares, mas sim que em algum ou vários momentos de suas vidas já se sentiram isolados e que esse sentimento ocorreu em diferentes lugares e em momentos distintos.

Logicamente que alguns desses que tiveram essa resposta poderiam estar passando por essa situação no momento dessa intervenção, e que colocaram essa resposta em um sentido de se sentir isolado o tempo inteiro e em todos os lugares, mas como foi salientado acima, esse trabalho não tinha o objetivo de identificar casos, de uma forma investigativa, mas sim, praticar o exercício profissional do assistente social, democratizando a informação de onde buscar ajuda na rede, a qual o CAPSi por exemplo, deve prestar atendimento de portas abertas.

Em relação ao quantitativo de alunos que informaram se sentir isolados na escola, ratifica o que está sendo trazido no transcórre desse trabalho. A escola é um espaço em que passamos boa parte do desenvolvimento, e que deve ser um espaço seguro para um adolescer saudável. Esse expressivo resultado de que na escola os adolescentes já se sentiram isolados, traz um alerta, de que como sociedade, estamos falhando na educação salubre e exitosa na contemporaneidade.

A quarta pergunta era sobre as pessoas em que eles confiavam para conversar, caso estivessem passando por uma situação ruim. Esta pergunta também era de múltipla escolha. Na figura 3 foi tabulado as respostas recebidas pelos adolescentes.

Figura 3 – Resposta à pergunta: Se você estivesse passando por alguma situação ruim, com quem você conversaria?



Fonte: Elaborado pela autora.

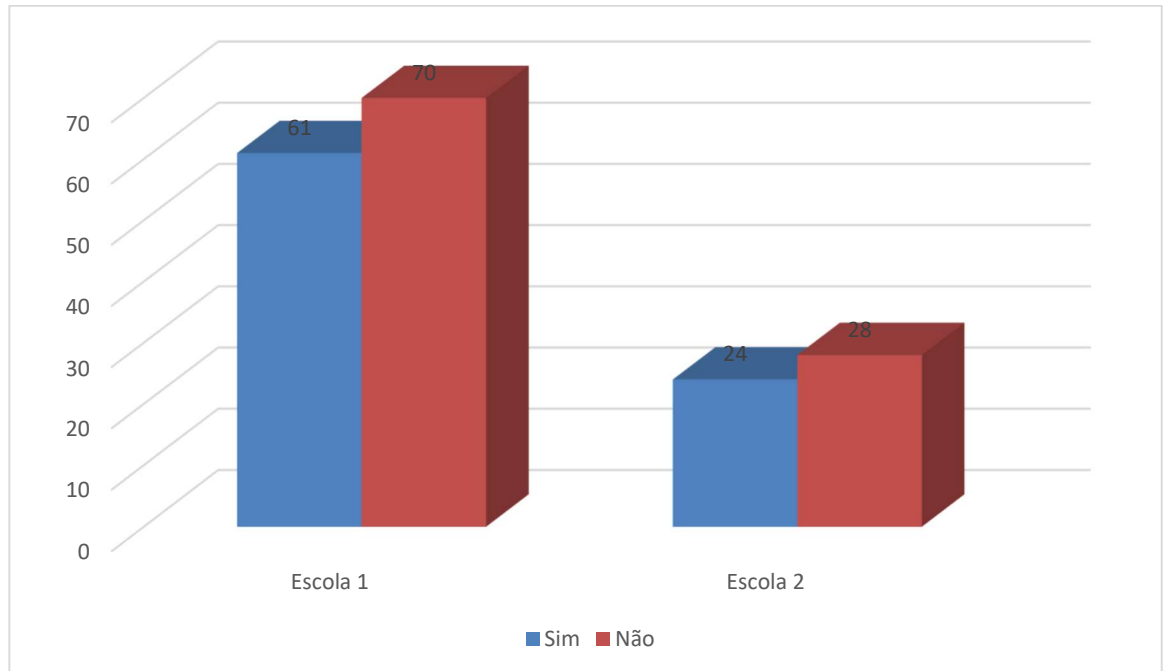
No gráfico acima pode-se perceber novamente a questão da escola, como não sendo um espaço visto pelos adolescentes como acolhedor. Essa questão merece um olhar mais aprofundado do porquê de isso ocorrer. Uma das respostas pode ser a falta de diálogo sobre questões de saúde mental, e também pela falta de profissionais capacitados como assistentes sociais e psicólogos nessas instituições, para atender as demandas latentes de adoecimento psíquico.

A escola geralmente é o segundo lugar mais frequentado pelas crianças e adolescentes depois da família, esse ambiente deve ser acolhedor, pois passamos boa parte da nossa construção enquanto pessoas, dentro dele.

Vale destacar também o quantitativo de alunos que citaram a família como quem buscariam para conversar se estivessem passando por uma situação ruim. Como a questão era de múltipla escolha muitos dos que informaram a família, foram os que citaram também que buscariam conversar com um profissional capacitado. O tema relação familiar esteve presente em todos os grupos no segundo encontro, tendo muitas questões descritas por eles na dinâmica do “meu problema é.”, sobre esse quesito.

A próxima pergunta estava relacionada ao ponto central deste estudo, que é sobre a questão da automutilação. Na figura 4, é apresentada as respostas dos adolescentes sobre o pensamento e/ou ato de autoagressão.

Figura 4 – Resposta à pergunta: Em algum momento você já pensou em se autoagredir?



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a essas respostas, podemos verificar que a automutilação é sim um fenômeno crescente entre os adolescentes. A pergunta não distinguia quem já efetivou o ato para quem apenas já pensou em realizá-lo, pois, este estudo não visava

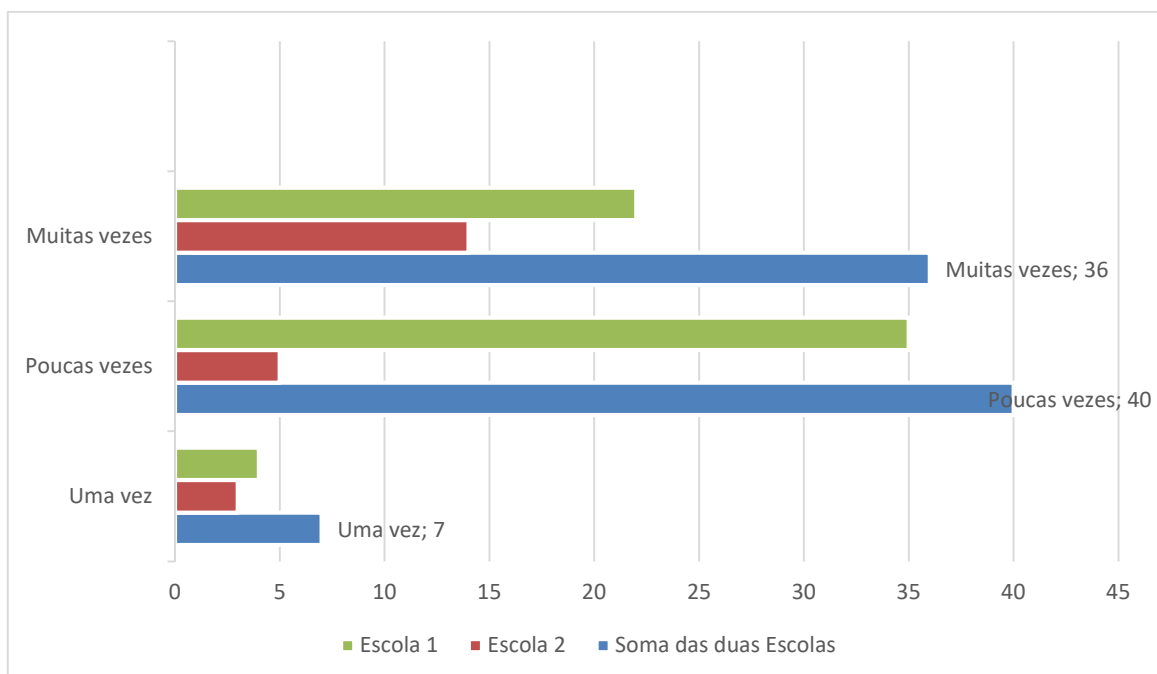
mapear casos, mas sim perceber como essa demanda é emergencial de ser trabalhada na prevenção dentro da rede, não só pela saúde, mas também pela área de educação.

O número de alunos que responderam que nunca pensaram e praticaram o ato de se automutilar em ambas as escolas é maior do que os que pensam e/ou agiram, mas também é muito próximo a esses que já tiveram algum envolvimento com a automutilação.

As duas próximas questões, eram para ser respondidas apenas por aqueles que colocaram sim, para a pergunta anterior. Foi questionado quanto a recorrência dos pensamentos e/ou atos, e quanto tempo faz que se automutilam ou pensaram em se autoagredir. Nas figuras 5 e 6, serão mostradas respectivamente a tabulação dessas respostas.

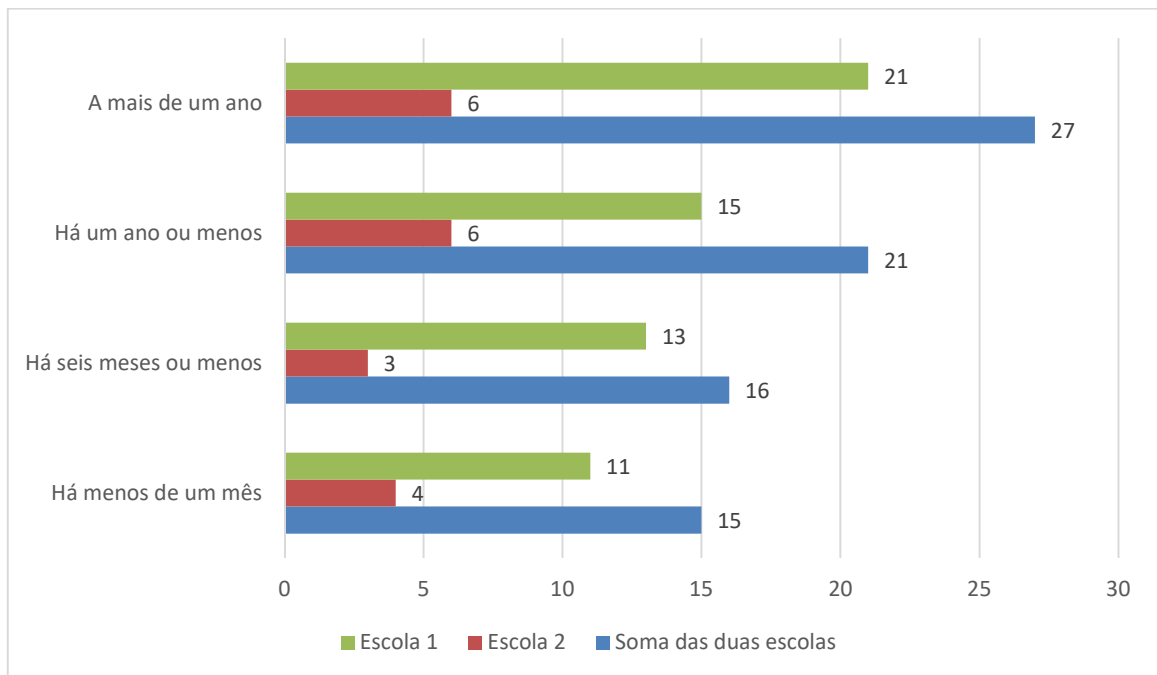
A quantidade de alunos que responderam em cada questão aparecerá ao lado direito da barra dos gráficos.

Figura 5 – Resposta à pergunta: Qual é/foi a recorrência dos pensamentos e ou ato de automutilação.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6 – Resposta à pergunta: Quanto tempo faz que pensa em se automutilar ou infringe o ato?



Fonte: Elaborado pela autora.

Nem todos que responderam que praticavam ou pensavam em se automutilar, na figura 4, responderam as duas perguntas posteriores, mas daqueles que responderam, podemos perceber que tem um quantitativo grande de alunos que responderam que pensam e/ou executam o ato muitas vezes.

Com relação ao tempo que executam ou pensam em automutilação (figura 6), temos uma quantidade de respostas um tanto quanto parelha entre muito tempo e pouco tempo. A ideia de ter colocado essa pergunta, era pensar se a automutilação era algo recente para eles, ou seja, que estaríamos atuando em uma situação bem emergente, talvez até com mais chances de êxito, em um sentido de prevenção, ou, se era algo de longo tempo e que logo estaríamos atuando em uma demanda mais emergencial.

Com a representação gráfica acima pode-se perceber que é difícil concluir algo bem concreto com essa resposta se era uma demanda emergencial ou preventiva, embora as respostas da figura 4, não deixem dúvidas quanto à necessidade do projeto nessas escolas.

Na sequência o questionário seguia com perguntas abertas, uma delas era bem abstrata, como o que eles mudariam nas suas vidas se pudessem mudá-las.

As respostas dadas por todos os adolescentes que participaram da intervenção nas duas escolas, tinham relação com a família, com questões pessoais como ansiedade, *stress*, crises de pânico, impulsividade, baixa estima, medo, insegurança, questões estéticas; outras várias respostas vieram sobre a perda de entes queridos que queriam ter por perto novamente, em menor grau que os anteriores, também veio a questão racial, de gênero e também econômica. Essas questões trazidas no questionário foram discutidas no segundo momento em todos os grupos, pois elas vinham nas respostas utilizadas na dinâmica do “o meu problema é.”.

A outra questão aberta, era sobre a profissão de assistente social. A pergunta era se antes desse encontro já conheciam o trabalho de algum(a) assistente social, e se sim em qual situação. Das 152 respostas, apenas 17 adolescentes informaram conhecer o trabalho dos assistentes sociais, seja por pesquisa e/ou por ter precisado em algum momento, 24 adolescentes informaram que conheciam, mas tinham uma ideia distorcida do trabalho, achando que a profissão seria um braço da psicologia, algum coordenador pedagógico, os atendentes do Centro de Valorização da Vida (CVV).

Nos segundos encontros, foi explicado ainda mais o trabalho do assistente social e diferenciado das outras profissões. Cabe salientar que a divulgação de informações, democratização da rede, são trabalhos dos assistentes sociais conforme explicita o Código de Ética profissional no artigo 5º - deveres.

Ainda, nesses encontros, foi trabalhado com as demandas trazidas por eles na folha “O meu problema é.”, a qual foi entregue também no primeiro encontro para ser respondida. Foram reescritas as questões que eles trouxeram de forma a ficar o mais anônimo possível.

Os relatos de experiências trazidos por eles foram colocados dentro de balões, os quais nos segundos encontros eles enchiam e aleatoriamente, pegavam um e liam para o grupo. Nesses momentos, eram discutidas as questões trazidas por eles de forma coletiva e horizontal sem sobreposição de saberes, tentando construir novas ideias sobre o assunto em um ambiente adequado e seguro, onde puderam se expressar de forma livre e sem julgamentos.

A partir dos relatos de experiências anônimos trazidos nos balões, foi possível colaborar mais empiricamente sobre a automutilação na adolescência e outros temas relacionados a saúde mental, promovendo a saúde, a informação e novas perspectivas sobre as questões levantadas por eles.

Ainda com relação ao questionário, a última pergunta dele, eram os comentários sugestões e/ou críticas dos adolescentes para com o projeto. Era a peça avaliativa quanto a execução da intervenção. Arretche (2011) sinaliza para o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação, a fim de que não se confunda as opções pessoais com o resultado. Como a avaliação nesse caso foi em parte realizada por quem executou o projeto, tentamos distanciar os anseios pessoais sobre o processo de avaliação e resultado.

Foi utilizado o parâmetro da eficácia para avaliar se o objetivo proposto de que os adolescentes se autoconhecessem, que promovessem o autocuidado, que ao perceberem o sofrimento psíquico que buscassem ajuda na escola e/ou dependendo do caso na rede, foi de fato alcançado. Para avaliar se o objetivo proposto foi alcançado, foi utilizada a peça avaliativa em que cada aluno respondeu, bem como os relatos individuais que foram sendo recebidos ao longo do processo. Para avaliar a eficiência do projeto, também foi levado em consideração a peça avaliativa, assim como os *feedbacks* recebidos das escolas trabalhadas.

A avaliação é uma atividade que tem como objetivo maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a consecução dos mesmos (COHEN; FRANCO, 1998, p. 77). Trazemos na figura 7, alguns dos comentários que foram recebidos sobre o projeto de intervenção.

Figura 7 – Resposta à pergunta: Deixe o seu comentário do que você achou deste projeto. Sugestões, críticas e elogios são bem-vindos.

Principais comentários dos estudantes

“Achei interessante, pois com isso aprendemos mais a buscar ajuda, a tentar resolver problemas sem métodos de agressão. Acho importante falarem sobre isso e outros assuntos que são considerados tabu nas escolas. Minha única crítica foi porque esse projeto não veio antes a escola...”

“Em minha opinião o projeto é muito bom e importante, pois na escola não falamos quase nunca sobre esses assuntos, e com esse projeto nós alunos temos a oportunidade de saber mais a respeito, tirando dúvidas e entender porque isso acontece”.

“Eu gostei do projeto, achei interessante a iniciativa de virem na escola, porque é na escola que fazemos amigos e escola é como a 2ª casa”.

“Um ótimo projeto, pois essas questões são extremamente necessárias de serem tratadas! Gostei da forma descontraída da palestra. Tive outra visão sobre esse assunto”.

"Achei ótimo conversarem sobre esses assuntos, pois ajuda a prevenir. A maioria das vezes só fazem algo para ajudar depois de algo acontecer, alguma tragédia por exemplo. Acho bom desabafar, porém sem se expor ou identificar".

Fonte: Elaborado pela autora.

Com essas e tantas outras mensagens recebidas pelos estudantes, pôde-se identificar que apesar do tempo curto e das respostas não virem de imediato, as intervenções foram sim eficazes. O propósito foi alcançado ao despertar o interesse dos adolescentes em relação ao tema, quebrando um tabu e/ou pensamento do senso comum com relação a automutilação. Ao levar a conhecimento dos adolescentes informações sobre a prática da autoagressão, levamos à conscientização, toda a problemática que permeia essa questão.

Cabe salientar que este projeto de intervenção não visava prover resultados imediatos, mas esperava serem percebidos a médio e longo prazo, tendo em vista que foram trabalhadas as subjetividades, em que não existe uma situação e fórmula única para a resolução de todas as complexidades. A intenção de abordar a automutilação como foco, é por ser um dos casos que se apresentavam mais frequentemente no CAPSi e no município como um todo. Ao abordar essa questão, outras demandas da questão social surgem, pois como foi visto, automutilação não é a causa e sim o sintoma de algo maior que não está bem.

Promover a saúde mental e prevenir doenças é um dos principais objetivos da RAPS e, por conseguinte dos CAPS. Em suma, era esperado deste projeto além do autoconhecimento, e o fortalecimento de vínculos entre a rede trabalhada, que esse conhecimento fosse expandido pelos usuários para os seus territórios efetivando assim a promoção da vida, e esses resultados foram de algum modo alcançados.

4.2 – DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A experiência de intervenção no estágio curricular obrigatório foi de grande aprendizado para a construção profissional. O projeto de intervenção surgiu de uma demanda emergencial não só do CAPSi, mas de âmbito municipal, e pela magnitude da questão, atuar nela foi uma experiência memorável.

As duas escolas trabalhadas eram do estado, mas de estruturas bem distintas, a primeira era de porte maior do que a segunda, porém ambas trouxeram desafios inesperados no decorrer do projeto. A primeira escola, atende alunos de diversos bairros do município, nessa instituição foram unidas duas turmas por grupo de intervenção.

Uma das situações inesperadas ocorreu em um dos grupos no final do primeiro encontro. Ao entregarmos os questionários e a folha com “o meu problema é” aos alunos, um professor veio falar que havia um aluno naquele grupo que era tailandês, e que não lia e nem escrevia em português, e nos questionou se sabíamos inglês, que era a língua que ele compreendia um pouco, para ajudá-lo a responder as questões.

O colega que participou do projeto sabe inglês fluentemente e então foi auxiliá-lo na atividade. Mas a partir daquele momento quando estava sendo organizado a realização do segundo encontro, que era a partir das demandas que eles traziam, ficou o questionamento, como aquele menino estava em quase metade do semestre letivo sem o conhecimento mínimo do português? Como eram feitos os trabalhos com ele? O que ele estava absorvendo das aulas?

Procuramos a coordenação, que foi quem abriu as portas para a realização do projeto de intervenção na escola, e questionamos como essa inclusão era feita. Quem o ajudava era um colega que estudava inglês há anos e falava fluentemente, o menino acabou saindo da escola e outro colega que sabe um pouco de inglês é quem o auxilia nas atividades. Que inclusão é essa?

Na segunda escola que era de um porte menor e situada dentro de um bairro específico, foram encontrados muitos alunos vinculados a uma religião específica, que segundo a coordenadora da escola, tentava insistentemente acessar a instituição propondo atividades de cunho religioso, inclusive haviam a procurado para falar de automutilação nesse viés religioso, o que a coordenação não havia aceitado.

O discurso religioso vinha nas falas de muitos dos jovens. Nessa escola algumas famílias foram chamadas pela coordenação para conversar conosco sobre situações de adoecimento psíquico, que os alunos enfrentavam há bastante tempo, e o discurso da família também era de cunho religioso, e que os filhos por sua vez estavam adoecidos, pois relutavam em seguir a religião. Esses foram os desafios inesperados dentro do projeto de intervenção.

Cabe salientar, que não existe nenhum preconceito quanto a religião dos alunos, mas é trazido aqui como desafio, pois em várias ocasiões, tanto os alunos

quanto as famílias atendidas, associavam o adoecimento psíquico a falta de tal crença, quando na verdade é sabido, que as religiões podem sim ter impacto positivo na vida das pessoas, mas não são fatores determinantes para a cura de sofrimentos psíquicos, os quais para tratá-los existe toda uma gama de conhecimento científico por traz.

Com relação as atividades do projeto, o desafio maior foi o tempo. A ideia inicial do projeto era ter ido em mais escolas para difundir de fato a rede, mas foi optado por realizar um trabalho com poucas escolas, mas com qualidade, ouvindo as angústias e anseios dos adolescentes. Apresentando o projeto a mais alunos dentro de uma mesma escola, o que conseqüentemente demandava mais tempo em uma mesma instituição, pois a dinâmica do segundo encontro necessitava de um grupo menor para ler e debater sobre cada demanda trazida por eles, logo os grupos trabalhados não podiam ser muito grandes.

O retorno dos adolescentes foi muito positivo. Em todos os encontros, os quais duravam uma manhã inteira, nos intervalos para o recreio ficavam alunos querendo informações, tirar dúvidas, falar de suas questões. Foram realizados encaminhamentos para a rede de alguns destes casos atendidos.

Nas conversas com os adolescentes, ficava latente a falta que fazem profissionais capacitados como assistentes sociais e psicólogos nas escolas. O assistente social na escola, é o profissional que atua juntamente nas políticas públicas e ações educacionais, articula a rede, percebe e atua nas refrações da questão social que perpassam esse ambiente.

A realização desse projeto no território através das escolas, serviu para mostrar o quão carente o sistema de ensino está, em relação as diversas demandas de atenção psicossocial. Se as escolas tivessem profissionais capacitados para atender a essas demandas, conseqüentemente não teríamos que mobilizar outros setores como o CAPSi para fazer esse trabalho na área educacional.

No período em que era realizado o trabalho no território, o NASF entrou em contato com o CAPSi para falar das incontáveis demandas que estavam recebendo de automutilação nos atendimentos, inclusive de escolas os procurando sem saber o que fazer com tamanha a complexidade dos casos de adolescentes que praticavam a autoagressão. Foi divulgado a eles do projeto de intervenção nas escolas que estava sendo realizado, e então eles quiseram unir forças para ampliar as intervenções em mais escolas, em um trabalho multiprofissional.

Foram realizadas reuniões com a Coordenadoria Regional do Estado, Secretaria Municipal da Educação, a Secretaria Municipal de Saúde, o NASF e o CAPSi, e outras instituições do município para pensar na expansão do projeto e também na organização de um fluxo de atendimento na rede de saúde para as escolas, que até então ficavam sem saber para onde encaminhar as demandas. Essas reuniões ocorreram em outros momentos, os quais já tinha sido encerrado o estágio curricular. No CAPSi ficaram outros profissionais responsáveis pela expansão do projeto de intervenção em equipe multiprofissional.

Levando em consideração toda a experiência do trabalho realizado nas escolas, conclui-se que a automutilação na adolescência é sim uma expressão da questão social emergente, que merece ser estudada pela profissão, para identificarmos qual o nosso papel perante a essa refração.

Há uma relevância muito grande em relação a automutilação entre adolescentes, que perpassa as áreas da saúde e educação, estão no território e vem crescendo na sociedade. Isso indica que a informação deve ser o primeiro passo para a prevenção e promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente a frequência de casos de automutilação na adolescência no CAPSi e demais espaços de saúde mental do município, examinar este fenômeno compreendendo essas manifestações e seus efeitos, é tão necessário quanto a atuação nele. A partir dos estudos para compreensão dessa situação podemos intervir de forma mais assertiva nas questões que concernem esse comportamento doloroso.

O ato da automutilação apresenta poucos estudos científicos que investiguem o que levam os indivíduos a incitar ações agressivas ao próprio corpo, como também pouquíssimos estudos que reflitam quais são as formas de lidar para transpassar essa realidade. Encontra-se bastante material sobre automutilação informalmente, em sites, fóruns, grupos nas redes sociais de adolescentes, que se apoiam mutuamente nessa questão.

A adolescência é um período em que o indivíduo tende a dispensar muita energia para lidar com as situações do cotidiano. Muitas vezes os adolescentes apresentam conflitos que perpassam as expressões da questão social, e quando esses conflitos não encontram caminhos saudáveis para se expressar e canalizar sua dor, podem iniciar o comportamento da autoagressão.

A automutilação é um sofrimento psíquico que está intrincado na conjuntura social atual, já sendo considerada como um problema de saúde pública, tendo em vista o aumento exponencial de casos que chegam nas áreas de saúde e nas escolas. Como os incidentes até então não eram de notificação obrigatória, o Brasil não tem dados fidedignos sobre essa questão, apenas estimativas e a percepção dos profissionais que no caso do município de Santa Maria/RS, rotineiramente recebem casos como esse para atendimento.

Demandas que incidem cotidianamente nos espaços de trabalho dos assistentes sociais, devem ter um olhar atento e crítico, para se verificar qual é o nosso papel enquanto profissionais, em tal circunstância. Nem sempre a agressão a si mesmo tem caráter patológico, é o que pôde ser percebido durante a experiência de intervenção nas escolas e casos atendidos no CAPSi.

Identificou-se que os adolescentes em sua grande maioria praticam a autoagressão, imbuídos por questões de cunho social, como conflitos familiares, entre amigos, abuso físico, sexual, *bullying*, questões de gênero, entre tantas outras que se

identificam subjetivamente como expressões da questão social, próprias da sociedade capitalista em que vivemos.

Os ferimentos provindos da automutilação impressionam e assustam a sociedade, mas deve-se compreender que esse comportamento doloroso permite o enfrentamento, são formas dos jovens se adaptarem a situações dolorosas.

Ao reconhecer esses sinais de apelo, o profissional assistente social pode ofertar uma escuta qualificada e humanizada, e quando necessário realizar os devidos encaminhamentos. O atendimento qualificado de um profissional que compreende essas questões, pode auxiliar o adolescente dando a oportunidade de encontrar maneiras de extravasar suas angústias de outra forma, que não seja apenas pelo afrente ao próprio corpo.

A experiência de intervenção nas escolas e o envolvimento no CAPSi com adolescentes que infligiam o ato da mutilação foi um aprendizado ímpar para a formação. O Serviço Social carece de maior conhecimento nessa área para atuação nessa expressão. O CAPSi ter realizado o movimento de ir as escolas para falar de saúde mental, levar conhecimento, se mostrar como um serviço de porta aberta foi de suma importância, nessa conjuntura atual em que a reafirmação da necessidade dos serviços é colocada constantemente à prova.

Para finalizar, o trabalho obteve êxito ao ser incorporado como prática do CAPSi e demais serviços da rede de atenção psicossocial de forma multidisciplinar. As reuniões que se sucederam após a intervenção no município para organizar a rede, a fim de atender as questões de automutilação e também de suicídio, foram um avanço mormente para os usuários. Fica como sugestão para os profissionais envolvidos na saúde mental, a busca por maior produção de conhecimento nessa área, pois só assim estaremos sendo efetivos na atuação profissional perante a essa demanda.

REFERÊNCIAS

- Amarante PDC. algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional**. V.3, p. 8-16, dez/jan.1992.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.
- AMARO, S. **Visita domiciliar: teoria e prática**. 1ª ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- ANJOS, C. S. N. dos. A prática do assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. In: NICACIO, E. M; BISNETO, J. A. (Org.). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2013.
- APPEL, N. M. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. In: VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 8., 2017, Maranhão. **Anais...** Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp 2017/pdfs/eixo8/O assistentesocialinseridonasaudentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp%202017/pdfs/eixo8/O%20assistentesocialinseridonasaudentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2019.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no Maior Hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: MELO RICO, E. (Org). 3. Ed. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez IEE, 2011.
- BARROCO, M. L. C.; TERRA, S. H. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. 2014. **Revista de Ciências Sociais**, n.40, p. 391-404, Abr. 2014. Disponível em: <[http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/ viewFile/16690/11177](http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/viewFile/16690/11177)>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial)-Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/135810 /335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 24 ago. 2019.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, SP: Cortez, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 18 maio 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 nov. 2019.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. A Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 ago. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____. Decreto-lei nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2019/lei/L13819.htm> Acesso em: 24 ago. 2019.

_____. Crianças, adolescentes e jovens estão entre os grupos mais suscetíveis ao suicídio e automutilação apontam especialistas. **Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos**, Brasília, DF, 29 abr. 2019. Disponível em: <mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/abril/criancas-adolescentes-e-jovens-estao-entre-os-grupos-mais-suscetiveis-ao-suicidio-e-automutilacao-apontam-especialistas>. Acesso em: 24 ago. 2019.

CAMPOS, G. V. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPSi SANTA MARIA. **Protocolo do centro de atenção psicossocial Capsi- "O Equilibrista"**. Versão 2015.

CARVALHO, M. do C. B. de. **Gestão social e trabalho social: desafios e recursos metodológicos**. São Paulo: Ed. Cortez, 2015.

CERVO, M da R. **Entre doces e travessuras: A produção de infância no CAPSi**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, no. 164, 25 ago. 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_49306.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Regulamentação da profissão Lei nº 8.662/1993, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS – CE, Debate n. 6, 1997.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

JATOBÁ, M. M. V. **O ato de escarificar o corpo na adolescência**: uma abordagem psicanalítica. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

LE BRETON, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, RS, ano 16, n. 33, p. 25-40, jan./jun. 2010.

LIMA, C. A. de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental**: contribuições e perspectivas para o Serviço Social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

LYKOUROPOULOS, C. B; PÉCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETO, C. H. DE A. **Automutilação**: um problema de saúde pública? CPI – Senado Federal. Brasília, DF, 10 set. 2017. Diapositivo, color. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc6c1027-16e5-415b-b451-0069e644f97c>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

OLIVEIRA, T. A de. **Automutilação do corpo entre adolescentes**: um sintoma social ou alerta de transtorno mental? Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação (Especialização em saúde mental e atenção básica) – Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016.

OLIVEIRA, M. F. de A. P. B; MENDONÇA, J. O CAPSi e a rede ampliada: intersectorialidade. In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.

OZELLA, S; AGUIAR, W. M. J. de. Desmistificando a concepção da adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. J. Serviço Social e saúde mental. In: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS – 6., 2013, Maranhão. **Anais...** Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2013. Disponível em: <<http://joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3estadolutas-sociaisepoliticaspUBLICAS/servicosocialesaudemental.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

PEREIRA, P. A. Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania. **Revista Temporalis**, Brasília: ABEPSS, nº. 3, p.51-62, 2001.

RAMOS, F. A. da C. Prefácio. In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental? **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP. V. 11, p. 27-50, 2012.

ROSA, L. C. dos S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP. V. 7-8, p. 75-106, 2009.

SANTOS, A. A. dos. et al. Automutilação na adolescência: Compreendendo suas causas e consequências. **Revista Temas em saúde**. V.18 nº 3. João Pessoa, 2018.

SILVA, M. F. de A.; SIQUEIRA, A. C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. **Revista Farol**. V.3, n.3, p. 5 – 20, mar. 2017.

SILVA, M. O. da S. **Serviço Social e o popular: resgate teórico metodológico do projeto de ruptura**. 7.ed. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 85, mar. 2006.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.15, supl.3, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036>. Acesso em: 12 jul. 2019.

VASCONCELOS, A. M. de et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. (Org.) **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2010.