



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

RODRIGO JÁCOB MOREIRA DE FREITAS

**PRÁTICAS VIOLENTAS VIVENCIADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

RODRIGO JÁCOB MOREIRA DE FREITAS

PRÁTICAS VIOLENTAS VIVENCIADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macedo Monteiro

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas, Rodrigo Jacob Moreira de.

Práticas violentas vivenciadas por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: significados atribuídos pelos profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Rodrigo Jacob Moreira de Freitas. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 167 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Ana Ruth Macedo Monteiro.

1. Enfermagem. 2. Violência. 3. Saúde Mental. 4. Saúde da Criança. 5. Saúde do Adolescente. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Rodrigo Jacób Moreira de Freitas**
realizada no dia 15 de fevereiro de 2016.

Ao décimo quinto dia do mês de fevereiro do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Ana Ruth Macêdo Monteiro, Karla Corrêa Lima Miranda e Maria Rocineide Ferreira da Silva sob a presidência da primeira, perante o qual, o Mestrando, **Rodrigo Jacób Moreira de Freitas** regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Práticas violentas vivenciadas por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: significados atribuídos pelos profissionais de saúde*", A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:45 as 15:00 tendo sido o Mestrando submetido à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar o Mestrando APROVADO, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Ana Ruth Macêdo Monteiro que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro - UECE

(Orientador e Presidente)

Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda - UECE

(1º membro)

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE

(2º membro)

Dedico esta dissertação à minha família, estrutura fundamental na formação da pessoa e profissional que sou hoje. Com vocês aprendi, com cada experiência vivenciada, valores inestimáveis para a minha vida. Dedico em especial à minha eterna avó (vovó Tana) que apesar de não estar mais presente fisicamente, sei que está olhando por mim e guiando meus passos, como sempre fez. Sei o quanto estaria orgulhosa de mim por esse momento.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato nobre de reconhecer que sozinho, nada somos. É perceber a importância e a força do outro em nossas vidas. Nesta caminhada, contei com a presença de pessoas pelas quais tenho um carinho imenso, e a vocês agradeço:

Primeiramente à **Deus**, pelo dom da existência e com ela poder experimentar o mundo ao meu redor. Agradeço pela vida, pelos familiares e amigos, pelas provações e bênçãos que me agraciastes. Sei que não sou digno de tudo isso.

A minha orientadora, **Prof.^a Ana Ruth Macedo Monteiro**. Quão ingrato é a tarefa de traduzir em palavras o que você representa para mim. Corro o risco de não fazer justiça a tua grandeza. Grandeza de espírito. Grandeza ao abrir os braços para acolher. Grandeza para escutar. Grandeza de sabedoria. A vocês agradeço por crescer ao seu lado, e mais que isso, por estar me permitindo realizar um sonho. Palavras sempre me escaparão...

Aos membros da banca, **Prof.^a Karla Corrêa, Prof.^a Rocineide Ferreira, Prof.^a Norma Randemark**, agradeço a prontidão em aceitarem fazer parte da minha caminhada e pelas inúmeras contribuições na construção desse trabalho. São referências para mim do profissional que quero ser.

Aos membros do Grupo de Pesquisa do qual faço parte (**Liane, Suzane, Amanda, Rita, Sara, Karol, Joana, Isa, Aleide, Natana, Kellyane**), agradeço a contribuição de cada uma, das leituras compartilhadas, dos momentos de risadas, das confraternizações. Juntos somos mais fortes.

A Universidade Potiguar - **UNP**, local onde posso me desenvolver profissionalmente, em especial aos **meus alunos**, pela compreensão das minhas ausências durante esse processo, e por me fazerem acreditar em uma formação em enfermagem/saúde diferente.

A Universidade Estadual do Ceará – **UECE**, por ter sido a minha nova casa durante esse tempo, em especial ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – **PPCCLIS**, pela receptividade, ensinamentos, pela sensação de pertencimento. Ao corpo docente, agradeço a contribuição ímpar de cada um. Aos funcionários (e amigos) **Aline, Fernanda e Alécio**, tenho eterna gratidão por vocês me ajudarem a dividir o peso de meus dias.

Aos profissionais, usuários e familiares do **CAPSi**, obrigado por permitirem a realização dessa pesquisa, e por permitirem que eu invadissem as histórias de vida de vocês. Obrigado por me ensinarem. Saio dessa experiência com um outro olhar...

Aos meus familiares, meu pai **José Humberto**, minha mãe **Elenilda**, minha irmã **Renata**, minha tia "**Galega**", obrigado pela dedicação e cuidado a mim ofertados. Em especial ao meu sobrinho **Luís Gustavo**, um presente de Deus, que trouxe um

novo significado e sentido para a nossa família. É em vocês que encontro sempre uma razão para voltar...

Aos meus amigos, **Juce Ally, Rúbia Mara, Sibebe, Théa Luana, Susy, Fernanda, Jackeline, Arthur**, obrigado por respeitarem o meu tempo, e acima de tudo, entenderem o meu jeito de ser. Com vocês construí histórias e pude aprender com elas. Como diz o poeta Vinicius, os amigos “nunca perdidos, sempre reencontrados”, que bom “sentá-los novamente ao lado”. Sei que com vocês, posso contar.

E se amigo “só se vai ao ver outro nascer”, agradeço aos novos amigos que pude conviver e compartilhar meus sonhos, angustias, minhas melhores risadas durante esse tempo. **Natana, Glória, Ticy, Adna, Samuel, Nayara, Raquel**, obrigado por fazer dos meus dias mais prazerosos, por me escutarem, por terem me permitido ter a sensação de estar em casa, sentado com meus irmãos (que nunca tive), comendo pizza. Com vocês recuperei minha poesia.

A **Thiago Sales**, pelo companheirismo e por me ajudar a ser uma pessoa melhor. Sem você, com certeza meus dias seriam mais difíceis e solitários. Obrigado pela mão estendida para a amizade.

Aos amigos da casinha, **Sibebe e Kellyane**, agradeço pela experiência única que vivemos. Se inicialmente desconhecíamos como seria essa convivência inusitada, o passar dos dias só confirmou que vocês são as melhores pessoas para se conviver diariamente. Afinal, nem todos entenderiam a organização de Sibebe, a sinceridade de Kellyane, e a minha música alta todos os dias. Irei sentir saudades quando tudo isso terminar...

Aos amigos da **turma X do mestrado**, agradeço pelas discussões, pelo aprendizado. Sei que deixo um pedaço com vocês, e levo um pedaço de cada um comigo.

Poderia escrever sobre cada um dos meus amigos, mas estaria excedendo aqui o limite de páginas que o bom senso permite. A vocês, inclusive os que não foram citados, meu muito obrigado.

A todos que direta ou indiretamente se depararam comigo “numa esquina, num lugar comum”, que me ajudaram “a levar minha bagagem e o que mais estivesse à mão”, obrigado.

“A maior riqueza do homem é sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. Palavras que me aceitam como sou — eu não aceito. Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas.”

(Manoel de Barros)

RESUMO

Objetivou-se compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um CAPSi no espaço sociofamiliar e suas estratégias terapêuticas. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, embasado no referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz. A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do município de Fortaleza-CE. Foram participantes da pesquisa nove profissionais de saúde de nível superior que desenvolvem atendimento individual e/ou grupal aos usuários. A coleta de dados se deu por meio do uso do grupo focal e a entrevista semiestruturada, respondendo às questões norteadoras. O uso da *Epoché*, como atitude de redução fenomenológica da dúvida, foi fundamental para se alcançar, ou se aproximar, da essência do fenômeno vivido. Após a organização do material colhido, as anotações dos relatores, e transcrição das falas e entrevistas foram lidas e posteriormente categorizadas. Os discursos foram interpretados a partir das categorias concretas para se chegar ao significado da ação dos sujeitos que foram analisadas utilizando o referencial da Fenomenologia Social, articulando com seus principais conceitos. Evidenciaram-se três categorias: Percepção dos profissionais de saúde sobre a violência vivenciada pelos usuários do CAPSi; Significado da violência vivenciada pelos usuários de um CAPSi para os profissionais de saúde; Estratégias terapêuticas dos profissionais de saúde do CAPSi para os usuários que vivenciam práticas violentas. Os profissionais percebem a violência como algo que traz consequências negativas na vida da criança e adolescente e podem se expressar de diferentes formas, sendo multifacetada. Os mesmos reconhecem e identificam a violência física, psicológica, sexual. Porém, é a negligência de cuidados a forma mais presente no CAPSi, seguida da violência verbal. Eles relacionam a violência com o sofrimento psíquico das crianças e adolescentes atendidos. Para eles, os familiares chegam ao serviço procurando atendimento médico e medicação para acalmar seu filho. Isso é visto pelos profissionais como mais uma forma de violência. Por último, os profissionais apontam as estratégias terapêuticas por eles utilizadas para os usuários em situação de violência centrando suas ações na criança e adolescente, realizando grupos, trabalhando valores e resolução de conflitos; trabalham com as famílias, realizando grupos com as mães; e evidenciam a importância de uma atenção integrada e em

articulação com a rede, porém, os mesmos relatam dificuldades para que isso ocorra. Assim, há a necessidade do profissional de saúde tomar conhecimento da situação biográfica dos sujeitos, do estoque de conhecimento que eles possuem, das suas motivações e dos significados que eles atribuem as suas experiências. Dessa forma, os profissionais poderão intervir de acordo com as reais necessidades das famílias e crianças/adolescentes envolvidos. A articulação da rede de atenção psicossocial com os serviços intra e intersetoriais, e a rede de apoio social é necessária para estratégias mais resolutivas, e que além do apoio técnico, possam estabelecer uma atuação integral e integrada em seus serviços.

Palavras-chave: Enfermagem. Violência. Saúde Mental. Saúde da criança. Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

The objective is to understand the meaning that health professionals attach to violent practices experienced by users of a social-family CAPSi in space and their therapeutic strategies. It is a qualitative study, based on methodological theoretical framework of social phenomenology of Alfred Schutz. The research was conducted in a Psychosocial Care Center Children and Youth in the city of Fortaleza-CE. Research participants were nine superior health care professionals who develop individual and / or group users. The data collection was carried out through the use of focus groups and semi-structured interview, responding to the guiding questions. The use of epoché as phenomenological reduction Attitude doubt it was crucial to reach, or approach, the essence of lived phenomenon. After organizing the material collected, the notes of the rapporteurs, and transcripts of speeches and interviews were read and then categorized. The speeches were interpreted from specific categories to arrive at the meaning of the action of the subjects that were analyzed using the social phenomenology referential, coordinating with key concepts. Three categories became clear: the health professionals perception of violence experienced by users of CAPSi; Meaning of violence experienced by users of a CAPSi for health professionals; Therapeutic strategies CAPSi health professionals to users who experience violent practices. Professionals perceive violence as something that has negative consequences for children's lives and adolescents and can be expressed in different forms, being multifaceted. They recognize and identify the physical, psychological and sexual violence. However, is the neglect of care the most present form in CAPSi, followed by verbal violence. They relate to violence with the psychological distress of children and adolescents treated. For them, family members come to the service seeking medical care and medication to calm your child. This is seen by professionals as another form of violence. Finally, professionals point out the therapeutic strategies used by them to users in situations of violence focusing its actions in children and teenagers, performing groups, working values and conflict resolution; They work with families, performing groups with mothers; and highlight the importance of integrated care and in conjunction with the network, however, the same report difficulties for this to occur. Thus, there is a need of health professionals aware of the biographical situation of the subjects, the stock of knowledge they possess, their motivations and meanings that they attribute their experiences. Thus,

professionals may intervene in accordance with the real needs of families and children / adolescents involved. The articulation of psychosocial care network with intra- and intersectoral services, and social support network is needed for more resolving strategies, and that in addition to technical support, can establish a comprehensive and integrated operations in their services.

Keywords: Nursing. Violence. Mental health. Child health. Adolescent health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	VIOLÊNCIA E A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	23
3.2	REDE DE SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	31
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	43
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO	45
4.2	TRAJETÓRIA DO ESTUDO	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	62
5.1	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS USUÁRIOS DO CAPSI.	63
5.2	SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS USUÁRIOS DE UM CAPSI PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	90
5.3	ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPSI PARA OS USUÁRIOS QUE VIVENCIAM PRÁTICAS VIOLENTAS ...	115
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICES	164

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada hoje um problema de saúde pública tendo em vista a complexidade de ambientes e atores envolvidos. Ao discutirmos a violência precisamos ter em mente que ela está intimamente relacionada a diversos determinantes e condicionantes como, raça, gênero, idade, condições socioeconômicas, culturais, religiosas, dentre outros, trazendo danos para os sujeitos.

Entendemos violência nesse trabalho como qualquer ato, concretizado ou em forma de ameaça, que gere algum dano, seja ele físico ou mental, praticada contra outra pessoa ou a si mesmo, podendo ou não levar a morte. Consideramos assim, coerção, ameaça, chantagem, agressões verbais, humilhações, xingamentos, abuso, uso de armas ou até mesmo negligência de cuidados como formas e expressões de violência. De uma forma geral, ela pode acontecer em casa, no contexto familiar, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde e ser praticada por diversos sujeitos.

Quando a violência é dirigida contra as crianças, a gravidade das ações pode atingir toda a infância, e as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais que sofrem, ainda que não sejam fatais, determinam significativos potenciais de desgaste, não só naquele momento, mas ao longo da vida.

A vivência de maus-tratos na infância está associada à prática e vivência de outros tipos de violência, como a conjugal, sexual e autodirigida. Pode-se dizer que estratégias de prevenção de maus-tratos na infância têm potencial para reduzir o envolvimento com a violência em todas as fases da vida (APOSTÓLICO et al., 2012).

Apesar dos avanços dos mecanismos de proteção, da compreensão da infância enquanto uma das idades da vida e, conseqüente, a diminuição da mortalidade infanto-juvenil (WAISELFISZ, 2014), no que diz respeito à população jovem e não jovem¹, a violência ainda tem representado uma das principais causas de morbimortalidade.

As crianças estão associadas a maior vulnerabilidade física e mental, maior codependência dos familiares. Já a população jovem está mais suscetível à

¹Considera-se não jovens aqueles que ainda não chegaram a sua juventude – menos de 15 anos de idade –, e aqueles que já passaram da faixa – 29 ou mais anos de idade (WAISELFISZ, 2014).

vivências de violência no seio familiar, envolvimento com álcool e outras drogas, colocando esses sujeitos no foco das ações de enfrentamento à violência.

Avaliando a taxa de mortalidade associada à violência em jovens nas últimas décadas observa-se que a taxa de mortalidade juvenil se manteve estagnada, e teve um ínfimo aumento ao longo do período, passando de 146 mortes por 100 mil jovens, em 1980, para 149, em 2012. Porém em 2012, dos 77.805 óbitos juvenis registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, 55.291 tiveram sua origem nas causas externas², fazendo esse percentual se elevar de forma drástica: em 2011 acima de 2/3 de nossos jovens, equivalente a 71,1%, morreram por causas externas. Considerando o período de 1980 a 2012, 62,9% das mortes entre jovens se deu por causas externas. Na população não jovem, esse percentual representa somente 8,1% das mortes acontecidas. Se na população não jovem somente 2,0% dos óbitos foi causado por homicídio, entre os jovens os homicídios foram responsáveis por 28,8% das mortes acontecidas no período 1980 a 2012. Vale salientar que nos grandes centros urbanos, dentre eles a cidade de Fortaleza, que em 1998 apresentavam índices relativamente baixos, em 2012 passam a ocupar lugares de maior destaque nessa nova configuração da violência no País (WAISELFISZ, 2014).

No tocante a violência contra crianças e adolescentes, a mesma é infringida por diferentes autores/atores e em distintos lugares. São considerados como violência contra a criança e o adolescente quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que levam a danos físico, emocional, sexual e moral às vítimas. O abuso físico, sexual, psicológico, negligência e abandono, são os tipos de violência mais frequentemente cometidos contra eles (TOLEDO, 2013).

Vale salientar que pela complexidade do fenômeno da violência, muitas vezes, não se consegue delimitar e classificar as formas de violência, visto que elas acontecem em conjunto e articuladas às outras formas e atos violentos.

Conforme os dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no que se

²Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a magnitude desses graves problemas de saúde pública. Causas externas (acidentes e violências) podem ser compreendidas como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, com caráter de intencionalidade (violências) ou não (acidentes).

refere às notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, revelaram que no sexo masculino a faixa etária mais acometida foi a de 0 a 9 anos (25,2%), seguida das idades de 15 a 19 anos (19,2%). Quanto ao sexo feminino, a maior proporção de ocorrência de violência por faixa etária foi observada naquelas de 20 a 29 anos (24,4%) e 30 a 39 (18,9%). Quanto ao tipo de violência, a negligência foi o mais comum (43,1%) em crianças menores de 10 anos, seguido da violência física (33,3%). No que se refere ao provável autor da agressão, a mãe apareceu em mais de 36% dos casos notificados. A violência física (65,3%) foi o tipo de violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, e o provável autor da agressão (20,0%) um amigo ou conhecido (BRASIL, 2013c).

Expostos ao círculo da violência, crianças e adolescentes têm sido vulneráveis ao adoecimento físico, emocional e social, o que é perceptível nos atendimentos nas unidades de saúde, e no aumento da violência praticada por esse grupo etário, que passam de vítima a agressor, como manifestação do enfrentamento ao que foi vivenciado em sua trajetória de vida.

Enquanto objeto dessa pesquisa, se buscou investigar as questões referentes ao fenômeno da violência vivenciada por crianças e adolescentes no cotidiano de suas relações sociofamiliares, a partir do olhar e do significado atribuído pelos profissionais de saúde, bem como a participação desses profissionais e seu papel nas linhas de cuidado a essas vítimas de violência. Foi trabalhado especificamente com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil que atendem crianças com algum sofrimento psíquico e que vivenciam situações de violência.

Embora os profissionais que atuam junto às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico sejam o foco, acredita-se que ao se pensar o trabalho em saúde com esses sujeitos, o profissional deve ter em mente a importância da inserção da família no contexto do cuidado em saúde. Deve-se voltar, portanto, para um olhar ampliado para a família, pois ela é o primeiro contato socializador com a criança, que em decorrência dessas relações, pode experimentar vivências de cuidado e afeto ou abandono e outras formas de violência, que podem repercutir negativamente no sujeito. Além disso, nos casos de violência intrafamiliar é preciso trabalhar a família e os valores com cautela, para que não haja o rompimento dessas relações familiares necessárias para o desenvolvimento da criança.

Na concepção de Silva e Monteiro (2011) a família se constitui numa instituição onde os indivíduos iniciam seus processos de formação. Através dela, incorporam padrões de comportamento, valores morais, sociais, éticos, espirituais, dentre outros. O núcleo familiar participa da formação da personalidade e contribui para consolidação do caráter e adoção de noções de ética e solidariedade.

A família saudável deve constituir-se em um espaço de amor e afeto, onde se exercitam as interações saudáveis, buscando o desenvolvimento do potencial humano. Assim, a primeira experiência de cuidado vem da própria família. É neste meio que se aprende o que é cuidado, e essa base será levada para o futuro; ou seja, é sendo cuidado que se aprende e se desenvolve a capacidade de cuidar (GABATZ; NEVES; BEUTER; PADOIN, 2010).

Entretanto, quando a família é a geradora da agressão, ela se constitui em um ambiente de risco à integridade física, moral e psicológica de seus membros. Assim, a violência intrafamiliar poderá ser uma das formas mais cruéis de violência, especialmente quando se considera que a família deveria representar um ambiente de segurança para seus membros (GABATZ; PADOIN; NEVES; TERRA, 2010).

As consequências da violência intrafamiliar são críticas para o contexto da família-criança que necessita ser cuidada. Esse fenômeno se torna cada vez mais grave se levarmos em consideração a complexa relação entre a violência contra a criança, família e saúde mental.

A violência, seja ela caracterizada como física, sexual, psicológica, negligência e/ou abandono pode contribuir para o surgimento e desenvolvimento de sofrimento psíquico e adoecimento mental.

Abuso de álcool e outras drogas, depressão e ansiedade, transtorno por estresse pós-traumático, transtorno alimentar e do sono, déficit de atenção e hiperatividade, comportamento externalizantes agressivos, tabagismo, pensamentos suicidas, comportamento suicida, práticas sexuais de risco são algumas das consequências da violência na vida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (WHO, 2014).

Nesse contexto, torna-se necessário discutir o conceito de sofrimento psíquico, que muitas vezes é confundido com transtorno ou doença mental. O homem sempre buscou explicações para o seu sofrimento, seja através da mitologia, da religião, e mais recentemente, com o advento da modernidade, através da Ciência. Na sua origem, a palavra “sofrimento” deriva do grego *pathos*,

apontando para aquilo que afeta o homem, como ele se constrói no mundo (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014).

Historicamente, a Medicina moderna para se estruturar enquanto Ciência, precisou definir claramente seu objeto, reduzindo a experiência do sofrimento a algo que pudesse ser regular, previsível e generalizado, como exigido pela ciência moderna, reduzindo, dessa forma a doença ao corpo, encontrando nele sua localização anatômica (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014).

As autoras supracitadas consideram que a psiquiatria, enquanto disciplina da medicina, deveria se ocupar das questões do sofrimento na sua vertente psíquica, porém ao alicerçasse dos dispositivos da medicina moderna, as questões de ordem subjetiva do sujeito passam a ser objetivadas e tratadas na categoria de “doença mental ou transtorno”, assumindo a postura da doença enquanto algo localizável no corpo, pensando o sofrimento como um fenômeno orgânico. Assim, quadros relativos ao mal-estar e sofrimento psíquico sem base orgânica eram desconsiderados.

Como consequências tem-se a presença de diagnósticos psiquiátricos que se estabelecem em bases biológicas, aproximando os fenômenos mentais das doenças orgânicas. Vê-se o abandono da descrição dos sentidos dos sintomas apresentados pelos sujeitos em detrimento de uma noção em que os sintomas são reconhecidos como manifestações de desordens da bioquímica cerebral. Há o fortalecimento das indústrias farmacêuticas, com o surgimento da psicofarmacologia e a neuropsiquiatria enquanto espaço hegemônico no tratamento de sofrimentos severos bem como uma quantidade muito maior de sofrimentos cotidianos (GUARIDO, 2007).

Dessa forma, quer-se deixar claro a concepção de sofrimento psíquico que foi adotado para embasar a pesquisa. Considera-se assim, sofrimento psíquico como tudo aquilo que afeta a ordem do sujeito, um conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados da vida, relacionados às dificuldades de operar planos, definir o sentido da vida. Ou ainda, relacionada ao sentimento de impotência e de vazio (AMARANTE; LEPRE; GOMES; PEREIRA; DUTRA, 2011).

Esse conceito amplia o olhar para os problemas de ordem mental, visto que todos os sujeitos sofrem com perturbações e angustias ao longo de suas vidas. Vale ressaltar que ao falar de sofrimento psíquico percorre-se um campo de desejos,

significações, experiências subjetivas do sujeito, onde precisamos abandonar a concepção de cura, adotando a concepção de cuidado, fundamentado na humanização e na subjetividade dos seres imersos no mundo da vida.

Pode-se pensar, nesse sentido, que os sujeitos em sofrimento psíquico são mais vulneráveis a sofrer violências, como também, os sujeitos em situação de violência são mais vulneráveis a apresentar algum sofrimento psíquico, pois, em ambos os casos, os problemas que apresentam os tornam mais frágeis nas relações sociais.

Para Toledo (2013), a violência para com esses sujeitos pode ocorrer na própria família, na comunidade, e, principalmente, nas instituições. O referido autor discute que é na família que irá ocorrer as relações de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, exigindo uma atenção maior, gasto de energia e alterações no contexto e na rotina da família, o que muitas vezes pode ser expressa por retaliações da própria família, que faz uso da agressão física ou abandono. A violência intrafamiliar nesse sentido acontece quando o sujeito que sofre deixa de ser cuidado, nas questões de higiene, falta de acompanhamento no tratamento, rejeição, preconceito com a doença, dentre outras. Na comunidade, o sujeito em sofrimento psíquico é xingado, humilhado, e mesmo ignorado no dia a dia das ruas da cidade.

Toledo (2013) reforça, ainda, que a forma como esse sujeito é tratado no interior das instituições, caracteriza violência institucional, por acontecer na escola, unidades de saúde, até mesmo nos CAPS e instituições psiquiátricas. Nelas, a criança e o adolescente em sofrimento não são vistos como sujeitos, tendo pouco, ou nenhum, reconhecimento e acolhimento de suas queixas, ocorrendo com isso, a perda da identidade, dos vínculos familiares, privação da liberdade, além da prática da medicalização no âmbito dos serviços, que aponta para a ocorrências frequentes de prescrições indiscriminadas de medicamentos, com objetivo de reduzir a autonomia dessas pessoas.

Verifica-se no Centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) que crianças e adolescentes expostos a violência buscam o serviço com alterações de comportamento, com vistas a um acompanhamento terapêutico. Verifica-se, também, história de violência entre aqueles que já estão em processo terapêutico no serviço, seja na forma de agressão física, negligência, assédio moral dentre outras práticas de violência. Vivenciar essa realidade do serviço, bem como realizar

pesquisas junto a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias, nos conduz a um mergulho no mundo da vida desses sujeitos que revelam por meio de falas e expressões suas experiências cotidianas.

Assim, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, assumem um papel de destaque na prevenção, identificação de casos e enfrentamento da violência contra as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Sendo necessário que os mesmos ampliem o olhar para além da doença, e que sua atenção seja integral, também voltada à família, que nesse cenário é cuidadora e responsável pela agressão.

Por outro lado, quando trabalhamos saúde mental e violência, temos que ter em vista a atenção em saúde não apenas na pessoa como vítima da violência, mas na sua relação com o agressor e no contexto complexo que a envolve, onde estão em jogo as pessoas, a realidade externa, a cultura, fantasias, traumas, desejos de vida e morte etc. Assim, o enfrentamento da violência extrapola os serviços de saúde. Para que os problemas identificados sejam resolvidos, é necessária a articulação de diferentes setores: saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento (BRASIL, 2009a).

A atenção em saúde mental, realizada por uma equipe multiprofissional e de uma rede de referência, é uma das intervenções possíveis nas situações de violência e pode contribuir na mudança desse cenário. Cabe ao profissional de saúde expor conhecimento e resoluções para os problemas, disposição para ensinar, aprender e ajudar a família a encontrar meios para amenizar ou resolver seus problemas (SILVA; MONTEIRO, 2011).

O desenvolvimento do cuidado clínico em saúde mental deve se dar por meio do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar, visto que as questões que envolvem a violência, saúde mental e família são complexas e necessitam dos diversos olhares. Dessa forma, a clínica pode contribuir para o grau de autonomia dos sujeitos, dando-lhes possibilidades para a compreensão e atuação sobre si mesmo e sobre o mundo da vida (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Assim, essa realidade exige do profissional a necessidade de uma abordagem familiar, transdisciplinar, intersetorial e em rede para o enfrentamento do problema da violência contra a criança e adolescente em sofrimento psíquico, seja no âmbito familiar ou no dia a dia dos serviços de atenção à saúde. Diante disso,

questiona-se: Qual o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil no contexto sociofamiliar? Como se dá as suas estratégias terapêuticas nesse contexto?

O interesse pela temática da violência, em especial a violência contra a criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, surgiu por diversos motivos. Primeiramente, pela onda de violência observada e vivenciada no cotidiano, nos espaços da mídia, que noticiam diversos casos de violência no mundo e no Brasil. Empiricamente, podemos afirmar que todas as pessoas direta ou indiretamente já vivenciaram um ato de violência na sociedade, seja física, estrutural, psicológica, sexual.

Em segundo, em nossa trajetória acadêmica a violência foi uma discussão presente no processo de formação, sendo trabalhada em várias disciplinas, como Saúde da criança, Ética e bioética, Saúde do adulto, Saúde Coletiva, Temas Avançados em saúde Coletiva dentre outras. Na ocasião, no ano de 2008, fomos responsáveis pela organização do XII Seminário de Bioética da Faculdade de Enfermagem/FAEN da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN com o tema central da violência, sendo subdividida em momentos de discussão da violência contra a mulher, violência contra a criança, idoso e violência no trânsito. Com o tema “Boi da cara preta pegue esse menino que tem medo de careta: violência contra a criança” a mesa redonda foi um momento riquíssimo para aprofundamento da discussão, onde profissionais de diferentes áreas deram um olhar sobre a problemática. Poder participar desse processo de organização do seminário e das discussões foi um momento marcante e que contribuiu para o interesse pela temática.

Somados a isso, durante o período de trabalho na Estratégia Saúde da Família na zona rural no município de Apodi - RN, também tivemos uma implicação com a temática da violência a partir do contato com famílias e casos de violência infantil como negligência, com carteiras de vacinação atrasadas, falta às consultas de puericultura, maus tratos, agressões, crianças em sofrimento psíquico e adoecimento mental mantidas em cativeiro. Configurando uma realidade difícil, mascarada no seio das relações familiares, que despertou nossa indignação e curiosidade para maior aproximação com o objeto de estudo.

Assim, após inserção no Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE e participações no grupo de pesquisa, esse interesse pela temática me motivou a construção do estudo. Cabe ainda ressaltar que o trabalho é oriundo e parte de um projeto guarda-chuva intitulado “CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO - TRAJETÓRIA DE PRÁTICAS VIOLENTAS”, coordenado pela professora Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro.

É nesse sentido, visando responder tais questionamentos, e contribuir para a produção do conhecimento na área de saúde mental e violência é que pretendeu-se realizar um estudo que busca compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um CAPSi e suas estratégias terapêuticas nesse contexto, à luz do referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz.

Além disso, o trabalho fortalece a produção científica em saúde ao contemplar pontos da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011) na subagenda de Saúde Mental, Violência, acidentes e trauma e Saúde da Criança e Adolescente, abordando questões do preconceito, estigma, violência e implicações psicossociais, saúde mental da infância, medicalização do sofrimento, projetos terapêuticos e redes de apoio, temas estes que precisam ser prioritários em pesquisas no Brasil.

Trabalhos nessa perspectiva são importantes, pois aproximam o tema da violência a um referencial teórico filosófico, possibilitando um novo olhar sobre o problema, ampliando a compreensão sobre o fenômeno. Após a construção do estado da arte percebe-se que são escassas as pesquisas que relacionam crianças e adolescentes portador de algum sofrimento psíquico e a situação de violência por eles vivenciadas, tendo o CAPSi enquanto lócus da pesquisa. A maioria dos trabalhos enfatizam as consequências da violência na vida desses sujeitos, sem abordar que estes já tenham algum tipo de adoecimento mental. Ainda, o trabalho é relevante por possibilitar o profissional de saúde (re)pensar o significado da violência na vida dessas crianças e adolescentes, bem como refletir sobre novas estratégias terapêuticas de cuidado no enfrentamento da violência.

2 OBJETIVO

Compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um CAPSi no espaço sociofamiliar e suas estratégias terapêuticas nesse contexto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA E A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A violência é, atualmente, um fenômeno crescente na sociedade, pois está articulado às questões políticas-estruturais, econômicas, étnico-raciais, culturais, psicológicos etc., acarretando graves consequências à saúde das vítimas e dos envolvidos na teia de relações do sujeito. Cada vez mais complexa, se expressa por meio de guerras, ódio, disputa de poder, torturas, terrorismo, autodestruição, preconceito, agressão, castigos, exploração sexual, difamação, *bullying*, *cyberbullying*, dentre outras (ALMEIDA, 2010).

Porém, a violência não é um estigma da sociedade contemporânea. Ela acompanha o ser humano desde tempos remotos e manifesta-se de diferentes formas, de acordo com o momento histórico e diferentes significados dentro de uma determinada cultura. Autoflagelo, castigos, “caça às bruxas”, por exemplo, são alguns dos relatos que datam da Idade Média. O desenvolvimento da civilização em seu processo histórico mostra que as transformações tecnológicas, ambientais, filosóficas, psicológicas, econômicas, religiosas influenciam e contribuem para a modificação das formas da violência (ALMEIDA, 2010).

Levisky ao discutir a violência na sociedade contemporânea alerta para o fato de que há, ainda, uma dimensão psíquica da violência que precisa ser analisada, pois consciente ou inconscientemente, podem gerar efeitos traumáticos estruturantes desses sujeitos, atenuar ou exacerbar manifestações e fantasias violentas. O amor excessivo pode ser uma expressão de violência, assim como a passividade. O processo educacional pode ser visto como uma forma de violência ao adequar, ordenar o comportamento humano (ALMEIDA, 2010).

Para Almeida (2010), todos nós somos potencialmente violentos, e a maneira de administrar essa agressividade é que nos diferencia uns dos outros. Alguns encontram formas construtivas para canalizar a própria destrutividade, porém, existem aqueles que, influenciados por diferentes contextos endógenos e exógenos, costumam projetar a sua violência descarregando no outro.

Embora a violência não seja um tema específico da área da saúde, podendo ser analisada por diferentes prismas, se torna relevante o estudo desta temática pelas consequências que essa violência acarreta, por meio de lesões,

traumas e mortes físicas, emocionais (MINAYO, 2006) além do aparecimento e/ou desenvolvimento do sofrimento psíquico e outros transtornos mentais.

Segundo Minayo (2003; 2006) a violência não é uma, e sim, múltipla, daí a dificuldade de se conceituá-la. Sendo assim, não devemos encerrar a noção de violência em uma definição fixa e simples, necessitando ser compreendida como um conceito polissêmico.

Hayeck (2009) alerta para a questão da polissemia do conceito, e reforça o cuidado que devemos tomar ao expor um conceito sobre violência, pois ele pode ter vários sentidos, como: ataque físico, uso da força física, ameaça ou até mesmo um comportamento ingovernável.

De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer “força” e se refere as noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2003; 2006). A violência é como “qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais” (MINAYO, 1998; 2003; 2006).

Percebe-se neste conceito, que há uma necessidade em diferenciar conflito e agressão. O conflito é necessário para a resolução de problemas, e é condição de ser e estar no mundo, enquanto que a agressão é vista como um comportamento que se orienta de modo intencional para causar mal ou danos a outrem (COELHO, 2014); sendo também uma estratégia de resolução de problemas, mas que traz danos aos envolvidos.

Para Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é definida como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al, 2002).

Faleiros e Faleiros (2008) alertam para o fato que a violência resulta de um jogo de poder e que, todo poder implica a existência de uma relação, mas nem todo poder está associado à violência.

O poder é violento quando se caracteriza como uma relação de força de alguém que a tem e exerce-a visando a alcançar objetivos e obter vantagens (dominação, prazer sexual, lucro), previamente definidas. A relação violenta, por ser desigual, estrutura-se em um processo de

dominação, através do qual o dominador, utilizando-se de coação e agressões, faz do dominado um objeto para seus “ganhos”. Com isso, acaba por negar os direitos do dominado e desestrutura sua identidade. O poder violento é arbitrário ao ser “autovalidado” por quem o detém e julga ter o direito de criar suas próprias regras, muitas vezes contrárias às normas legais (FALEIROS, FALEIROS, 2008, pag. 29-30).

Quanto aos tipos de violência, a OMS (2002) dividiu três categorias de violência conforme a característica de quem comete o ato violento. Assim, ela pode ser autoinfligida, caracteriza-se pela violência que a pessoa causa a si mesma, são assim chamados os suicídios, as tentativas e as ideações de se matar e de se automutilar (KRUG, 2002).

A violência coletiva, relaciona-se a atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões, se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros, ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (KRUG, 2002).

A violência interpessoal é classificada em dois âmbitos: a intrafamiliar e a comunitária. A violência intrafamiliar é aquela que ocorre entre os membros da família e parceiros íntimos, mas, não necessariamente, dentro do domicílio. A violência comunitária é definida como a que acontece no ambiente social, entre indivíduos sem laços de parentescos, como exemplo: a violência juvenil, os ataques sexuais por estranhos e até a violência institucional em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG, 2002).

Minayo (2006), além da classificação da OMS, acrescenta a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Em princípio, essa violência ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação. Para a autora, a maioria dos tipos de violência apresentados anteriormente tem sua base na violência estrutural.

Há ainda a noção de violência cultural que é entendida como a violência que se expressa por meio de discriminações e preconceitos que de tão repetidos e

reproduzidos se tornam comuns e naturais na sociedade. Toda cultura tende a adotar certos comportamentos, valores, crenças e práticas e a rechaçar outros.

Desse modo, a violência cultural pode se transformar em mitos que passam a ser encarados como verdadeiros e servem para oprimir, prejudicar e até eliminar os diferentes. Dentre os tipos mais frequentes de violência cultural podemos destacar a violência de gênero que é uma forma específica de violência cultural que se constitui em dominação, opressão e crueldade construídas e reproduzidas no dia a dia das relações de poder desigual entre os gêneros. É exercida principalmente contra as mulheres na forma de machismo; e a violência racial/étnica que ocorre pela discriminação de uma pessoa ou grupo pelos seus atributos étnicos como cor da pele, formato de partes do corpo, textura do cabelo, entre outros (TOLEDO, 2013).

As lesões decorrentes da violência afetam pessoas de todas as raças, idades e classes sociais, porém, entre os grupos vulneráveis³ da sociedade, encontram-se as crianças e adolescentes, pois são sujeitos que a violência poderá trazer consequências físicas, mentais e sociais durante todo o seu desenvolvimento da vida, mulheres e idosos (SANCHEZ, MINAYO, 2006). Aliados a isso, as questões étnico-raciais e socioeconômicas estão intimamente relacionadas aos grupos de vulnerabilidade.

Dentre esses grupos, a criança e o adolescente ganham destaque por serem sujeitos em desenvolvimento, que necessitam de apoio e estrutura social que deem conta de sua realidade. Porém, a violência contra a criança e adolescente não é algo novo, e, somente com o advento da modernidade que se tem voltado o olhar para o combate dessa prática.

Historicamente, o abandono, a negligência, o sacrifício e a violência contra a criança sempre existiram e eram aceitos por determinadas comunidades, chegando, em algumas situações, ao filicídio declarado ou velado, que elevava as taxas de mortalidade infantil (WAKSMAN; HARADA, 2011).

³De acordo com as *Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos* do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) indivíduos vulneráveis são aqueles *com capacidade ou liberdade diminuída para consentir ou abster-se de consentir*. Entendemos que essa "capacidade ou liberdade diminuída" se dá por diferentes determinantes, étnico-raciais, gênero, grupos etários, que implicam relações sociais desiguais, que marginalizam e excluem os sujeitos da esfera social, privando-os de direitos à liberdade, saúde, educação por exemplo.

O historiador Ariès (1973) faz um resgate histórico da criança e a infância a partir dos seus estudos. Ele aponta para o fato de que na Grécia Antiga, a criança era tida como mercadoria de pouco valor. A criança era preparada para a vida adulta a fim de ser formar um cidadão perfeito, sendo necessária a figura de um adulto (mestre) para guiá-la, pois, a mesma era considerada incapaz. Chegaria à fase adulta assim que estivesse moralmente pronta, cabendo ao pai o direito de ser protegida ou abandonada por ele.

A infância era assim uma rápida fase de transição para a vida adulta. Em Roma, a Lei das XII Tábuas, entre os anos 303 e 304, permitia ao pai matar o filho que nascesse disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos (Tábua Quarta) (ALMEIDA, 2010).

Na Idade Média há o desaparecimento da infância, pois a criança tinha a capacidade de viver sem a solicitude da mãe, ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia deles. O “desaparecimento da infância” na Idade Média pode ser justificada também pela alta mortalidade de crianças relacionadas às condições de higiene e saúde da época (ALMEIDA, 2010).

A Idade Moderna, por meio das transformações paradigmáticas de cunho científica, social, política e econômica, a criança passa a ser vista como um sujeito a ser valorizado pela nobreza e posteriormente, a burguesia, o “homem de amanhã”, passando a ser alvo de reflexões filosóficas. Há uma distinção entre a fase adulta e a infância, retratadas através dos trajes específicos para as crianças, jogos infantis, e a “paparicação”, onde ela passa a ser valorizada dentro do seio familiar, disciplinada e educada, tanto na família quanto na escola. No século XVIII o policiamento da sociedade, trouxe a rigidez na educação dos filhos, mediante intervenções do Estado, e os castigos dentro da própria casa, para impor limites e normas às crianças (ARIÈS, 1973).

Surge a utilização dos castigos, da punição física, dos espancamentos de crianças através de chicote, ferros e paus. Justificados pelos pensadores da época de que os pais deveriam cuidar para que seus filhos não recebessem más influências (ALMEIDA, 2010).

Apenas a partir do final do século XIX, a criança, até então considerada um “estorvo inútil”, passou a ser valorizada. Com a Revolução Industrial, especialmente no final do século XVIII, foi protegida por interesses, antes de tudo, econômicos e políticos – fatos que culminam com a própria história da medicina,

onde a palavra pediatria só surgiu em 1872, pois até então cuidar de crianças era responsabilidade das mulheres (WAKSMAN; HARADA, 2011).

Somente após a Segunda Guerra Mundial é que vários países passaram a dar maior atenção à situação das crianças. Em 1959, foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que preconiza o direito à liberdade, igualdade, educação, convívio social, brincadeiras. Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) adotou a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança apontando para a necessidade de proteção e cuidados especiais para a criança, por entender que é um ser que ainda não está maduro, tanto física quanto mentalmente (FORMIGONI, 2013).

No Brasil, os movimentos sociais da década de 1980, denunciando o desrespeito aos direitos da criança, culminou com a proteção aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes na Constituição Federal de 1988. A Constituição trouxe alguns avanços ao incorporar a preocupação em normatizar direitos sociais e políticos à população, estando em consonância com as normativas internacionais dos Direitos Humanos (LIMA; VERONESE, 2012)

Nesse contexto, a proteção à criança e adolescente passa a ser compartilhada, sendo dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem⁴, com absoluta prioridade, direitos fundamentais como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, art. 227).

Além disso, com a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, têm-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), importante marco na proteção e promoção aos direitos da criança e adolescente no Brasil. A partir de então:

Considera-se criança, (...), a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. (...) A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral,

⁴ O termo “jovem” só foi acrescido à redação do artigo 227, da Constituição Federal de 1988, em 2010 pela Emenda Constitucional n. 65, de 13 de julho do referido ano.

espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 1990, Art. 2º e 3º).

Esse Estatuto representa um marco na relação entre pais e filhos na proteção e respeito aos direitos da criança e adolescente, que são chamados a participar com voz ativa na própria educação, convocados a opinar sobre os métodos pedagógicos aplicados. Além disso, a lei determina um controle ostensivo dos pais e educadores em geral, reprimindo não só os atos ilícitos, mas também o abuso de direito (ECA, 1990).

Por meio desses mecanismos de proteção decorrem o desafio para a sociedade, incluindo aqui os profissionais de saúde, de reconhecerem a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e da condição de pessoa em desenvolvimento. Além disso, ainda há o conflito de visões sobre o ECA, com discussões que privilegiam a punição, e discussões que privilegiam o diálogo, negociações e medidas educativas, o que dificulta a promoção desses direitos. Em termos jurídicos, essas medidas representam um avanço para a criança e adolescente, porém, na prática, o que se vê ainda é uma estrutura assistencialista que coisifica a infância. É preciso a articulação entre família, Estado e sociedade, promovendo ações que construa mecanismos capazes de implementar de forma permanente os direitos fundamentais e inerentes ao público infanto-juvenil (LIMA; VERONESE, 2012).

Com isso, observa-se na atualidade que apesar da criação de mecanismos de proteção e avanços na discussão sobre a condição da criança e adolescente, a violência contra esses sujeitos continua a ser praticada e seus direitos infringidos. Muitas vezes essa violência é praticada por pessoas próximas, que estabelecem relações de cuidado, e o aumento dos casos alertam para a violência como um problema de saúde pública.

Alguns autores (MINAYO, 2006; FALEIROS; FALEIROS, 2008; ALMEIDA, 2010; WAKSMAN; HARADA, 2011; TOLEDO, 2013) conceituam diversas formas de violência contra a criança e o adolescente como veremos a seguir:

A violência intrafamiliar é a mais comum entre crianças e jovens, e envolve uma complexa relação entre família e indivíduo. É entendida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Não se

refere apenas ao espaço físico, pois pode ser acometida tanto dentro como fora de casa por algum membro da família, mas diz respeito também às relações que se constrói e efetua no seio familiar. Por família, inclui-se as pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que estabelecem relação de poder à outra (ALMEIDA, 2010).

A violência física caracteriza-se como o uso da força física, podendo fazer uso de algum tipo de arma ou instrumento de forma intencional, por parte dos pais, responsáveis ou adolescente mais velho, com o objetivo de manutenção ou demonstração de poder do mais forte sobre o mais fraco a qualquer custo, podendo ferir, provocar danos ou mesmo levar à morte da criança ou do adolescente, deixando ou não marcas evidentes (ALMEIDA, 2010; WAKSMAN, HARADA, 2011; TOLEDO, 2013).

A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Se refere a agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, humilhar, amedrontar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social (ALMEIDA, 2010; TOLEDO, 2013). É muito frequente e também a menos identificada como violência.

Embora não deixe traços visíveis no corpo, a violência psicológica destrói a autoimagem e traz sérias consequências para o comportamento da criança e/ou do adolescente. Não é raro que a vítima tenha uma imagem deteriorada de si, com baixa estima e depressão (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Essa forma de violência merece destaque, pois passa invisível aos olhos dos próprios pais, professores e profissionais de saúde que muitas vezes tem de lidar com as consequências da violência no cotidiano dos serviços.

Por violência sexual compreende-se toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra a realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas. Contra crianças e adolescentes é uma violação de direitos, uma transgressão, uma relação de poder perversa e destruturante. Classifica-se em: abuso sexual e exploração sexual comercial; o abuso sexual intra e extrafamiliar; a exploração sexual em prostituição, pornografia, turismo sexual e tráfico de pessoas para fins sexuais (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A Negligência é a omissão de responsabilidade, na rejeição, no descaso, na indiferença, no descompromisso, no desinteresse, na negação da existência de

um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária. Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, praticada à criança ou adolescente pelos pais ou responsáveis no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Fonseca et al. (2012) alerta para o fato de que a violência nessa fase da vida, independente de qual tipo for, constitui um fenômeno cujas consequências caminham em via de mão dupla: podem determinar e ser determinados por outras formas de violência, gerando processos destrutivos para a vida humana e a sociedade como um todo.

King e Chassin (2008) apontam que os eventos traumáticos não somente intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência, como também predis põem para o abuso de substâncias. Crianças expostas à violência também podem apresentar sintomas internalizantes, como: ansiedade e evitação; e externalizantes: agressividade, delinquência, dificuldades no sono, agitação, e muitas queixas somáticas, também, a adaptação à escola, o baixo desempenho escolar e relacionamentos com colegas, são situações de dificuldades para a criança proveniente de um ambiente violento (BENETTI et al., 2010; MACHADO; BOTTOLI, 2011).

Essas formas de violência ganham maior complexidade se levarmos em consideração crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, apresentando quadros de transtorno mental. Elas carregam em si o estigma da loucura, sofrendo com o preconceito, humilhações, desprezo da sociedade, caracterizando-se assim, como atos de violência, praticadas muitas vezes pelos próprios familiares.

3.2 REDE DE SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Durante muito tempo, as pessoas com problemas de ordem mental, logo, tratadas como transtornos mentais, foram consideradas perigosas e, por isso, recebiam tratamento em instituições ou abrigos que eram semelhantes a prisões,

sendo submetidas aos tratamentos violentos, como choques, banho de água fria, serem acorrentados, cirurgias, etc. (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Desde a Antiguidade a loucura despertou a curiosidade de filósofos, religiosos e da medicina, buscando intervenções de cuidados em saúde. É somente durante a Revolução Francesa (1789) que os “desajustados sociais”, pessoas que não se encaixavam na sociedade e não obedeciam ao contrato social, porém, não necessariamente loucos, eram confinadas em grandes instituições com a finalidade de recolher os sujeitos que fugiam às normas (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

É nesse momento histórico que surge a imagem de Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, responsável por separar os desajustados dos loucos, abrigando-os em casas de alienados e trazendo a loucura para o campo hegemônico da visão médica, sendo objeto de estudo, transformando-os em doente mental (SCHECHTMAN, ALVES, 2014).

Não se considerava que uma criança pudesse adoecer mentalmente ou “enlouquecer”, visto que a criança era um ser idealizado, sinônimo de felicidade, inocência e pureza. Como as crianças estavam em desenvolvimento, e suas faculdades mentais ainda não estavam plenamente amadurecidas, elas não seriam vítimas desses problemas. As patologias nessa época estavam relacionadas à interrupção no desenvolvimento, o que justificava o aparecimento de retardos mentais, ou “idiotas” como eram chamados, as crianças (LIMA, 2014).

No período de 1880 até os anos de 1920 a psiquiatria passou a se interessar pelo estudo da loucura na infância, mas remetendo a criança à um adulto em miniatura. A partir dos anos 1930, a psicanálise trouxe um novo referencial para a psiquiatria que permitisse entender as particularidades da vida da criança. A psicanálise ganha força até os anos 1970, onde a partir de então, a psiquiatria passa a trabalhar segundo o referencial biológico médico característico da época, surgindo novas doenças, próprias da infância como a Síndrome de Asperger, Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – TDAH (LIMA, 2014).

Esse período foi crucial para a produção de conhecimento dos quadros psicopatológicos, porém como consequência houve a banalização dos diagnósticos e ênfase na medicalização excessiva. Vale salientar, que o paciente considerado doente mental não era visto como sujeito, sendo violentado em vários aspectos de sua vida.

No Brasil, a assistência à saúde mental das crianças se dava fora do sistema formal de saúde, cabendo às instituições filantrópicas como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES) e Sociedade Pestalozzi (LIMA, 2014).

Após a Segunda Guerra Mundial, passa-se a ser discutida transformações institucionais dos manicômios e do estigma da loucura. O italiano Basaglia, ao denunciar as condições precárias e desumanas dos hospitais psiquiátricos, desenvolve ações de transformações institucionais, implantando comunidades terapêuticas e até chega a negar o uso das instituições psiquiátricas.

Essas experiências vão marcar e influenciar profundamente o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil na década de 1980. É nesse período que vão eclodir os movimentos sociais em prol da redemocratização do país, incorporação de direitos, e reforma das políticas públicas (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Assim, surge o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, influenciado pelos estudos do médico Basaglia, tendo como característica principal o caráter substitutivo do modelo psiquiátrico centrado no transtorno mental para um modelo centrado no sujeito e nas redes de apoio para reinserção do doente mental à sociedade (BRASIL, 2004; 2005).

Atualmente, esses transtornos são diagnosticados segundo critérios médicos, com tratamento feito, sobretudo em instituições de saúde extra hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas mudanças na atenção à saúde mental no Brasil foram formalizadas na lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica que buscou garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais (TOLEDO, 2013).

O processo de reforma psiquiátrica não pode ser pensado como simples modificação das estruturas físicas, mas com a reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura, comprometendo-se com os interesses daqueles a quem se presta assistência (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Os CAPS apresentam um papel estratégico no que se refere à atenção em saúde mental. Oferecem cuidado diário, comunitário e qualificado. Além disso, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), vêm a fortalecer as Redes de Apoio com a obrigatoriedade de profissionais de saúde mental em cada NASF para realizar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009a).

No que concerne à saúde mental da criança e adolescente, apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, é que esse público ganhou destaque. A discussão girava em torno da desinstitucionalização de crianças e adolescentes, incluindo moradores de abrigos e jovens usuários de drogas, com a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental para essa faixa etária, além da ênfase na intersetorialidade, como educação, conselhos municipais de saúde, conselhos de defesa dos direitos da criança e adolescente, juizados, promotorias, conselhos tutelares, assistência social (LIMA, 2014).

Uma das conquistas foi a normatização dos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenis (CAPSi) ao lado de outras modalidades de CAPS, pela portaria GM/MS 336/2002 (BRASIL 2002).

De acordo com a portaria, os CAPSi são serviços de atenção diária destinados a crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendendo prioritariamente aqueles com quadros severos e persistentes. São compostos de equipe multiprofissional, oferecendo atendimento individual, grupal e oficinas, atendimentos à família, visitas e atendimentos domiciliares, atividades comunitárias e ações intersetoriais envolvendo a assistência social, a educação e a justiça (BRASIL, 2002; 2004).

Desde os anos 2000, como componente importante da rede de atenção, foi crescendo o número de CAPSi no Brasil, seguidos da redução de número de leitos psiquiátricos. Em 2012 o número chegou a 158 CAPSi credenciados pelo Ministério da Saúde, sendo quatro na região Norte, 37 no Nordeste, sete no Centro-Oeste, 77 no Sudeste e 33 na Região Sul (BRASIL, 2012).

Houve também mudanças importantes nos parâmetros populacionais mínimos para a instalação de um CAPSi que passou de 200 mil habitantes para 70 mil habitantes e determinou que CAPSi, CAPSad e CAPS III ad, passassem a atender a faixa etária infanto-juvenil (BRASIL, 2013b).

Além disso, de forma a ampliar a atuação e articulação entre os setores responsáveis pela atenção à saúde das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, foi criada por meio da Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem por objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e

outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014).

É também parte dos objetivos, promover cuidado aos grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua, prevenindo o consumo de drogas e/ou reduzindo os danos por eles causados, reabilitando e reinserindo esses sujeitos por meio do acesso ao trabalho, educação, renda, moradia, informação sobre seus direitos. Cabe ao RAPS organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede de saúde mental, bem como avaliar a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2014).

Para isso, conta com uma série de serviços nos três níveis de atenção, para dar conta das linhas de cuidado em saúde mental. No que tange ao sofrimento e transtorno mental de crianças e adolescentes, vale destacar o papel da Rede por meio das: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) como base que ordena o cuidado no SUS, e por estar próxima aos espaços de convivência da criança/adolescente, como as famílias, escolas, sendo um espaço positivo para formação de vínculos e cuidado contínuo; Equipes de Consultório na Rua, constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as ESF's para ofertando apoio especializado (apoio matricial), que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes; Centros de convivência e cultura, que consiste em serviços abertos a toda a população e que atuam na promoção da saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir do resgate e da criação de espaços de convívio solidário, fomento à sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2014).

Esses serviços fazem parte da atenção primária à saúde e estão articulados entre si e aos demais níveis de Atenção Psicossocial Estratégica, que engloba os CAPS nas suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad). Além dos CAPS's, a rede conta com Atenção residencial de caráter transitório, as Unidade de acolhimento (UA), que oferece cuidados contínuos de saúde, com

funcionamento durante as 24 horas do dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (BRASIL, 2014).

A rede de atenção psicossocial conta também com o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), como pontos de atenção da Rede. São eles os responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental (BRASIL, 2014).

À nível terciário, a atenção hospitalar ao sujeito em sofrimento e com necessidades decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas se dá por meio dos Serviços hospitalares de referência para atenção à essas pessoas. Tal serviço é constituído de leitos em enfermarias da clínica médica, da pediatria ou da obstetrícia habilitados para oferecer suporte hospitalar em saúde mental; e/ou Enfermaria especializada em hospital geral: enfermaria de saúde mental em hospital geral composta por equipe interdisciplinar, de forma a oferecer suporte às situações de agravamento nas quais haja necessidade de acesso à tecnologia hospitalar (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a RAPS constitui um avanço na rede de atenção aos sujeitos que necessitam de atenção em saúde mental, sendo acessada por crianças e adolescentes que vivenciam situações de violência no seu contexto de vida que necessitam de uma linha de cuidados para o enfrentamento do seu problema.

Apesar dos avanços e expansão dos Centros de Atenção, ainda é um dos desafios para a saúde mental, a atuação em Rede, integrando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatorios, demais CAPS das Redes de Apoio em Saúde Mental e a família, assumindo para si parte da responsabilidade pelo cuidado de crianças e adolescentes.

Compreende-se que a família que cuida de uma criança e/ou um adolescente em sofrimento psíquico pode passar por processos de desgaste, desesperança, desistência, desacreditação, sentir-se impotente ou incapaz, além da sobrecarga e até de uma rotina exaustiva.

É necessário entender o conceito de família em sua complexidade, suspendendo juízos de valor, conceitos fechados, lineares e prontos, os quais produzem uma concepção reducionista de família. Compreende-se família por um

grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural. É, portanto, um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade (BRASIL, 2013d).

Por causa disso, a assistência dentro do CAPSi não pode ser direcionada somente para a criança e o adolescente, mas sim para toda a família, inclusive para que o acompanhamento dos pacientes às consultas e atividades do serviço, não sejam de responsabilidade de apenas um membro da família, mas que todos possam estar envolvidos.

Nesse contexto, a atenção às crianças e adolescentes precisam ter cobertura ampla, integral e em rede, elementos fundamentais para a continuidade do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Os profissionais precisam conhecer os problemas do território, trabalhando de forma equânime com as populações mais vulneráveis, entre elas, as submetidas em situação de violência.

Para isso, é fundamental que os mesmos acreditem que os sujeitos vivem em situação de vulnerabilidade. Não é somente um aspecto individual, onde a exposição do indivíduo ao problema o torna vulnerável, mas a junção inseparável de aspectos coletivos e contextuais, e disponibilidade de recursos que o torna suscetível nas relações sociais. Assim, essa concepção permite compreender que existe uma dimensão individual (que diz respeito ao grau de informação sobre o problema e a capacidade do sujeito se preocupar com ele); coletiva (diz respeito ao acesso aos meios de comunicação, escolarização, poder nas decisões políticas, recursos materiais, etc., ou exclusão do sujeito a esses); e programáticas (programas, disponibilidade de ações e recursos para o cuidado e/ou proteção de danos desses sujeitos) que precisam ser analisados ao falarmos de vulnerabilidade (AYRES; JÚNIOR; CALAZANS; FILHO, 2014).

Os profissionais devem contribuir para o reconhecimento da autonomia do outro, de modo a possibilitar que esses sujeitos (re)signifiquem suas vidas. Deve-se atuar trazendo a família para o campo do cuidado, visto que muitas vezes é a própria família que está envolvida na violência, seja ela física, psicológica, negligência, estrutural. Essas experiências de violência trazem consequências inestimáveis para a vida de crianças e adolescentes.

Assim, profissionais atuantes do CAPSi devem estar alertas para trabalhar nesse contexto de violência nocivo para as crianças, adolescentes e a estrutura familiar. Para isso, as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico vítimas de violência devem ser vistos como sujeitos singulares, únicos, que não devem ser reduzidos ao seu diagnóstico (BRASIL, 2005).

É necessária a superação do modelo positivista em saúde que fragmenta e reduz o sujeito à condição de objeto e que não dá conta da complexidade da vida humana. É importante a leitura de novos referenciais, que produzam um conhecimento que vá além da aparência, além do que está posto, e que procure a essência dos fenômenos.

Com a superação do modelo biomédico, o tratamento deve focar a ampliação dos laços sociais e à redução do sofrimento, e não levar à criança para ser enquadrada num padrão de normalidade.

A psiquiatria convencional e biomédica, atua junto da doença mental como se constituísse apenas um dispositivo de poder-saber e de segregação/normatização cultural e social facilmente desmontável e superável de forma isolada (VASCONCELOS, 2010).

A visão do normal e patológico não é a melhor forma de detectar o sofrimento psíquico, pois muitas vezes não há uma “coisa” que possamos identificar objetivamente, de modo separado do sujeito. Só deve ser considerado anormal o que a criança e adolescente ou os seus pais experimentam como algo que limita a vida do sujeito, suas capacidades criativas e adaptativas (LIMA, 2014).

Articulado com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais devem buscar o acolhimento universal e escuta da criança e adolescente e seus familiares durante o acompanhamento.

É necessário que a humanização esteja presente em todas as competências do profissional de saúde, assim, destacamos também a competência de saber-ser, tais como comunicação e inteligência intra e interpessoal. Essa competência aponta para a importância da relação com o outro se estabelecer a partir de valores, como a escuta, vínculo, diálogo, reconhecendo-se no outro, conhecendo as fragilidades, visto que poderia ser “eu” a estar ocupando a posição do “outro”. Assim, o cuidado do profissional de saúde precisa ser integral e individualizado (TRANSFERETTI; ZACHARIAS, 2010).

É importante que a família tenha voz durante o processo terapêutico, para que elas possam expressar seus problemas, e o profissional de saúde escutar, no sentido de compreender e fazer a experiência de se colocar na posição do outro, lançando instrumentos para que o próprio sujeito (re)signifique sua vida.

É através da fala de cada sujeito que se pode estabelecer uma aproximação com o seu sofrimento, correlacionando-o à sua história de vida e às significações que ele atribui ao seu adoecimento (LIMA; SILVEIRA; VIEIRA, 2012).

A escuta precisa ser entendida como uma estratégia que pode e deve ser acessada pelos profissionais na prática clínica. A escuta como compreensão mútua fundamenta-se no estabelecimento de um diálogo, uma conversa, uma reflexão sobre interesses diversos entre o profissional e o usuário, na qual se busca a construção de relações humanizadas, a conscientização do seu papel em relação ao cuidado e à amenização de conflitos sem julgamentos. A escuta implica o reconhecimento do outro enquanto sujeito de vivências singulares; sujeito que se transforma e é transformado no encontro entre o profissional da saúde e usuário (LIMA; SILVEIRA; VIEIRA, 2012).

Outra estratégia a ser trabalhada é o cuidado no território geográfico e emocional do usuário, não consentindo com a exclusão (BRASIL, 2005) assim, é essencial a construção de vínculos entre o profissional e a criança/adolescente/família para o enfrentamento da violência.

Desde 2002, a OMS já apontava estratégias de detecção, prevenção e enfrentamento da violência. Uma delas, as visitas domiciliares por parte de profissionais do sistema de saúde podem aumentar a sensação de apoio comunitário e de suporte emocional, além de colaborar para a identificação de problemas no campo da violência e da saúde mental. Todo esse cenário acaba por ampliar o alcance dos serviços de saúde e facilitar encaminhamentos adequados (KRUG, 2002).

Nesse sentido Rocha e Moraes (2011) apontam que o papel do espaço dialógico entre profissionais de saúde e usuários, nas atividades de educação em saúde e nas visitas domiciliares sobre as questões cotidianas das famílias, é uma porta de entrada para a discussão do tema e a mudança de atitude.

O vínculo pode alicerçar uma relação compromissada entre o profissional de saúde, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser sincera e de responsabilidade. Sendo assim, o estabelecimento de vínculos vai facilitar a

parceria, pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais (RIBEIRO et al., 2010).

Além disso, a violência, ligadas à estrutura de poder, aspectos socioeconômicos, questões de relacionamento interpessoal, questões de cunho individual, seu enfrentamento depende de uma larga articulação entre setores sociais, que envolva não só o setor da saúde, mas também de segurança, educação, judiciário, entre outros (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

É necessária a ação em rede intra e intersetorial e o envolvimento de vários equipamentos sociais, tanto clínicos, posto de saúde, CAPSi, CAPS, hospital geral, equipes de Saúde da Família; quanto não clínicos, igreja, escola, clube, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), conselho tutelar, para o manejo efetivo dos casos pelos quais somos responsáveis (BRASIL, 2005).

Outra estratégia também citada pela Organização Mundial de Saúde nos anos de 2002, ainda aponta a integração dos cuidados a saúde mental ao sistema primário de saúde como uma importante estratégia para a detecção precoce de problemas de saúde mental e de violência contra crianças, adolescentes e família (KRUG, 2002).

Em recente estudo da OMS (2014) intitulado *Global status report on violence prevention 2014* (Relatório Mundial sobre a prevenção da Violência 2014), após 12 anos da publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002) revela, como conclusões do estudo, que os países envolvidos na pesquisa (133 países, equivalente à 88% da população mundial) desenvolvem planos nacionais de combate aos maus tratos infanto-juvenis. Além disso, atividades de prevenção estão em curso e mais da metade desses países tem serviços inseridos no território para identificar, referenciar, proteger e apoiar vítimas de violência. Quase 80% dos países promulgaram leis de prevenção da violência (WHO, 2014).

A partir do estudo, lacunas foram identificadas e, estratégias de ações a serem adotados pelos países, foram apontados como: fortalecer a coleta de dados para revelar a verdadeira extensão do problema da violência; desenvolver planos de ação nacionais abrangentes; integrar a prevenção da violência em outras programas

de saúde, como de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), programas de saúde nas escolas, programas de saúde mental, entre outros; reforçar os mecanismos de liderança e coordenação; certificar-se de que os programas de prevenção sejam abrangentes, integrados e informados por evidências; fortalecer o apoio aos estudos do tipo resultado-avaliação; fazer cumprir as leis existentes e avaliar a sua qualidade; implementar políticas e leis relevantes para os vários tipos de violência (WHO, 2014).

Apesar do estudo revelar atividades de prevenção sendo utilizadas em todo o mundo, o mesmo revela que o conhecimento sobre a verdadeira extensão do problema da violência em muitos países é dificultado pela falta de dados (WHO, 2014). Portanto, não devemos esquecer da importância da notificação dos casos de violência, visto que estes oferecem conhecimento, e por meio deles a violência ganha visibilidade, permitindo dimensionamento epidemiológico sobre o problema, servindo de ponto de partida para o enfrentamento.

Porém, a subnotificação da violência ainda é uma realidade no país. A falta de conscientização social dos profissionais, o desconhecimento das atitudes a serem tomadas diante dos casos, o medo do revanchismo por parte da família, o temor de transtornos legais ou de acusações de falsa denúncia, a precariedade e/ou ineficácia dos suportes sociais existentes, contribuem para a descrença dos profissionais quanto ao desdobramento da notificação (OLIVEIRA; SAMICO; ISHIGAMI; NASCIMENTO, 2012). Segundo os autores esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ao desconhecimento da legislação de proteção, como o Estatuto da Criança e Adolescente e a lei Maria da Penha, ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos, sendo denominado um fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde.

Corroborando com a discussão, Andrade et al. (2011) aponta que os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação e temor em relação ao problema da violência doméstica e suas consequências, assim como na detecção e prevenção de situações perigosas. O medo de obrigações legais impede-os de tomar atitudes que auxiliem as vítimas. Os serviços têm poucos profissionais que, em sua maioria, ficam isolados, sentem-se desvalorizados e com enorme sobrecarga de trabalho.

É preciso pensar que os profissionais de saúde podem ser os primeiros a detectar casos e denunciar maus-tratos, por isso a importância do seu papel.

Deverão prestar atendimento integral à família, envolvendo vítimas e abusadores; precisam saber utilizar o instrumento de notificação de violência aos Conselhos Tutelares de forma adequada, e trabalhar junto às famílias no sentido de desmistificar o caráter punitivo e criminalizatório que culturalmente se têm a respeito dos mesmos. O atendimento às vítimas e suas famílias deve ter caráter protetor, lembrando sempre que as famílias que experimentam as situações de violência, contanto que devidamente atendidas, continuam sendo a principal referência afetiva para aquela criança ou adolescente (ROCHA; MORAES, 2011).

Os autores reforçam ainda a inclusão da discussão sobre a necessidade de afeto nas relações entre pais e filhos e de estímulo e atenção para o perfeito desenvolvimento da criança nos grupos de educação em saúde, com a participação dos diferentes membros da família, pode ser uma estratégia de enfrentamento.

Devemos ter um olho na criança e outro nos adultos que a circundam e dos quais ela depende – especialmente pais e professores. Esse vínculo é tão intenso que, intervenções que fazemos durante a conversa com os pais ou com a escola repercutem positivamente no comportamento e nas emoções da criança (LIMA, 2014).

A fim de atuar na problemática da violência é preciso adentrar num universo de significados, entrelaçamento de relações que a criança e o adolescente em sofrimento psíquico estão envolvidos. Ver além do que está posto e buscar a essência desse fenômeno pode possibilitar uma compreensão da realidade desses sujeitos e apontar para ações mais eficazes. Quando falamos na essência dos fenômenos, nos referimos às experiências mais significativas do sujeito, aquelas em que ele atribui significado, intenção e motivações para agir no mundo da vida.

Assim, os profissionais de saúde são atores fundamentais nesse contexto, visto a diversidade de saberes envolvidos no trabalho em equipe, seja nas notificações, visitas domiciliares, educação em saúde, diálogo, e demais estratégias de enfrentamento da violência.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Esse estudo utilizou a fenomenologia social de Alfred Schutz como referencial teórico metodológico adotado pois acreditamos serem pertinentes os conceitos discutidos pelo autor para o fenômeno complexo da relação entre criança e adolescente em sofrimento psíquico, violência e saúde mental.

É a partir das leituras de Alfred Schutz que poderemos compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um CAPSi bem como, suas estratégias terapêuticas nesse contexto.

Ao pensarmos sobre a violência, em Schutz entendemos que ela é um fenômeno social expresso por meio das relações de poder no mundo cotidiano e, é na relação do Nós, que se dá face a face, que podem se manifestar atos violentos com danos físicos e mentais.

Vale ressaltar, que a ação no mundo da vida acontece, consciente e intencionada, por meio das tensões existentes nas relações com o sujeito em sofrimento psíquico.

O sujeito em sofrimento psíquico, geralmente, apresenta conflitos nas suas relações familiares, estando muitas vezes imerso em uma situação biográfica em que sua autonomia é retirada, contribuindo para a evidência de ações violentas.

Além do mais, o “vivido” de práticas violentas de crianças e adolescentes podem fazer com que elas manifestem um “tipo” violento para se relacionar com as pessoas e solucionar os problemas do cotidiano, podendo-se pensar que é nesse sentido que se instala um ciclo de violência.

O estoque de conhecimento que elas possuem não é “estável”. O conhecimento de mundo vai se alterando de acordo com o sistema de relevância diante dos projetos e experiências dos sujeitos, sendo “acessado” durante os momentos do dia-a-dia, por isso vive-se de instantes em instantes situações biograficamente determinadas; dada então a importância de se trabalhar os contextos de violência que as crianças e adolescentes estão inseridos.

Deste modo, os profissionais que lidam com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e expostos à realidade de práticas violentas precisam conhecer a situação biográfica desses sujeitos. Ao conhecer a situação biográfica, os profissionais irão ampliar seu estoque de conhecimento à mão, passando a lançar

estratégias terapêuticas baseadas nas necessidades dos sujeitos, ressignificando as experiências vividas dos mesmos, contribuindo para atitudes e comportamentos mais harmoniosos e sem violência.

O conhecimento da situação biográfica dos sujeitos é útil para que os profissionais entendam os comportamentos que tem ligação com a situação biograficamente determinada, sabendo que, o que foi vivenciado pelo sujeito influencia em sua ação social.

O papel do profissional de saúde, dessa forma, é entendido como uma ação social, ou seja, requer uma ação com intensão e significado direcionado à outra pessoa, estabelecendo uma relação.

É importante nesse sentido, compreender que o trabalho em saúde pressupõe o estabelecimento de um relacionamento. Relacionamento este que precisa estar alicerçado no encontro face a face, tanto com os usuários, familiares e comunidade, quanto com a equipe multiprofissional. Dessa forma, será possível apreender a intersubjetividade dos sujeitos, respeitando sua situação biográfica de vida, e assim, elucidando práticas transformadoras (SALVADOR et al, 2013).

Logo, é importante para a ação dos profissionais na prevenção/combate à violência que essa relação face a face aconteça, para que haja a compreensão sem juízo de valor, para o qual a fenomenologia lança mão da *Epoché* ou *redução fenomenológica*.

Uma atitude do profissional na forma de *Epoché* poderia facilitar a interação face a face, assim como, ajudar para que a terapêutica do profissional esteja coerente aos significados que o sujeito atribui as suas experiências de violência em seu mundo da vida.

Desta maneira, esse cuidado que o profissional irá prestar estará imerso em diferentes contextos, onde a violência, o sofrimento psíquico e a própria criança e adolescente podem estar relacionados de diversas formas.

Para que a ação social dos profissionais esteja direcionada para o cuidado de crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de violência é importante que ele consiga perceber quais as motivações dos pacientes, e trabalhar com eles para que suas motivações com-a-finalidade-de não sejam de violência.

A Fenomenologia Social de Alfred Schutz traz um novo olhar para o fenômeno da violência, pois permite que o profissional tome conhecimento da

situação biográfica dos sujeitos, do estoque de conhecimento que eles possuem, das suas motivações e dos significados que eles atribuem as suas experiências.

Podendo, nesse sentido, traçar um plano terapêutico que atenda as reais demandas dos sujeitos, procurando na relação face a face uma relação intersubjetiva que facilita essa interação e aproxima o profissional do vivido do paciente.

A fenomenologia social também auxilia o profissional a superar o modelo biomédico, indo em direção do encontro da subjetividade do outro, fazendo com que o profissional sinta que é necessário apreender e compreender os relatos do paciente, para se chegar a um tipo vivido.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Alfred Schutz (1899-1959) nasceu em Viena, onde estudou Direito e Ciências Sociais. Devido as ameaças de ocupação da Áustria por Hitler, emigrou para Paris, e em seguida para os Estados Unidos, onde passou a atuar em Universidades como professor. Faleceu em Nova York no ano de 1959. Durante sua vida, dividiu suas atividades entre seus empreendimentos acadêmicos e sua atuação no campo dos negócios (SCHUTZ, 2012a).

Durante seus anos de estudo, interessou-se profundamente e embasou seus escritos na filosofia de Husserl, onde discutiu sobre a intencionalidade da consciência, fonte de seu olhar fenomenológico e articulou com os estudos sobre a ação social do homem no mundo cotidiano de Max Weber. É a partir da influência desses dois autores que Schutz cria uma fenomenologia sociológica.

É em Husserl que Schutz vai encontrar bases para os conceitos fenomenológicos como: “experiência”, “significado”, “consciência”, “subjetividade”, “intersubjetividade”, “intencionalidade”, que serviram para traçar as bases filosóficas da Fenomenologia Sociológica (SCHUTZ, 2012a).

Criada por Edmund Husserl, a fenomenologia traz uma crítica ao movimento positivista, que pensa os sujeitos enquanto objetos na produção do conhecimento, descrevendo os fenômenos da realidade social, entendendo e pensando o ser humano como seres de experiências e significados que se mostram na consciência de cada um. A fenomenologia coloca-se, então, como um método possível para as ciências sociais. Ele define a fenomenologia como um “retorno às

coisas mesmas”, pois ao voltar ao mundo das experiências, é que podemos chegar à evidência e certeza, a própria essência das coisas. Não se busca assim, a explicação dos fatos, mas ir além do que está posto, além da aparência, buscando compreender o sentido que funda o comportamento do indivíduo, que o expressa através da linguagem (SCHUTZ, 2012a).

Assim, a fenomenologia prioriza as experiências do ser humano em sua ação e interpretação do mundo da vida. Não se trata de desvelar abstrações, pois a consciência do homem que age e pensa, é uma consciência construída a partir de suas experiências na vida cotidiana, logo, trata-se de fenômenos concretos, vividos, e significados pelos sujeitos.

Para Husserl, o homem vive e age em atitude natural (eu sendo no mundo). É por meio da reflexão do ato da experiência, sempre em tempo pretérito, que podemos chegar ao sentido, significado da própria experiência (SCHUTZ, 2012a).

Sua criação filosófica parte das experiências dos seres humanos em consciência, sendo estes inseridos em um mundo de vivências e experiências que são percebidas e interpretadas de acordo com os significados de cada ser humano (SCHUTZ, 2012a).

Para compreensão dos fenômenos, o pesquisador precisa suspender suas crenças, todos os hábitos, as convicções, as considerações pré-concebidas, para buscar a essência “pura” de sua análise sobre os fenômenos. Assim, toda a discussão que transcende a natureza significativa da consciência humana passa a ser posta “entre parênteses”, em um movimento chamado **redução fenomenológica** (epoché). Portanto, o método da redução fenomenológica torna acessível o próprio fluxo da consciência, como um reino que existe em si mesmo, em sua natureza absolutamente singular. Nós podemos experienciá-la e descrever sua estrutura interna. Essa é a tarefa da fenomenologia (SCHUTZ, 2012a).

Para Schutz o que deve haver é a suspensão da dúvida pois não se suspende a crença no mundo externo e seus objetos; suspende-se a dúvida de que o mundo e seus objetos podem ser diferentes do que se aparecem (SCHUTZ, 2008).

De Max Weber, Schutz pôde incorporar os conceitos de ação social, entendida como uma conduta humana com significado, intenção, direcionado a outros. Para Max Weber, a sociologia é uma ciência que tenta compreender de modo interpretativo a ação social e através disso explicá-la casualmente em termos

de curso e efeitos. Para Weber, a ação social só era assim considerada, quando a pessoa que age atribui à ação um significado e uma direção a outros (SCHUTZ, 2012a). As pessoas, assim, passam a agir segundo um tipo ideal (tipos sociais).

Weber, enfatiza a dimensão da sociologia enquanto uma ciência da compreensão da ação social através da investigação dos processos cognitivos do conhecimento da vida cotidiana.

A partir desses dois autores, Schutz cria a fenomenologia sociológica, que reúne as contribuições da Epoché, intersubjetividade e mundo da vida, da fenomenologia de Husserl, aplicando o conceito de significado às contribuições das discussões sobre ação/conduita social, relações sociais e tipos sociais de Weber. Sobre a fenomenologia sociológica é importante considerar os principais conceitos abordados pelo autor, explicitados a seguir.

Para Schutz (2012a), a **consciência** diz respeito ao estado mental, atividade interna, ao self individual, o “eu” penso, o “eu” que sente do sujeito. Dentro de cada consciência pessoal o pensamento é contínuo e mutável. A consciência depende das experiências, ela é composta pelas diversas experiências vividas.

Essas **experiências** acontecem através do “eu” sendo no mundo, agindo conscientemente e atribuindo significados. Pode-se dizer que o fluxo de consciência é o estado de consciência infinita, que não para, não cessa e sempre se renova. Quando se está imerso no Fluxo da consciência (*durée*) não se tem consciência das experiências passadas, presentes e futuras, o sujeito fica inconsciente de seu próprio envelhecimento. Quando interrompo o fluxo, eu consigo refletir, torno-me consciente (SCHUTZ, 2012a).

Na fala do próprio autor: “A consciência da experiência no puro fluxo da duração é, a todo momento, transformada em um acabou-de-ser-assim lembrado” (SCHUTZ, 2012a, p. 74). É a lembrança que coloca a experiência fora do fluxo irreversível da duração e assim modifica a consciência, tornando-a memória.

Contudo, quando por um ato de reflexão eu volto minha atenção para minha experiência de vida, eu já não estou mais no fluxo da pura duração. As experiências se tornam objetos da atenção. A possibilidade de recuperar algo pela memória é, de fato, o primeiro pré-requisito para qualquer construção racional (SCHUTZ, 2012a).

Para o estudo dos significados é importante compreendermos que o **Ato de atenção** pressupõe uma experiência transcorrida, já vivida, em suma, uma experiência que já esteja no passado. Essas experiências são consideradas significativas pois exigem um ato de atenção do sujeito para a sua própria experiência. Na fala do próprio autor,

(...) o conceito de experiência significativa sempre pressupõe que a experiência que tem o significado como predicado é aquela delimitada, e agora se torna bastante evidente que somente uma experiência passada pode ser chamada de significativa, isto é, aquela que se apresenta para o olhar retrospectivo como já estando pronta e acabada (SCHUTZ, 2012a, p. 75).

Assim, somente do ponto de vista do olhar retrospectivo é que existem experiências bem distintas. Apenas o que já foi experienciado é que é significativo, e não aquilo que o está sendo. Isso porque o significado é uma operação de intencionalidade que só se torna visível a partir de um olhar reflexivo.

Porém, é preciso compreendermos que as experiências do sujeito não acontecem apenas no fluxo da consciência, ela ocorre no mundo externo. É nesse mundo externo que ele se movimenta, age, estabelece relações com grupos, modifica e é modificado por ele.

Dessa maneira, o homem age de forma consciente e intencionada no **mundo da vida cotidiana**. Esse mundo é entendido como o cenário de sociabilidade, característico de relações interpessoais, atitudes sociais, planos e ideais direcionados a objetos e pessoas, enfim experiências que são produzidas ou modificadas na vida quotidiana do ser humano através de uma postura de reconhecimento das condições e pessoas a sua volta, tornando sua presença no mundo realista e sob uma atitude natural (SCHUTZ, 2012a).

O mundo da vida cotidiana é o mundo intersubjetivo das relações, das vivências, trocas de experiências com o outro. Esse mundo deve ser considerado como o mundo que já existia muito antes de nosso nascimento, que já foi experimentado e interpretado por outros, nossos antecessores, como um mundo organizado (SCHUTZ, 2012a).

Toda interpretação sobre esse mundo é baseada sobre um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores sob a forma de um conhecimento à

mão, que opera como um esquema de referência. O mundo da vida cotidiana é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações. Portanto, nós não agimos apenas no mundo, mas também sobre o mundo (SCHUTZ, 2012a).

O sujeito no mundo da vida possui uma história, que somado ao seu conhecimento à mão compõe o que o sujeito é, ou seja, ele possui uma **situação biograficamente determinada**.

Dizer que uma situação é biograficamente determinada é afirmar que ela possui uma história; ela é a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo, organizadas como uma posse que está facilmente disponível em seu estoque de conhecimento e, enquanto uma posse exclusiva, trata-se de algo que é dado a ele e somente a ele (SCHUTZ, 2012a).

Por acervo de **conhecimento à mão** compreende-se como o conhecimento o qual o indivíduo utilizará em qualquer momento de sua vida nas suas atitudes sociais futuras enquanto bagagem de conhecimento tipificado, ou seja, o acúmulo de experiências desde a infância, acrescidas de outras no decorrer da vida, são apreendidas e interpretadas, formando uma sedimentação de significados (SCHUTZ, 2008)

A situação biográfica dos sujeitos é concebida dentro de um mundo que já existia antes mesmo dele, e que lhe é repassado. Muitas vezes, esperando que ele assuma papéis que foram tipificados ao longo do tempo e/ou próprio sujeito acaba tipificando as suas vivências de acordo com os espaços que vai habitando (SCHUTZ, 2012a).

O homem em sua vida cotidiana encontra, a cada momento, um estoque de conhecimento à sua disposição, que lhe serve como um esquema interpretativo de suas experiências passadas e presentes, e também determina sua antecipação das coisas que estão por vir. Esse estoque de conhecimento possui uma história particular (SCHUTZ, 2012a).

É o problema particular com o qual estamos preocupados que subdivide nosso estoque de conhecimento em camadas, segundo as diferentes relevâncias para sua solução e, portanto, estabelece as fronteiras das várias regiões de nosso conhecimento que acabaram de ser mencionadas, zonas de precisão e imprecisão, de clareza e obscuridade, de certeza e de ambiguidade (SCHUTZ, 2012a).

Apenas uma pequena parte do meu conhecimento provém de minha própria experiência, a maior parte é socialmente derivada. São construtos típicos

que me orientam a agir em situações típicas de acordo com o sistema de relevância do grupo.

O que é vivenciado como novo já é conhecido, pois nos remete a coisas iguais já vivenciadas, assim temos um modelo típico, que pode ser ampliado, dividido em subtipos.

É a partir do interesse que dividimos o campo não problematizado daquilo que já é conhecido em zonas de relevância. Os sistemas de relevância determinam quais eventos são relevantes para serem tipificados; transformam situações únicas em situações típicas, papéis sociais típicos; ao desempenhar seu papel o autor tipifica a si mesmo, funcionando tanto como um esquema de interpretação quanto esquema de orientação (SCHUTZ, 2012a).

A situação biográfica está intimamente relacionada com a construção do **estoque de conhecimento**. Este é constituído primeiramente pela sua relação com a família, em que estes tornam-se mediadores da sua relação com o mundo social.

A situação biográfica pertence ao mundo ao meu alcance no passado, que não está mais ao meu alcance, pois já me movi do “lá” para o “aqui”. Mas antecipando o que estar por vir, posso me mover do “aqui” para o “outro lá”. Assim, já sei o que esperar, como agir numa experiência similar, por isso marco objetos, crio “lembranças subjetivas”.

É a partir da referência ao estoque de conhecimento à disposição em qualquer Agora particular, que a experiência emergente aparece como sendo ‘familiar’ se ela for relacionada – mediante uma ‘síntese de reconhecimento’ – a uma experiência prévia, segundo os modos da ‘igualdade’, ‘semelhança’, ‘similaridade’, ‘analogia’, e assim por diante (SCHUTZ, 2012a, p. 87).

Outra contribuição de Schutz está no conceito de **Intersubjetividade**. O relacionamento entre os sujeitos de um determinado grupo social, é intersubjetivo, necessita de uma **interação face a face**, porque para Schutz (2012a, p.210, 242) é somente numa interação que posso endereçar uma pergunta a alguém, sendo “essencial na relação face a face o fato de você e eu termos o mesmo ambiente”. Os encontros face a face dão um “profundo conhecimento pré-predicativo do Tu como um eu”. Nessa relação, “posso captar os pensamentos do outro num presente ‘vívido’, conforme eles se desenvolvem”.

O mundo da vida é um mundo compartilhado, intersubjetivo, comum a todos nós. Eu me encontro no mundo com meus semelhantes e eles são elementos de minha própria situação biográfica.

Numa situação face a face o corpo do outro está diante de mim como um campo expressivo de suas experiências subjetivas. Nessa relação intersubjetiva, “Tu” compartilha comigo uma comunidade espacial (estamos presentes pessoalmente) e uma comunidade temporal, ou seja, suas experiências estão fluindo ao mesmo tempo que as minhas. Assim, pessoas que estão no campo de experiências uma das outras estão numa situação face a face, ou seja, simultaneidade real de dois fluxos de consciência distintos (SCHUTZ, 2012a).

Em uma Orientação pelo tu há a consciência do outro enquanto pessoa, enquanto meu semelhante. Mas é na relação face a face que ocorre a Relação do Nós: há reciprocidade da orientação pelo tu. Envolve a presença de consciência um do outro, bem como o conhecimento de que o outro também está consciente de mim como eu estou dele (SCHUTZ, 2012a).

As relações face a face podem ser apreendidas pelo interprete como signos. As palavras dos meus semelhantes são, antes de tudo, signos em um contexto objetivo de significação, sendo também indicações do sentido subjetivo que tem para ele todas as suas experiências, inclusive as do presente (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Para Schutz (2012a, p. 70) “Nós não vivemos as nossas experiências de forma ingênua, pois quando eu reflito sobre determinado fenômeno eu tomo consciência de algo, portanto quando eu experiencio parto de uma consciência onde já houve reflexão”.

Nesse sentido, “as experiências subjetivamente significativas que emanam de nossa vida espontânea devem ser chamadas de **conduta**” (SCHUTZ, 2012a, p. 139), por isso a conduta só é **ação** quando ela tem um significado ou intenção. As condutas são experiências espontâneas subjetivamente significativas. Pode ser aberta, um mero fazer, movimentos corporais, ou fechada, referente ao pensar. A ação é prevista, baseada num projeto preconcebido.

Schutz (2012a, 2008) também aponta que essas **ações sociais** no mundo da vida são motivadas, ele apresenta as **motivações porque**, referindo-se as experiências passadas, e as **motivações com-a-finalidade-de**, que se referem ao futuro, mas não se trata exatamente do projeto e sim de executá-lo futuramente.

O ato projetado, o estado das coisas imaginado a ser realizado pela ação futura constitui o motivo com-a-finalidade-de. O motivo porque refere-se as experiências passadas, somente depois que a ação foi realizada e se tornou um ato, é que o sujeito volta-se para a experiência passada como um observador de si mesmo e investiga o “porque” foi impelido a fazer o que fez. Trata-se de uma categoria objetiva, acessível ao observador.

O ato já realizado é o ponto de partida das projeções, pois eu preciso ter alguma ideia antes de planejar o ato. Uma vez o projeto construído, esse vai ser o objetivo a ser alcançado. O projeto por sua vez, se relaciona com meu estoque de conhecimento através de minhas experiências passadas dos atos realizados e que podem ser realizados novamente.

Esses conceitos são fundamentais para se compreender os atos intencionais dos sujeitos. Mas aqui, não cabe apenas conhecer o ato em si, mas sim, saber as motivações e significados atribuídos à experiência.

É importante salientar que eu não conheço os contextos significativos que você está usando para sua experiência, mas eu posso conhecer o contexto significativo segundo eu classifico as experiências que eu tenho em relação a você. Esse não é o mesmo significado que você atribuiu, mas sim, um “valor aproximado” (SCHUTZ, 2012a).

Além disso, o mesmo objeto pode significar coisas diferentes para mim e para meus semelhantes pois, a distância espacial entre os objetos são diferentes (eu me encontro num espaço “aqui”, e o tu, “lá”), e apresentamos diferentes sistemas de relevância, situação biográfica. Porém, pode haver um intercambio dos pontos, “eu” trocar de lugar com o outro. Esse movimento permite que o seu “aqui” se torne o meu, para que eu possa compreender suas ações.

Vivemos num mundo ao alcance de todos, ou seja, eu e meus semelhantes exercemos um controle sobre o outro, e cada um possui seu lugar definido um no mundo do outro, desde pessoas ao meu alcance real, até relações de anonimato, sujeitos que eu não conheço, mas posso fazer parte de meu alcance real um dia.

É através dessa aproximação com o significado subjetivo e objetivo do sujeito agindo no mundo social da vida que poderemos compreender a essência do fenômeno, interpretando as experiências vividas por eles. É importante termos em mente que o mundo da vida não é compreensível por completo, nem por mim, nem

por meus semelhantes, mas que o fato de não termos algumas respostas, não impede de lidarmos com as coisas, situações e pessoas.

4.2 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

4.2.1 Natureza e Tipo de pesquisa

A fim de compreender os significados das práticas de violência às crianças e adolescentes na ótica dos profissionais de saúde, e as estratégias terapêuticas por eles utilizadas, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa com referencial teórico na fenomenologia social de Alfred Schutz.

Para Flick (2009) a pesquisa qualitativa é de fundamental relevância para o estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida. Essa pluralização se faz necessária ao trabalharmos com a temática complexa da violência, pois possibilita novos olhares sobre a problemática.

A pesquisa qualitativa em saúde busca compreender o significado individual ou coletivo de um determinado fenômeno. Nesses estudos, se considera a complexidade e diversidade do ser humano, do ponto de vista de quem vivencia, assim contribui para melhor compreensão da distância entre a prática e o conhecimento. Em torno de como as pessoas significam, elas organizarão suas vidas (PAULA et al., 2014).

Entende-se que a pesquisa qualitativa proporciona um maior aprofundamento sobre determinado fenômeno, onde as narrativas dos pesquisados são matéria-prima do trabalho do pesquisador, assim como as subjetividades dos envolvidos (pesquisador e pesquisado) são consideradas durante o processo de análise dos dados (FLICK, 2009).

A abordagem qualitativa enquanto método de estudo visa compreender grupos, instituições, e atores quanto aos processos históricos, representações sociais, crenças e valores culturais, relações sociais, motivações, significados, e ações sociais, sob a ótica de interpretação dos próprios seres humanos que vivenciam os fenômenos (FLICK, 2009).

Para adentrar nesse mundo de significações, optou-se por trabalhar com a fenomenologia social de Schutz, pois a mesma preocupa-se com as experiências humanas subjetivas, a fim de responder à pergunta: “o que ele quis dizer com essa

ação no mundo da vida?”. Assim, permite ao pesquisador aproximar-se das experiências significativas do sujeito (SCHUTZ, 2012a).

4.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) Maria Ileana Verçosa da Secretaria Regional IV do município de Fortaleza-CE.

Com área territorial de 34.272 km², a Regional IV abrange 19 bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE. A Regional IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (Croa) (PREFEITURA DE FORTALEZA).

Vale salientar que este CAPSi atende a população de três regionais (II, IV, VI). É um serviço voltado para o tratamento de crianças e adolescentes com transtorno mental e também para aqueles que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas.

O CAPSi realiza atendimento a crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 18 anos diariamente, de segunda à sexta-feira, de oito às dezessete horas e nele atuam médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogo, técnicos de enfermagem, serviços gerais, porteiros, uma cozinheira e umosso ajudar, onde são desenvolvidas diversas atividades dentre elas: acolhimento, atendimento individual com uma equipe multidisciplinar, grupos terapêuticos com os usuários e os seus familiares, visita domiciliária e abordagem de rua.

O local da pesquisa foi escolhido por ser pioneiro no serviço público especializado em assistir a criança e adolescentes em sofrimento psíquico, no Estado do Ceará, sendo precursor para abertura dos demais. Além disso, o mesmo possui relevância para a Universidade Estadual do Ceará, por receber alunos de práticas, internato e residências que desenvolvem diversas atividades no local, dentre elas, grupo com famílias de crianças e adolescentes atendidas no CAPSi,

contribuindo assim, para o processo de formação em saúde, e especificamente, em saúde mental.

4.2.3 Participantes da pesquisa

Foram incluídos como participantes da pesquisa os profissionais de saúde de nível superior que desenvolvessem atendimento individual e/ou grupal aos usuários do CAPSi da Regional IV do Município de Fortaleza-CE, após concordarem em participar da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam impossibilitados de responder às questões ou que, ao terem concordado em participar da pesquisa, não compareceram às entrevistas no dia agendado.

O CAPSi conta com o quantitativo de 15 profissionais de nível superior, sendo dois enfermeiros, quatro psicólogos, duas assistentes sociais, três médicos, três terapeutas ocupacionais e um farmacêutico.

O profissional farmacêutico não foi incluído na pesquisa pois o mesmo não realiza atividades individuais e/ou em grupo com os usuários. Dois profissionais se recusaram em participar da pesquisa, e três não compareceram no dia agendado. Assim, obtivemos uma amostra de nove profissionais de acordo com os critérios de inclusão.

4.2.4 Instrumentos, técnica e coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio do uso de duas estratégias: o grupo focal e a entrevista semiestruturada. Essas estratégias permitiram estabelecer relações face a face, que segundo Schutz (2012a), é fundamental para que haja a simultaneidade real de dois fluxos de consciência distintos, e somente assim, pôde-se perceber o outro e conhecê-lo, captando a sua ação subjetivamente significativa no mundo da vida.

É na relação face a face que posso dizer que uma pessoa está ao alcance da minha experiência direta, compartilhando comigo uma comunidade espacial (está presente pessoalmente e eu a reconheço como meu semelhante) e temporal (quando o fluxo da experiência flui ao mesmo tempo que a minha). Pessoas que estão ao alcance da experiência umas das outras estão numa relação

face a face, seu corpo está diante de mim como um campo expressivo de suas experiências subjetivas (SCHUTZ, 2012a).

Nessa relação face a face, entrevistado e entrevistador compartilharão um com o outro um presente vivido, gerando o relacionamento do Nós, que é a orientação para o Tu correspondida pelo outro, em que ambos se voltaram intencionalmente um para o outro em um determinado tempo e espaço (SCHUTZ, 2012a; SCHUTZ, 2008).

O Grupo focal, aqui utilizada enquanto técnica de coleta, trata-se de uma entrevista com um pequeno grupo de pessoas sobre um tópico específico, a fim de debater questões, compartilhar experiências. Permite compreender hábitos, representações, percepções, valores, símbolos (FLICK, 2009; GATTI, 2005).

O grupo focal ocorreu no período de setembro, sendo realizado uma reunião inicial para explicar o projeto aos profissionais e agendar uma data para a realização do grupo. Inicialmente estava previsto a realização de dois grupos, porém, apenas um foi possível devido à dificuldade de marcar um dia e horário comum para os profissionais. A reunião ocorreu na sala da copa do CAPSi, por ser um local mais tranquilo, e contou com a participação de cinco profissionais, pois outros dois que estavam presentes se recusaram a participar. Havia ainda a presença de um moderador, que introduziu o assunto e as perguntas norteadoras, e um relator para realizar as anotações. Após explicar os objetivos da pesquisa, os profissionais discutiram sobre a temática, respondendo às questões norteadoras: Como você percebe a violência vivenciada pelas crianças e adolescentes do serviço que você trabalha? Descreva quais as estratégias terapêuticas que você utiliza no serviço na assistência a essa clientela?

A interação do grupo foi muito importante e os dados gerados podem ser vistos no resultado da pesquisa. Apontamos aqui a dificuldade na realização do grupo focal, o que impossibilitou a realização de um segundo grupo por não obtermos o número mínimo satisfatório de integrantes.

Dessa forma, optamos por nos deter às entrevistas semiestruturadas individualmente, visto que as entrevistas também davam conta dos objetivos propostos e estava pensado inicialmente enquanto estratégia de coleta.

A entrevista tem a finalidade de obter informações do entrevistado, por meio de um roteiro que contém tópicos em torno de um problema central. As entrevistas semiestruturadas utilizam perguntas abertas, onde o entrevistado tem a

possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador segue um conjunto de questões definidas, mas esse roteiro é aplicado no contexto parecido ao de uma conversa informal. Sendo assim, as respostas podem discorrer de maneira livre e espontânea do entrevistado. As entrevistas traduzem a representação do ambiente de trabalho, e dessa maneira aproxima o pesquisador do trabalho concreto vivido. Essa entrevista permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos na mesma maneira em que as informações vão sendo fornecidas pelos entrevistados (BELEI et al., 2009).

Na entrevista, entrevistador e entrevistado se encontram um diante do outro e estão sujeitos às influências verbais e não verbais (PAULA et al., 2014). Ao endereçar uma pergunta a alguém, numa relação face a face, poderei acessar as experiências do outro e compreender o significado objetivo e subjetivo da fala dos entrevistados.

O período da coleta se deu nos meses de setembro a novembro de 2015. Foi utilizado um roteiro norteador enquanto instrumento de coleta, contendo as mesmas perguntas utilizadas durante o grupo focal, conforme Apêndice A. Novas perguntas surgiram durante a coleta para o aprofundamento e investigação dos significados, para dar resposta aos objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas, individuais e do grupo, foram registradas em áudio, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes.

Mesmo com o período de coleta citado, a inserção no campo aconteceu com antecedência, no mês de abril, para que houvesse uma aproximação com a rotina do CAPSi e para uma interação face a face com os profissionais. Esses momentos aconteciam durante as reuniões dos grupos de família, realizadas pelo grupo de pesquisa, e durante o estágio à docência, junto com os alunos de prática da universidade.

Essa aproximação foi fundamental para a troca de experiências entre os atores envolvidos na pesquisa, e para que o pesquisador não seja tido apenas como um espectador, sujeito que vai olhar de fora e interpretar a ação dos profissionais no mundo da vida. É importante passar de espectador desinteressado para um membro do grupo, para que a interação entre os sujeitos permita evidenciar os significados atribuídos pelos profissionais.

Porém, algumas dificuldades apareceram, como o receio dos profissionais em receber um sujeito externo e aderir a participação na pesquisa, ou como Schutz

aponta, “um recém-chegado com o olhar do estrangeiro”. Para Schutz, o pesquisador seria esse estrangeiro que adentra a dinâmica interna do grupo e questiona o que parece ser inquestionável aos membros do grupo, e interpreta esse novo ambiente social em termos de pensamento usual (SCHUTZ, 2012a).

Dessa forma, teve-se a dificuldade de superar a visão do estrangeiro e adentrar no espaço social desses profissionais. Para romper com essa visão foi-se procurando estar presente nas reuniões, desenvolvendo atividades com os usuários, observando os atendimentos e atividades dos profissionais no CAPSi com a preocupação de desenvolver uma atitude fenomenológica.

Para a compreensão reflexiva do fenômeno é necessário eliminar todas as noções preconcebidas com relação à natureza do que é pesquisado, suspendendo a dúvida sobre todo tipo de crença, sem julgamentos, críticas, para poder captar o presente vívido das experiências dos profissionais (SCHUTZ, 2012a).

É importante ressaltar que as entrevistas ocorreram em meio a um clima tenso, de insegurança dos profissionais quanto a permanência dos mesmos em suas respectivas funções no CAPSi, devido a uma nova seleção de profissionais realizada pela prefeitura à época da coleta de dados. Isso de certa forma influenciou as respostas dos participantes, que muitas vezes se perdiam em suas falas, com depoimentos muitas vezes vagos, ou até mesmo apontavam a situação trabalhista fragilizada, relatando dificuldades de atuação no CAPSi.

4.2.5 Análise e interpretação dos resultados

Durante a fase de coleta de dados, de acordo com o referencial teórico metodológico adotado, se estabelece simultaneamente às etapas da análise dos dados. Assim, o encontro da entrevista exige do pesquisador um posicionamento de descentrar-se de si, para direcionar-se, intencionalmente, à compreensão do sujeito da pesquisa. Esse posicionamento denomina-se atitude fenomenológica. Nesse sentido, é preciso abertura do pesquisador para compreender a perspectiva do outro (PAULA et al., 2014).

O encontro promove uma abertura à escuta indo além do aparente para alcançar a expressão de significados. No sentido de compreender faz-se necessário lançar mão da fenomenologia, a qual sugere que a compreensão se dá em um processo de enxergar uma determinada situação sem juízo de valor.

O uso da *Epoché*, como atitude de redução fenomenológica da dúvida, é fundamental para se alcançar, ou se aproximar, da essência do fenômeno vivido (SCHUTZ, 2012a). É imprescindível que a redução fenomenológica aconteça, pois o que se pretende é a compreensão do próprio depoente, que não acontece guiada pelo conhecimento científico, mas pelos significados expressos por ele (PAULA et al., 2014).

Após a organização do material colhido, as anotações dos relatores, e transcrição das falas e entrevistas, foram lidas, desconstruídas, reconstruídas e posteriormente categorizadas.

A transcrição dos encontros foi desenvolvida pelo próprio pesquisador, no intuito de resgatar a comunicação verbal e não verbal, bem como a subjetividade do outro. Foi necessário que nessa fase de transcrição das falas, expresso face a face, fossem transformados em discurso escrito o mais próximo possível de quando foi desenvolvida cada entrevista, a fim de que as lembranças não se perdessem (PAULA et al., 2014).

Como parte do método compreensivo, os significados essenciais do fenômeno, foram apreendidos a partir da situação biográfica e conhecimento à mão do entrevistado e entrevistador. Foi lido o texto das transcrições das entrevistas individualmente, de forma minuciosa a fim de se apropriar do material pesquisado, separando o que fosse mais relevante. O material foi relacionado à questão de pesquisa, onde se separou as falas em unidades de codificação, ou seja, os trechos mais representativos, que revelam o que os indivíduos apontaram como significativos.

Em seguida, após a codificação individual das entrevistas, organizou e agrupou-se os significados apreendidos a partir das suas similaridades, consequentemente definindo as categorias concretas.

Segundo FLICK (2009), a principal atividade nesta etapa é a busca de partes relevantes de dados, analisando e comparando com outros dados e lhe dando nomes e classificações. Por esse processo, desenvolve-se uma estrutura nos dados, em direção a uma visão mais abrangente do tema, do campo e dos próprios dados.

A categorização busca revelar partes importantes das falas e analisá-las qualitativamente, comparando os dados e atribuindo-lhes nomes e classificações,

desenvolvendo uma estrutura nos dados, visando de forma abrangente o tema. É necessário preservar relações significativas do modo pelo qual a respectiva pessoa lida com o tópico do estudo. Na análise, desenvolve-se um sistema de categorias para o caso único. Na nova elaboração desse sistema de categorias, primeiramente aplica-se a codificação aberta, depois, a seletiva. Após a análise do primeiro caso, as categorias desenvolvidas e os domínios temáticos ligados aos casos únicos são cuidadosamente checados. Dessa checagem, resulta uma estrutura temática que subjaz à análise de futuros casos (FLICK, 2009).

As categorias evidenciadas foram descritas e discutidas, favorecendo um melhor entendimento do fenômeno em estudo. Assim, os discursos foram interpretados a partir das categorias concretas para se chegar ao significado da ação dos sujeitos que foram analisadas utilizando o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, articulando com seus principais conceitos.

A fenomenologia Social visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, tendo como proposta a análise das relações sociais, admitida como relações mútuas que envolvem pessoas. Trata da estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social do face a face, voltando-se, portanto, para entender as ações sociais que têm um significado contextualizado, de configuração de sentido social e não puramente individual (SCHUTZ, 2012a).

Dessa forma a análise, embora de entrevistas individuais, foram tratadas como um todo coletivo, representando o significado atribuído pelos profissionais de saúde das práticas violentas vivenciadas por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico dentro de um contexto.

4.2.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Para a realização desse estudo foram levados em consideração os pressupostos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013a). Foi solicitado o consentimento expresso do público estudado, bem como envio e a aprovação do Comitê de Ética da Instituição.

Foi garantida a privacidade dos pesquisados através da letra “E” para ilustrar os entrevistados, e números de 1 a 9, escolhidos de forma aleatória, sendo os participantes representados por E1, E2... E9. Foi assinado um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013a), recebendo orientações acerca do estudo. Todos tiveram a liberdade de decidirem se participariam ou não do estudo.

No curso da abordagem dos participantes foi explicado os benefícios da pesquisa aos profissionais, que consistia em: contribuir com a comunidade científica por estar buscando a compreensão de significados das práticas violentas contra a criança e o adolescente na ótica dos profissionais de saúde. Ao compreender tais significados, o mesmo poderá servir de direcionamento para as ações dos profissionais de saúde com vistas ao combate à violência, e melhora nas estratégias terapêuticas e de cuidado.

O projeto foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE, com número de aprovação 696.813 e CAAE 27056814.0.0000.5534.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os sujeitos entrevistados da pesquisa foram todos do gênero feminino, com média de idade de 35 anos. Todas trabalham no CAPSi há mais de um ano, com um período variando de um a três anos. As categorias profissionais que participaram do estudo foram quatro psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, uma enfermeira, uma fonoaudióloga e uma assistente social.

Por meio da análise dos depoimentos desses profissionais, foram constituídas as categorias concretas, possibilitando compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem as práticas violentas vivenciadas por usuários do CAPSi em seu contexto sociofamiliar e das estratégias terapêuticas utilizadas pelos mesmos.

Para Schutz e Luckman (2009) desvelar a ação dos sujeitos se dá apenas a partir do entrelaçamento entre estruturas temáticas significativas e os elementos do conhecimento, assim, as tematizações devem anteceder toda e qualquer interpretação.

Desses depoimentos analisados, emergiram três categorias concretas e nove subcategorias, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Categorias concretas, Fortaleza, 2016.

CATEGORIAS CONCRETAS	SUBCATEGORIAS
Percepção dos profissionais de saúde sobre a violência vivenciada pelos usuários do CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> - Consequências para a vida da criança e adolescente - Violência multifacetada, diferentes tipos, autores e cenários - Contexto sociofamiliar desestruturado
Significado da violência vivenciada pelos usuários de um CAPSi para os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Medicalização excessiva e Assistência centrada no Médico - Desconhecimento sobre o sofrimento psíquico da criança e adolescente por parte dos pais, escola e comunidade - Relação da violência e sofrimento psíquico
Estratégias terapêuticas dos profissionais de saúde do CAPSi para os usuários que vivenciam práticas violentas	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias terapêuticas individuais e em grupo para as crianças/adolescentes - Estratégias terapêuticas para a família - Atenção integrada e em rede

Fonte: Próprio autor

Para a compreensão do significado que os profissionais de saúde atribuem as práticas violentas vivenciadas por usuários do CAPSi em seu contexto sociofamiliar e das estratégias terapêuticas por eles utilizadas, utilizou-se o referencial teórico da fenomenologia de Alfred Schutz, com base em seus principais conceitos: situação biográfica, conhecimento à mão, relação face a face, intersubjetividade, ação social, esquema e zonas de relevâncias, *motivações-com-finalidade-de* e *motivações porque*.

Esses conceitos foram fundamentais para a compreensão do fenômeno estudado, desvelando os significados atribuídos pelos profissionais de saúde às suas experiências no CAPSi, bem como *motivações com-finalidade-de* e *motivações porque* de suas ações sociais no mundo da vida.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS USUÁRIOS DO CAPSI

Nessa categoria os profissionais apresentaram suas percepções sobre a violência vivenciada pelos usuários do CAPSi, a partir de sua situação biográfica e o conhecimento à mão sobre o tema, emergindo três subcategorias: Violência que traz consequências para a vida da criança e adolescente; Violência percebida como multifacetada, existindo diferentes tipos, autores e cenários; e Contexto sociofamiliar desestruturado.

Consequências para a vida da criança e adolescente

A violência é compreendida como uma ação negativa, que fere, causa sofrimento à criança e adolescente, trazendo consequências para a vida desses sujeitos, como regressão no tratamento, perpetuação do ciclo de violência.

Algo que seja agressor para a criança de alguma forma, tanto física como violência psicológica, para a criança que ela não consiga... que ela se sinta agredida de alguma forma (E6).

Eu acho que violência é qualquer coisa que possa ferir uma pessoa, seja de forma física, verbal... enfim (E2).

Violência é toda agressão física, psicológica, moral, todos esses... tudo isso para mim é violência. Abrange muito mais o que a física. Às vezes a violência moral, uma palavra, uma cena que a criança ou adolescente vê,

ele traz e repete essa cena, e nem ele, ele não foi agredido fisicamente, não foi agredido moralmente, mas aquela cena ali está... Só por ele ter visualizado aquilo ali, remete a muito sofrimento (E9)

Eu entendo a violência, de uma forma geral, não só a física, mas a psicológica, a que humilha, a que oprime, a que negligencia. Eu entendo a violência assim (E8).

A violência contra as crianças e adolescentes inclui violência física, psicológica, discriminação, negligência e maus-tratos. Ela vai desde abusos sexuais em casa a castigos corporais e humilhantes na escola; do uso de restrições físicas em casa à brutalidade cometida pelas forças da ordem, de abusos e negligência em instituições até às lutas de gangs nas ruas onde as crianças brincam ou trabalham; do infanticídio (UNICEF, 2006).

Essas diversas formas que a violência se expressa, exige dos profissionais conhecimento amplo e ações estratégicas para a proteção desses sujeitos.

É importante lembrar que todas as formas de violência são consideradas violações ao direito da criança. No Brasil, o ECA se estabelece como o principal mecanismo de proteção à crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente, afirmar que “nenhuma criança e adolescente deve ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (ECA, 1990, art. 5º), a violência ainda se faz presente e vista como um problema sério, por trazer consequências para a saúde.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), as causas externas (acidentes e violências) respondem pela primeira causa de morte de crianças a partir de um ano de idade. E quando não causa a morte, os danos deixados por ela são inúmeros, e por muitas vezes irreversíveis (BRASIL, 2009).

Essa elevada e crescente visibilidade da violência infantojuvenil de desrespeito pelos direitos humanos e de saúde pública, é visto como um problema que atinge e prejudica crianças e adolescentes durante um importante período do seu desenvolvimento, fato apontado por diversos estudos (BENETTI, 2010; ABRANCHES; ASSIS, 2011; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012; LOPES; SILVA; DIAS; ARPINI, 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; HILDEBRAND; CELERI; MORCILLO; ZANOLLI, 2015; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Não se quer aqui apontar a existência de uma concepção certa ou errada sobre o que é violência. O que importa saber é que ao desvelar-se o significado, os profissionais expressam o que é violência de acordo com o conhecimento à mão que possuem, e é com essa bagagem de conhecimento adquirida a partir de suas experiências vividas, que eles fazem suas interpretações e agem sobre e no mundo da vida.

As experiências são assim, o ponto de partida do ser humano consciente, que vive e age em um “mundo” que ele percebe e interpreta e que faz sentido para ele, visto que as experiências são vivenciadas por cada um como únicas. É somente com o olhar em retrospecto que os indivíduos poderão analisar suas experiências (SCHUTZ, 2012a).

Assim, os profissionais precisam refletir sobre suas experiências, pois estas são fontes ricas para a construção do seu conhecimento sobre a prática violenta de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, considerando que nas experiências vividas por cada profissional, singularmente diante ao fenômeno, o mundo da vida desses sujeitos influencia diretamente na intersubjetividade de suas relações (SCHUTZ, 2012a).

As falas dos profissionais apontam assim, para as diversas manifestações de violência contra esses sujeitos, e parte dessa concepção está embasada nos relatos e experiências vividos por eles no seu dia a dia. Independentemente do tipo de violência vivenciada por crianças e adolescentes, sabe-se que ela traz consequências para as suas vidas. Embora não se possa mensurar, sabe-se que os impactos podem afetar aspectos físicos, psicológicos e emocionais.

Para os profissionais, a violência fere, humilha e marca a criança/adolescente. Esse sofrimento vivido afeta o desenvolvimento no que tange ao comportamento, o aprendizado na escola, prejudica a terapêutica, o convívio com outras pessoas, conforme expresso nas falas:

Atrás né, muitas vezes bloqueia o desenvolvimento daquela criança em algum aspecto, as vezes o aspecto emocional, a socialização, regride muitas vezes na escola, e aí... é uma cadeia de consequências no desenvolvimento (E6).

Eu fiz a avaliação do garoto... e aí... a mãe ou foi a tia, não lembro, tinha comentado que ele estava com problemas psicológicos porque tinha visto a irmã... é... porque viu a irmã sendo estuprada. “Vixe” a gente vai lembrando dos casos, lembrei desse... inclusive a pessoa que realizou o ato até morreu depois... e essa garotinha tinha 3 anos de idade (E7)

Aqui a gente também atende muito adolescente que procura o serviço por questões relacionadas à escola. A história do *bullying*. A questão do *bullying* é muito frequente, muito comum... e assim, casos de realmente progredir para uma depressão, da criança ficar isolada, não querer mais sair de casa, nem voltar, nem a ir à escola... e os pais tem procurado muito nosso serviço devido a essas questões (E2).

Eu já escutei de uma criança dizer que ela queria voltar para a escola, e o pai disse que não adiantava botar ela na escola porque ela nunca ia aprender. Assim, às vezes pode vir no momento de raiva, o pai soltou alguma coisa, mas tem muitos que falam mesmo por falar.... Como é que a criança vai conviver com isso? (E3).

A pergunta feita por E3 é importante e faz refletir sobre os efeitos que essas situações de violência trazem para a criança e o adolescente. A pessoa constrói vínculos afetivos ao longo da vida toda, seja em casa, na escola, no CAPSi, quando estes são atravessados por algum tipo de violência, esses eventos são significativos e tem o poder de alterar o percurso do seu desenvolvimento.

Para Schutz (2012a), somente o que foi experienciado é que é significativo, e não aquilo que está sendo. É somente com o olhar retrospectivo que as experiências são apreendidas, distinguidas, colocadas em relevo, diferenciada uma das outras, marcando assim a vida de sujeitos com vivências de violência.

A violência é negativa, e as consequências dependem do contexto em que vivem e de que maneira a família e a criança/adolescente enfrentam estes eventos. Esses impactos dependem da vulnerabilidade a que estão expostos, como a estrutura familiar, pobreza, acesso à educação, vínculos afetivos, etc.

Assim, o acúmulo de experiências desde a infância, acrescida de outras no decorrer da vida, constitui-se como o acervo de conhecimento, no qual, por intermédio desse arsenal, o ser apreende e interpreta os acontecimentos de sua vida diária e baseia-se para sua ação futura (SCHUTZ, 2012a).

É a partir disso que uma criança e um adolescente imersos numa situação biográfica de violência, irão basear sua conduta em suas experiências no mundo da vida, conseqüentemente, reproduzindo essa violência vivida ou sofrendo as consequências que ela provoca.

O indivíduo não consegue captar a realidade do mundo, mas apenas alguns aspectos dela, enxergando-o à sua maneira, a partir da identidade do Eu e da relação do Nós. Para as crianças e adolescentes que vivenciam violência, essa é o único aspecto que elas conhecem (SCHUTZ, 2012a).

Esse universo de discurso entre a criança e o adolescente, seus familiares e os seus semelhantes na esfera social é gerado a partir dos códigos de interpretação e de códigos de orientação para cada membro, sendo gerado um sistema de tipificações. Esses sujeitos vão reproduzir as ações típicas do seu grupo existencial, partindo do sistema de tipificações e relevâncias que conhece para realizar sua atitude natural no mundo da vida (SCHUTZ, 2012a).

Assim, essas experiências marcam a situação biográfica desses sujeitos, servindo como referência para seu estoque de conhecimento e zonas de relevância, para o agir no mundo social.

O pensamento de Schutz de certa forma corrobora com demais estudos, onde foi identificado que a presença de violência em diferentes contextos, tais como escola, família e comunidade, associava-se a manifestações clínicas depressivas. Portanto, a implicação de experiências de violência no cotidiano de jovens se constitui como um elemento de risco grave para a saúde mental (BENETTI, 2010).

Em pesquisa realizada, crianças expostas à situação de violência apresentaram frequentemente problemas de conduta, problemas emocionais (depressão e ansiedade) e de relacionamento, e por último, atenção, concentração/hiperatividade (HILDEBRAND; CELERI; MORCILLO; ZANOLLI, 2015).

Essas consequências podem aparecer através de comportamentos internalizantes, que se refere às manifestações de sintomas de ansiedade, depressão, somáticos e obsessivos, caracterizados fundamentalmente por aspectos internos. E externalizantes, que correspondem aos comportamentos agressivos, uso de substâncias, conduta antissocial e delinquência (BENETTI, 2010).

Na tentativa de estabelecer relação entre problemas de saúde mental na adolescência e as características familiares, eventos traumáticos e violência, a pesquisa realizada por Benetti (2010) constatou que o diagnóstico clínico de internalização se associou à violência no âmbito familiar, a vivências de eventos traumáticos na dimensão pessoal e ao estilo paterno negativo. O diagnóstico clínico de externalização estava associado à exposição à violência em geral, a situações estressoras na dimensão pessoal (ansiedade, drogas, problemas com autoimagem) e aos estilos parentais negativos, tanto paternos como maternos.

As experiências sedimentadas no mundo da vida, passam a fazer parte do estoque de conhecimento à mão de crianças e adolescentes, que tipificam suas experiências e passam a se comportar de acordo com o que foi vivido em situações

similares. Essa internalização passa a tipificar sua ação no mundo da vida (SHUTZ, 2012a).

Outros estudos corroboram com o autor acima citado, e vão ao encontro do que foi percebido pelos profissionais desta pesquisa, mostrando que experiências de violência, associadas a outros determinantes sociais, como condições de pobreza, rompimentos de vínculos familiares e relações conflitivas e de pouco suporte, práticas de socialização negativas, mortes e doenças crônicas são algumas das situações relacionadas a ocorrência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, principalmente considerando a intensidade e frequência. Além disso, afetam o funcionamento do corpo da criança em longo prazo, limita as atividades diárias, prejudica o crescimento e desenvolvimento e afeta diretamente o cotidiano de todos os membros da família (BENETTI, 2010; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

É importante ressaltar o que Schutz (2012a) chamou de situação biograficamente determinada dos sujeitos no mundo da vida cotidiana. Por mundo da vida compreende-se toda a esfera das experiências cotidianas, direções e ações por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses e negócios, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos. É nesse mundo, portanto, onde as ações violentas acontecem e marcam a situação biográfica (SCHUTZ, 2012a).

O mundo tem sentido não somente para o indivíduo, mas também para quem com ele vivencia as experiências. A experiência do homem no mundo se justifica e corrige mediante a experiência dos outros, com quem se interrelacionam conhecimentos, tarefas e sofrimentos comuns. O mundo é interpretado como o possível campo de ação de todos nós (SCHUTZ, 2012b).

Assim, as crianças e adolescentes vão atribuindo sentido junto as experiências que vivenciam na família, na escola, na comunidade, e que vai constituindo sua história, sedimentando suas experiências, compondo a sua situação biográfica, em um ambiente físico e socioculturalmente definido por ele, e somente dele (SCHUTZ, 2012a).

O indivíduo toma o mundo social à sua volta como um pressuposto, esse mundo, então, que lhe é dado. E, que com ele são ofertadas as interpretações dos múltiplos fenômenos, desenvolvidas conforme grupo cultural e significado subjetivo individual, referente a situação de vida de cada um (SCHUTZ, 2012a). Assim, ele

experiencia e toma como dado, aquilo que ele vive. Se ele está inserido numa situação de violência, é esse contexto de violência que ele vai conhecer, experienciar e compartilhar com os outros.

Em relação as consequências da violência psicológica na infância e adolescência, alerta-se para as consequências da incapacidade de apreender do sujeito, incapacidade de construir e manter satisfatória relação interpessoal, inapropriado comportamento e sentimentos frente a circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos. Em crianças e adolescentes submetidos à coerção, viu-se que a longo prazo, tem influência no surgimento de violência, depressão, ansiedade e comportamentos antissociais nos indivíduos (ABRANCHES; ASSIS, 2011; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Já em relação a crianças e adolescentes que sofriam abuso físico, percebeu-se que esses sujeitos apresentavam menor autoestima, comportamento mais agressivo, baixo bem-estar geral. Em crianças e adolescentes vítimas diretas e indiretas da violência comunitária manifestam primeiramente distúrbios do comportamento, agressividade, distúrbios do humor, e sintomas de estresse pós-traumático, como pesadelos, *flashbacks*, problemas clínicos de saúde e dificuldades escolares relacionadas ao desempenho cognitivo. A exposição à violência foi associada ao comportamento agressivo na adolescência, envolvimento com drogas e polícia, e depressão (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012; BENETTI, 2010).

A pouca interação familiar e a negligência são fatores que contribuem para a manifestação de problemas psicológicos e de comportamento infantojuvenis, tais como a agressividade. Sujeitos que vivenciam situações violentas, podem desenvolver sentimentos como hostilidade, medo e ansiedade, o que interfere na capacidade de adaptação do comportamento à situação, apresentando um maior risco para o desenvolvimento de criminalidade, delinquência e violência contra outras pessoas (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Essas pesquisas alertam para o fato de que a criança e o adolescente, quando imersos em situações violentas, podem tender a reproduzir essa vivência em suas relações sociais, gerando um ciclo de modos de conviver pautados pela agressividade, (re)iniciando o ciclo da violência. As consequências desta violência atingem a qualidade de vida, prejudicando em particular os estudos e a saúde de

crianças e adolescentes (LOPES; SILVA; DIAS; ARPIN, 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

No ambiente escolar, as crianças podem apresentar baixo rendimento ou queda de performance; ausências frequentes; falta de atenção e de concentração, bem como mudança de comportamento, tais como a presença de agressividade, passividade, apatia e/ou choro frequente. Todas essas consequências podem surgir em decorrência do abuso físico que a criança e/ou o adolescente estejam sofrendo. Assim, elas acabam por reproduzir esse comportamento agressivo, sendo hostis com outras crianças, ou podem também, apresentar um comportamento retraído e medroso (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Mais uma vez, reforçamos a importância da situação biográfica dos sujeitos, pois é a partir do que se experiencia, que ele vai definindo quais elementos serão relevantes, e quais desses elementos do sistema de relevância serão tipificados (SCHUTZ, 2012a). Cabe ao profissional de saúde conhecer a situação biográfica dos sujeitos para intervir nesse sistema.

Evidencia-se que a violência, além das sequelas físicas que ela pode trazer, deixa uma marca negativa no sujeito, o que pode retardar o processo terapêutico da criança e adolescente, causando depressão, intensificando o sofrimento mental, regredindo o desenvolvimento psicomotor, socialização, etc. Ao vivenciar essa violência em sua situação biográfica, a criança pode tipificar essas experiências e perpetuar o ciclo, praticando violência contra outras pessoas.

Violência multifacetada, diferentes tipos, autores e cenários

Na fala dos entrevistados percebe-se a violência vivenciada pelos usuários do CAPSi como multifacetada, onde as crianças e adolescentes vivenciam diversos tipos de violência, atores e cenários.

Eu particularmente observo a violência não só em casa como também na escola. Né assim, alguns atendimentos que eu já fiz e alguns pacientes que eu tenho, existe uma queixa de que outros colegas da escola outros meninos, no caso mais crianças, que fazem *bullying*, ou então agressão mesmo física, com relação a essas crianças que eu atendo...e aí a queixa é muito nesse sentido, da escola (E1).

É mais frequente a gente observar que a violência de criança mesmo por parte de adultos, eu atendi uma criança, essa mesmo que eu falei que disse que o pai tentou envenenar, a avó me confirmou... que, a tia eu acho..., a tia me confirmou que o pai tinha quebrado três dedos dele, e tinha algumas marcas que foram observadas na avaliação de violência assim... (E1).

Assim, vários tipos né, eu acho que a violência maior, assim que eu observo mais assim em relação ao público é a questão da displicência mesmo... da falta de cuidado... eu acho que é uma violência pra criança a pessoa, a criança não receber os devidos cuidados... e também ela tão muito vulneráveis né, sempre é um tio ou uma pessoa próxima, um padrasto... que acaba... realizando certo tipo de violência com a criança, e aí as vezes elas não sabem como transmitir isso, as vezes até sabem, até transmitem mas acabam sendo expostas... a esse tipo de violência, tanto com relação com violência ao cuidado quanto mesmo elas serem expostas mesmo a essas violência mesmo... de sexual... Tem a violência com as palavras. Isso sempre tem (E7).

[...] mas de uma forma geral, hoje o que eu vejo aqui é a negligencia educacional dos pais, a perda do vínculo familiar, seja do pai ou da mãe, e a negligencia como um todo, educacional, psicológica e vinculo (E8).

Ele já se jogou [usuário], né, já se jogou na frente de um carro, ficou todo machucado... numa violência contra ele mesmo... Automutilação... eles se cortam de mais... enquanto ela estava pegando a medicação [a tia], a gente vê a questão da negligencia também né, a menina se jogou e "puufo", machucou a testa foi preciso, feriu bastante, foi preciso a gente fazer curativo e tudo né... então existe essa questão aí (E2).

Dessa forma os profissionais percebem que a violência pode ser física, psicológica, sexual, bem como a negligencia de cuidados, sendo esta a mais citada pelos entrevistados, de acordo com o que foi tipificado por eles. Essas formas de violência são praticadas por atores sociais como familiares, ou pessoas próximas, professores e até mesmo a violência cometida contra si mesmo, ou entre crianças/adolescentes. Além disso, os cenários, entendido aqui de acordo com o referencial teórico adotado como o mundo da vida cotidiana, são diversos, ocorrendo em casa, na escola, na comunidade e no próprio serviço de saúde.

Conceitualmente, definir violência é uma tarefa difícil, visto a diversidade de tipos, cenários e atores que ela pode ocorrer. Muitas vezes, termos como abuso, maus-tratos e agressão são utilizados como sinônimos de violência. Quando a violência ocorre contra crianças e adolescentes, a própria OMS (2002) vai conceituar enquanto maus-tratos infantis, sendo esta uma situação em que se identifica a existência de um sujeito em condições de superioridade relativamente à criança, independentemente da natureza dessa superioridade (hierárquica, força física, idade, inteligência, posição social ou econômica), o qual comete dano (corporal, psicológico ou sexual), contra a vontade da vítima ou mesmo após o consentimento

desta, quando tal for obtido por indução ou sedução enganosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Para além das formas de maus-tratos físico, psicológico e sexual, a violência é algo mais complexa, que se encontra em nível macro e micro estrutural na sociedade, assumindo diferentes contextos da conjuntura econômica, social e política e aspectos culturais. Para alguns, os atos violentos fazem parte do ciclo intergeracional e da dinâmica familiar (NUNES, 2008).

Schutz (2012a) compreende a atividade humana por sua ação social, ou seja, o homem de modo intencional, motivado, vai agir no e sobre o mundo social. As ações no mundo não são por acaso, sendo a violência, vista assim como uma ação motivada por diversas questões, destinada a outros. Além disso, se a situação biográfica do sujeito é marcada por violência, sua ação social no mundo pode ser motivada por violência.

O mundo da vida é um mundo social, compartilhado, vivenciado e interpretado pelo sujeito e por seus semelhantes. É onde vivemos e nos constituímos pessoas por estar entre outras pessoas, com quem nos vinculamos por interesses e trabalhos comuns, compreendendo os demais e sendo compreendido por eles, numa ação no e sobre o mundo, indivisível (SCHUTZ, 2012a).

Conforme expresso pelos profissionais, no que diz respeito à violência contra crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ganha destaque as formas de negligência e abandono. Assim, conhecer e saber identificar as formas de manifestação da violência que mais afetam as crianças e os adolescentes, bem como o mundo social e situação biográfica aos quais se inserem é fundamental para oferecer cuidado e proteção social, especialmente na rede pública de saúde (BRASIL, 2010).

A identificação da violência não é fácil, devido a sua complexidade, além de depender de aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio e oferta de capacitações para a identificação dos sinais (ACIOLI et al., 2011).

Devido a essas percepções múltiplas, muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldades para compreendê-la em seus diferentes contextos em que esta tem significado e para reconhecê-la como consequência de uma dinâmica relacional complexa (NUNES, 2008).

Essa dificuldade pode estar relacionada à própria situação biográfica dos profissionais que compõe o seu estoque de conhecimento à mão. A situação biográfica dos profissionais é diferente da situação biográfica dos usuários, conseqüentemente, as interpretações sobre o fenômeno da violência são diferentes. Percebe-se que o mesmo objeto de conhecimento pode aparecer de forma diferente ao outro se a situação biográfica no mundo for diferente. (SCHUTZ, 2012a).

Os profissionais determinam a sua conduta social, tomando por base a sua situação biograficamente determinada, que inexoravelmente encontra-se vinculada à história pessoal de cada um, sedimentada por experiências acumuladas (SCHUTZ, 2012a).

A situação biográfica determinada de um homem são todos os momentos vividos por ele, sendo o ambiente físico e sociocultural conforme ele define, onde ele se posiciona, não só fisicamente, mas com seu *status* e papel dentro do sistema social, além de sua posição moral e ideológica. Esse homem tem a sua história, e ele estar situado em termos biográficos significa que essa história são as sedimentações de todas as experiências anteriores dele, organizadas de acordo com suas poses habituais de seu estoque de conhecimento a mão, que é unicamente dele (SCHUTZ, 2012a).

Dessa forma, os profissionais precisam estabelecer relações com os usuários e suas famílias que permitam conhecer a situação biográfica do outro a ser cuidado, para que assim, possa entender o que o motivou a cometer violência, e não apenas julgar e fazer interpretações descontextualizadas de suas ações.

Assim, pode existir uma dificuldade em dar um primeiro passo no enfrentamento desse problema, que seria identificar essas práticas violentas vivenciadas. Para Lopes, Silva, Dias e Arpini (2012) não são raros os casos em que os atores sociais (estejam eles em instituições de ensino, acolhimento ou serviços de saúde, ou membros da comunidade) demoram ou mesmo não identificam abusos. As mesmas elencam que as razões para isto estão relacionadas à falta de informações, ou por não entenderem que situações violentas existentes e naturalizadas pela cultura, como castigos, punições, formas disciplinares de educar, mascaram a violência no contexto em que ocorrem (LOPES; SILVA; DIAS; ARPINI, 2012).

Dessa forma, muitas outras manifestações de violência podem ocorrer com essas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e que passam

desapercebidas pelos profissionais de saúde durante suas atividades no CAPSi, visto que são experiências diferentes das vivenciadas por eles, o que dificulta a compreensão da situação biográfica, das motivações do outro, caso não se ponham em relação face a face para a escuta qualificada desses sujeitos.

Os tipos de violência mais frequentemente identificados pelos profissionais, de acordo com o estudo de Acioli et al. (2011) foram a violência física e a negligência/abandono, resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo. Esse fato pode ser atribuído à sua fácil detecção, uma vez que esses tipos de violência deixam marcas visíveis ou retratam a falta de cuidados gerais com a criança, o que não ocorre em outros tipos de violência (ACIOLI et al., 2011).

É importante ressaltar que esse estudo trata de crianças e adolescentes em situação de violência, não especificando se estas possuem algum sofrimento psíquico já instalado, refletindo crianças e adolescentes de uma forma geral. São escassos trabalhos que enfoquem esse contexto de violência em crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, ou que tenham o CAPSi, ou outros setores da rede psicossocial como cenário da pesquisa.

Em um dos estudos encontrados, realizado com crianças com deficiência mental (Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção – TDAH e Comportamentos Disruptivo) vítimas de maus tratos, em Portugal, as formas de violência mais representadas foram as formas mistas (físico, psicológico, negligência combinados), sendo as mães a principal agressora. Evidenciou-se uma forte associação entre estes transtornos e a violência contra elas acometida (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

Os profissionais apontam também para novas formas de violência, como o *bullying*, que pode ser vivenciado em diversos cenários. A vivência de novas experiências sedimentadas é essencial para ampliar o estoque de conhecimento à mão dos profissionais.

O *bullying* tem sido um tema amplamente debatido na atualidade, uma vez que ocasiona sofrimento psíquico, diminuição da autoestima, isolamento e prejuízo no aprendizado. Portanto, a violência no contexto familiar, escolar e nos diversos espaços sociais de convivência da criança e do adolescente deve ser objeto de investigações mais profundas, no que se refere ao seu impacto à saúde (REIS et al., 2013).

A forma mais destacada de violência foi a negligência, entendida como a falta de cuidados com a criança/adolescente. A negligência é um tipo de relação entre adultos e crianças ou adolescentes, baseada na omissão, na rejeição, no descaso, na indiferença, no descompromisso, no desinteresse, na negação da existência. Os pais, ou outros membros da família deixariam, assim, de prover o desenvolvimento e o bem-estar em relação à saúde, educação, segurança, desenvolvimento emocional, nutrição etc. (KRUG, 2002; FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Outro tipo de violência citado, e que precisa ser evidenciado, foi a violência verbal, expressa no preconceito e desconhecimento com o problema da criança e do adolescente, por isso, muitas vezes os pais falam mal e agridem verbalmente.

Até porque eu tenho muitos que chegam aqui e dizem, não, a criança é agitada, não, mas eles não batem, mas chamam o menino de tudo que é nome, que o menino não presta, que o menino não sei o que... então assim... o bater... não faz, mas em compensação o verbal... agride muito mais do que... (E3).

Por que marca né, a palavra marca (E2).

Como foi apontado pela entrevistada E2, a palavra marca e a criança carrega aquilo que foi dito, e tipifica aquela situação, reproduzindo com outras crianças, ou se revoltando com a própria família.

Essas percepções são fruto das experiências vividas pelos profissionais no serviço de saúde que ampliam o seu estoque de conhecimento sobre o fenômeno da violência. Ao relatarem os casos de violência vivenciados, os mesmos rememoram a experiência vivida, tornando-a significativa para o seu trabalho.

Qualquer decisão a ser tomada dependerá em grande parte do estoque de conhecimento ou conhecimento a mão individual, o qual se acumula com o passar dos anos a partir de situações vivenciadas cotidianamente, além de histórias contadas ao indivíduo que lhe servem como aprendizado (SCHUTZ, 2012a).

Essa experiência é a atenção voltada aos objetos, reais ou imaginários, sendo o objeto construído pela percepção sintética de diferentes perspectivas, das quais o objeto é visto ou posteriormente lembrado de forma tipificada, consistindo em um processo inerente a toda a experiência (SCHUTZ, 2012a).

Schutz (2012a) ainda refere que as tipificações, no nível de sentido comum, emergem da experiência cotidiana e seu conhecimento tem um elemento inseparável da herança sociocultural transmissível entre os pares. É a partir dessas tipificações sobre a violência que os profissionais elaboram, planejam e agem sobre o problema.

O profissional de saúde tipifica a família como ator social que tem um papel importante no contexto da violência, pois a mesma tanto aparece quanto agressora, como também é a base de sustentação daquele sujeito; de onde deve vir amor, proteção, atenção, e, portanto, precisa ser preservada. A família com ações que expressam desestruturação acaba agravando muito mais o quadro de saúde mental, levando a situações de violência.

Não há como se abster de sua história de vida ao projetar e agir, pois a situação biográfica de cada um está intimamente vinculada ao seu arsenal de conhecimento que guiam o pensar, o atuar e o decidir no mundo da vida (SCHUTZ, 2012a).

Eu acho que a principal agressão, que eu vejo que... a violência maior e que prejudica mais a criança é a familiar, realmente, não só em termos verbais, mas como negligência, abandono, abuso sexual, que muitas vezes ocorre ou na vizinhança ou com pessoas da própria família, então assim, isso é o que mais, a gente vê que prejudica mais a criança, muito mais do que o próprio transtorno mental, porque o transtorno ele é tratado com a medicação, com as terapias, e tendo um suporte familiar a criança tem uma evolução muito boa, né, assim, fica estável, fica bem, frequenta a escola. A gente tem vários casos aqui de pacientes que tem uma vida relativamente tranquila assim, participa das atividades da vida diária normalmente, porque tem esse suporte familiar. E tem outros que, às vezes, nem são tão comprometidos, mas por conta de a família ser totalmente assim, negligente, acaba o caso sendo mais grave, requerendo mais atenção (E1).

Eu vejo mais negligência por parte dos pais, como? De procurar um serviço atrasado, quando essa criança já está com 7 anos de idade e não sabe ler... e que os pais também quando a gente diz: você senta com seu filho para ensinar a tarefa? Não, não sento. Eu nem sei ler também. A gente ainda vê muito isso. E essa violência é muito gritante aqui, quando você questiona os pais se ele acompanha esse filho no cotidiano. A maioria não. E não tem muito interesse em acompanhar. Por exemplo, você pode ir na escola observar seu filho dentro de uma sala de aula para ver como é que essa criança é estimulada pelo professor? Ai os pais dão desculpas bem esfarrapadas. "ai eu não tenho tempo, eu estou cansada, eu tenho muitos filhos, eu não posso". Outro tipo de negligência, é... dentro de casa, como eu já falei, de não sentar com seu filho nem para brincar, de não entender que esse brincar estimula a cognição, e de não acompanhar essa criança, vamos dizer, na escola mesmo, saber como é que ela está, se ela desenvolve as capacidades... (E8).

Um caso, onde, o irmão é... que já é atendido aqui no CAPS, uma criança menor, onde uma criança menor estava abusando dela, e a mãe chegou aqui incontrolável assim, aconteceu várias vezes e ela... e o irmão mais velho com nove... que é o... agressor abusando do irmãozinho menor de dois anos. E assim foi muito complicado. Certo dia ela chegou aqui, tinha acontecido há pouco tempo a violência, e ela, e a criança, assim, a menorzinha por uma questão de... acho que talvez de uma convivência boa fora esse fato... não tinha medo do irmão... de jeito nenhum. Agora assim eu notei que na hora que fui examinar ele ficou muito retraído, não queria deixar eu tirar a fraldinha dele. Isso assim, me deixou de coração partido, né, porque também sou mãe, além de profissional sou mãe e a gente fica assim pensando no futuro dos nossos filhos também. Esse foi um caso que realmente me deixou muito sensibilizada (E2).

A base necessária para a socialização da criança é de responsabilidade dos pais, os quais devem conferir ao filho um ambiente incentivador e seguro no qual ele possa desenvolver-se. A família possui a função de ser fonte de segurança, afeto, proteção e bem-estar, mas isso nem sempre ocorre (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

As primeiras relações do Nós se dão na família, e estas relações são filtradas pela situação biográfica determinada. A significatividade fundamental que as crianças adquirem nas suas primeiras relações do Nós estão não apenas socialmente objetivadas, mas, em certa medida, filtradas através da estrutura social. E este efeito de filtro é imperativo (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

A ausência de diálogo entre as crianças e adolescentes e seus pais/responsáveis aparecem como um fator preocupante, uma vez que a família exerce grande influência no processo de desenvolvimento do indivíduo, o que inclui práticas de educação, socialização e de cuidado em saúde (REIS et al., 2013).

Pelo referencial da fenomenologia social, a falta de ações e condutas típicas de relações afetivas entre os membros da família, acaba estruturando a rede de significados vivenciada pelas crianças e adolescentes, sendo o seu mundo social, marcado pela ausência de afeto, de vínculo, de relações saudáveis. Esse pensamento baseado nos estudos de Schutz (2012a, 2012b, 2008), vai ao encontro com demais pesquisas.

No estudo evidenciado por Reis et al. (2013), os adolescentes pesquisados relataram que nunca ou raramente conversavam com os pais sobre as vivências do cotidiano. Eles ainda relataram que os pais não se interessavam em se informar sobre as atividades relatadas por eles, no tempo livre. Eles desconheciam

quando os mesmos faltavam à escola, e que eram ausentes no aprendizado dos filhos, não auxiliando na tarefa, e nem nas discussões das disciplinas em curso. Esse estudo corrobora com o que foi falado pelos profissionais do CAPSi, que sentem essa negligência dos pais como uma violência que afeta as crianças e adolescentes.

Há de se discutir sobre essa situação dos pais, pois muitas vezes são exigidos deles coisas que nem eles mesmos sabem, como na fala “eu nem sei ler também”. Deve-se ter o cuidado para que isso não se torne um estigma sobre essas famílias, pois elas também sofrem com a condição que se encontram.

Para Schutz, a vida no lar significa ter em comum o espaço e o tempo, com objetos e interesses à volta com base num sistema de relevâncias mais ou menos homogêneo. Significa que os membros de uma família são participantes de um relacionamento primário, vivenciam um ao outro como personalidades únicas num presente vívido. Eles compartilham experiências e antecipações do futuro, acompanham o desenrolar do pensamento um do outro, vivenciando uma relação do Nós, pois a vida um do outro se torna uma parte de sua autobiografia, um elemento de sua história pessoal (SCHUTZ, 2012a).

A agressão de uma criança em sua própria casa, local onde supostamente estaria protegida da violência, cria uma situação de profundo desamparo para a vítima. A obrigação de conviver com seu agressor e enfrentar o pacto do silêncio que costuma envolver as pessoas mais próximas nesse tipo de situação, são fatores que podem gerar efeitos catastróficos na formação da personalidade desses sujeitos (GARBIN et al., 2011).

Um ponto importante relatado por E2, diz respeito ao envolvimento nos casos, já que as experiências negativas de violência que chegam para ela no serviço acabam sendo associadas ao fato de ser mãe, e que isso poderia acontecer também dentro de sua família. Essa experiência, ao ser associada com seus esquemas de relevância, ganham um significado, que de certa forma, vai permear as atitudes tomadas pelos profissionais diante dos casos de violência.

É o interesse que o profissional tem por determinado problema, que vai estruturar suas significatividades. Esse interesse guia a tomada de decisão diante do problema da violência. Na fala de Schutz (2012a) é nosso interesse que motiva todo nosso pensamento, nosso planejamento, nossa ação. Ele divide o campo não

problematizado daquilo que já é conhecido em zonas de relevância, que podem ser acessadas de acordo com o interesse e demanda de uma determinada questão.

A significatividade estrutura os atos e experiências humanas, sendo toda decisão introduzida por uma série de significatividades. A motivação para a decisão interpretativa embasa um projeto para a ação futura, consistindo em decisões, que são no contexto do significado as hierarquias do plano. Ou seja, a significatividade motivacional situa-se na condução da situação atual em uma relação significativa com os planos de vida e com os planos cotidianos, incidindo nas decisões rotineiras anteriores e nas decisões extraordinárias (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Os interesses que eu tenho numa mesma situação podem ser conflitivos entre si, dependendo do papel social que é exercido. O papel de profissional de saúde e o papel materno, além de diferentes, podem ser incompatíveis, visto que é preciso decidir qual dentre esses interesses se deve escolher enquanto ponto de partida para reflexões (SCHUTZ, 2012a).

Muitas vezes, essas relevâncias são impostas ao profissional, e por serem impostas, eles podem não se interessar, ou ter vivências que o afastam de trabalhar questões como a violência, por exemplo.

A escola também aparece como um espaço importante para a vivência da violência por essas crianças e adolescentes, visto que em muitos casos a escola, na figura de professores e diretores, se omite aos casos de violência, como relatado:

Também tem a negligência da escola, não só no sentido dessa violência dos outros... colegas, das outras crianças, como também da própria escola não tomar providências com relação a essa violência que ocorre. Eu percebo também essa negligência, muitas vezes a gente orienta, para procurar conselho tutelar, para procurar distrito de educação para tomar as medidas legais, mas assim, a escola realmente se omite, muitos casos ela é conivente com a violência. Eu percebo que é isso (E1).

Isso também não impede de a criança ir à escola, que fica, tipo ameaçando a família, "olha, eu vou ficar com ele, mas eu só posso ficar até nove horas, porque a gente não tem condições de controlar a criança aqui", porque bate... Eles utilizam várias justificativas, que a gente sabe que realmente o autista ele tem mais essa dificuldade mesmo, de concentração... eu não diria tanto concentração, mas de ficar é... mais quieto, de atender os comandos, como é feito com as outras crianças (E2).

As crianças e adolescentes que têm os primeiros contatos diretamente com os professores, fora do ambiente familiar, contam com a ajuda deles para ter

um ambiente transformador, que possibilite uma socialização, abarcando os ensinamentos que devem ser passados (MACHADO; BOTTOLI, 2011).

A escola, representada na figura do professor, tem um papel importante não somente na educação “formal”, presente nos currículos, como também na formação do sujeito enquanto cidadão. Dessa forma, a violência quando identificada pelo sistema educacional traz importantes elementos para as autoridades competentes atuarem no combate ao problema. Esse papel da escola perpassa por inúmeras questões no que diz respeito ao preparo dos professores para lidar com o problema.

Porém, como apontado pelos entrevistados, a escola também pode ser um cenário para a vivência de violência entre crianças e adolescentes, tanto da violência que entre os alunos, quanto da violência que a “escola”, aqui entendido enquanto violência estrutural, pratica com os sujeitos em sofrimento psíquico, negando-lhes a atenção, excluindo-se do papel de educar, junto as demais crianças.

Essa experiência irá acoplar-se a sua situação biográfica, guardando um vínculo evidente com a vida e história pessoal de cada indivíduo no mundo social, que passará a fazer parte de seu acervo de conhecimento, que é usado na interpretação que faz do mundo (SCHUTZ, 2008).

As tipificações servem com o propósito de solucionar problemas típicos que surgem em situações tipificadas como sendo iguais; além de transformar as ações individuais, em funções típicas de papéis sociais típicos, que se originaram por motivações típicas e com objetivo típico. Também funciona como um decodificador, como um código de interpretação ou orientação para os membros de um grupo, constituindo um universo de discurso entre eles (SCHUTZ, 2012a).

A escola, motivada por seu acervo de conhecimento, tipifica a criança em sofrimento psíquico como alguém “doido”, “trabalhoso”, com dificuldades e atraso de aprendizagem, e assim age sem compreender a situação biográfica desses sujeitos, sem refletir sobre sua prática pedagógica.

A exemplo disso, a prática do castigo e da autoridade, presente no disciplinamento da prática pedagógica de muitos professores é entendida como algo comum e reconhecida, frequentemente, como normal, e tida como forma de educar (ACIOLI et al., 2011).

Por ser um importante ambiente de desenvolvimento e de interação da criança e do adolescente, a escola tem sido convocada a agir em diversas situações

de casos de violência contra a criança e o adolescente. Muitas vezes, a violência praticada no contexto familiar é silenciada, sendo a escola praticamente o único lugar no qual é possível a identificação dessa violação. Por isso, é importante que o contexto escolar (direção, professores) esteja atento às manifestações comportamentais e subjetivas dos alunos, já que estas podem revelar muitos dos comportamentos e valores aprendidos no contexto familiar (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Sendo a escola, frequentemente, o único recurso que o aluno tem para romper o pacto do silêncio que acontece no contexto familiar, ela deve estar capacitada para fazer a identificação e a notificação dessas situações. Os agentes que nela atuam precisam estar habilitados para lidar com essas situações, devendo estar atentos para o diagnóstico precoce das situações de violência e de risco ao desenvolvimento (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

É importante destacar o importante papel que professores têm na prevenção e detecção da violência. Os mesmos passam muitas horas com as crianças e conhecem o seu processo de desenvolvimento, estando, por isso, em excelentes condições para verificar se há indicadores de maus-tratos ou fatores de risco na própria criança e na sua família. O professor precisa estar atento para questões como absentismo injustificado ou repetido, comportamentos que visam chamar a atenção, mudanças inesperadas no desempenho acadêmico, déficits de atenção, dificuldades na realização das tarefas escolares, tristeza, desânimo, desconfiança e/ou medo, isolamento e pobre relacionamento com as outras crianças, agressividade verbal ou física, comportamentos sexualizados ou comentários sexuais inadequados para a idade, visto que podem indicar que esse sujeito está sofrendo algum tipo de violência (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

Ao serem guiados por seu estoque de conhecimento à mão, os professores interpretam suas experiências da maneira mais adequada, de acordo com suas motivações, o que nem sempre condiz com a situação biográfica da criança e adolescente. Assim, muitas vezes, esses sinais passam despercebidos pelos professores.

Pode-se apontar enquanto *motivação com-finalidade-de* (aquela voltada para o futuro, o planejamento de novas ações) para o enfrentamento da violência, a inclusão desta temática na formação do educador. É necessário que além da atenção e da real disponibilidade para enfrentar a situação, os profissionais sejam

capacitados de forma a identificá-la com segurança (GARBIN et al., 2011). É importante também que os professores tenham conhecimento sobre o ECA, dispositivo de proteção, que vê a criança e adolescente como sujeito de direitos, e não como mero objeto de intervenção.

Os mesmos autores afirmam que alguns fatores dificultam essa atuação, visto que os professores não se sentem responsáveis por essa problemática, acreditando que não é atribuição sua. Além disso, muitos se sentem despreparados, já que o tema da violência não é tratado, muitas vezes, nos currículos de formação dos professores.

Além disso, combater a violência na escola se torna um desafio, visto que ela também pode ser a própria “autora” da violência contra esses sujeitos. A escola muitas vezes não quer se responsabilizar pela criança ou adolescente em sofrimento psíquico, por não entender as especificidades desses sujeitos, acabam por negligenciar, o ensino, e conseqüentemente todo o processo de aprendizagem, que é peculiar a faixa etária em que se encontram.

Contexto sociofamiliar desestruturado

Os profissionais percebem que a violência vivenciada por usuários do CAPSi está relacionada a estrutura sócio familiar, envolvendo questões sociais, como a pobreza, miséria, bem como a presença do transtorno mental na criança ou em outros membros da família, ao uso e abuso de drogas, dentre outras.

Por conta de um contexto familiar conturbado, uso de drogas, a droga também está presente assim nesses casos de violência. Então eu observo que tem... essa... tanto a questão social, essa falta de amparo, de suporte familiar, como também a droga né, tem influenciado na questão da violência..., e a escola também, são esses dois... (E1).

Essa questão da família que no caso desse paciente que a gente citou, essa situação familiar é muuuuito forte, que inclusive ele presenciou muitas agressões do pai direcionadas a mãe na infância... e... eu acho que isso é um reflexo muito forte, a mãe tem esquizofrenia, o irmão, tem alguns outros tipos de transtorno... (E2).

Às vezes até entre pais separados, fica aquela situação que para a criança não é saudável. Que acaba que gera uma violência mesmo, às vezes uma violência dentro do lar né, pais alcoólatras, tem sim... Usuários de drogas... (E6).

Uma criança, vamos dizer com TDAH, um déficit de atenção, que é o que a gente vê muito aqui, que vem de um lar desestruturado, de pais separados, de pais drogadictos, que eu acho que é mais... é mais, vamos dizer assim, é uma epidemia, não é só a esquizofrenia em si, o transtorno mental, desses pais que não tem uma estrutura, um lar adequado, que a renda é deficitária, então o social é bem mais gritante do que qualquer transtorno mental, pronto! A relação familiar aqui, o social, é bem mais gritante do que qualquer outra coisa, para resumir assim (E8).

A violência, tanto na família quanto na comunidade, quase sempre está associada à pobreza, infraestrutura precária, como coleta de lixo deficiente, dificuldade de transporte e acesso em saúde, ou seja, questões socioeconômicas. Sabe-se também que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem os diferentes tipos de violência, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela presença de algum tipo de transtorno mental, como a depressão, que pode ocasionar situações de negligência e abandono, seja pelos contextos de vulnerabilidade a que os grupos familiares estão submetidos (REIS et al., 2013; BRASIL, 2010).

Além disso, conflitos familiares entre os responsáveis, problemas de saúde mental na família, violência de gênero entre os pais, uso preocupante de substâncias psicoativas, envolvimento com criminalidade, uso de bebidas alcoólicas, gravidez na adolescência, situação de rua, prostituição aparecem como possíveis determinantes negativos associados à violência contra crianças e adolescentes, e o aparecimento de sofrimento psíquico nesses sujeitos (HILDEBRAND; CELERI; MORCILLO; ZANOLLI, 2015).

Em estudo realizado por Durand et al. (2011) que buscava analisar a repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos, constatou que a violência entre os parceiros afeta a capacidade de cuidado materno e tem efeitos negativos na saúde mental das crianças por meio do efeito traumático no funcionamento psicológico da mãe. O mesmo aponta que experiências de violência vividas na infância associados a baixa escolaridade da mãe e o elevado número de filhos contribui para o aparecimento de comportamento agressivo. Como a baixa escolaridade é geralmente associada a condições socioeconômicas mais precárias, supõe-se que elementos desse contexto social, relacionados a diversos tipos de privação, tenham repercussão importante no aparecimento de comportamentos agressivos (DURAND et al., 2011).

Essa herança de seus predecessores e contemporâneos faz parte do estoque de conhecimento da criança e tem influência em seu comportamento. Esse estoque de conhecimento pode ser denominado de bagagem de conhecimentos disponíveis. Esses conhecimentos podem ser agrupados em “tipos” e funcionam como um esquema de referência para a interpretação do mundo, para as possibilidades de ações e projetos futuros, podendo ser de ordem prática ou teórica (SCHUTZ, 2012a).

Schutz ainda fala que o mundo fatural de nossa experiência é vivenciado como típico, e o que já foi captado uma vez em sua tipicidade traz consigo um horizonte de experiências possíveis, com uma série de características típicas que ainda não foram vivenciadas, mas que ainda podem ser. Logo, o que foi vivenciado na percepção real de um objeto é transferido para o seu semelhante, sendo percebido como seu tipo.

Ao nomear um objeto vivenciado, estamos relacionando ele, através de sua tipicidade, a coisas já vivenciadas, que tem estrutura típica semelhante, aceitando as possibilidades em aberto, na medida em que se refere a experiências futuras do mesmo tipo, podendo então, receber o mesmo nome (SCHUTZ, 2012a).

Isso serve para pensarmos o papel do profissional de saúde também, pois, por meio de seu conhecimento à mão disponível, tipificam essas crianças e adolescentes em situação de violência, o que funciona como esquema de referência para suas ações. Assim, as experiências de violência são vistas pelos profissionais seguindo um modelo típico, similar, vivenciado anteriormente, conseqüentemente, suas ações tendem a seguir essa mesma ação tipificada. Isso pode dificultar sua ação terapêutica, visto que todas as crianças em situação de violência são percebidas da mesma forma, o que poderá impedir que o profissional planeje a sua assistência de forma individualizada, ou mesmo favoreça pensar que nada do que fizer, irá surtir efeito.

É preciso pensar que os tipos sociais não são fixos, pois podemos deixar de desempenhar o papel que o tipo nos havia imposto. Assim, ampliar o conhecimento à mão por meio de interações face a face com os sujeitos pode ser de grande valia para a construção, e constante atualização de novos tipos, visto que o mundo da vida é complexo.

Desta forma, precisamos destacar a importância dos determinantes socioeconômicos para a vulnerabilidade vivida por esses sujeitos que apresentam

um ambiente familiar desgastado, o que contribui para as situações de violência em diversos contextos, e que está relacionado ao sofrimento psíquico. Alves e Rodrigues (2010) vão destacar os principais determinantes sociais como o desemprego, por estar associado a maiores níveis de doenças, seja pela insegurança de perder o emprego, ou o sentimento de humilhação e desespero ao estar desempregado, pois leva a carência de bens essenciais, como alimentação, saúde, educação.

O acesso à educação está relacionado ao acesso a empregos melhores remunerados, melhor condição de habitação, maior inclusão social. Um baixo nível educacional, associado a outros fatores (pobreza, desemprego, exclusão social) pode contribuir para uma barreira ao acesso a saúde, com risco de desenvolver perturbações mentais (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A pobreza, a falta de dinheiro, bens, meios (sociais, econômicos, educacionais), traduz-se por falta de condições socioeconômicas, baixa renda, baixa escolarização. A habitação proporciona abrigo, segurança física e psíquica. A qualidade da habitação está relacionada ao nível socioeconômico. Além disso, a urbanização também está associada ao adoecimento mental por diversos fatores de estresse, enfraquecimento dos laços familiares, estilos de vida menos saudáveis, menor apoio social. O isolamento em meios rurais também pode levar a depressão (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A discriminação sexual e violência de gênero contribuem para o adoecimento mental, por estarem associados a menor autonomia, acesso a recursos, papéis sociais, dificuldades de acesso à educação. Experiências no ambiente familiar como a perturbação mental nas mães, uso de álcool e drogas, estresse, depressão materna, psicose, influenciam negativamente o desenvolvimento do filho em longo prazo. A dependência de drogas está associada ao risco de violência, gerando um ciclo vicioso. O estabelecimento de relações afetivas, estáveis com os pais ou figuras de referência é fundamental para o desenvolvimento psicológico e intelectual adequado (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A exclusão social e o estigma, o racismo, a discriminação e estigmatização levam à exclusão social, condição que se associa pelas múltiplas vulnerabilidades a um risco elevado de doenças mentais. As portadoras de incapacidades, os sem abrigo, as minorias étnicas, as pessoas institucionalizadas,

encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade para doenças mentais e violências (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A cultura também é um importante determinante social, visto que é ela que ajuda a definir o que é considerado doença mental dentro da sociedade, por meio dos enquadramentos estabelecidos. Assim, as pessoas passam a seguir rótulos, criando papéis estressantes, reforçando determinados comportamentos desajustados, padrões rígidos de comportamento, etc. (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Para os entrevistados, a situação biográfica das famílias é muito mais determinante para a violência do que o próprio transtorno mental, comportamento hiperativo, ou agressivo que esse sujeito venha a apresentar por ocasião do adoecimento.

As situações biográficas desses sujeitos são de violências vivenciadas dentro do lar. O pai agride a mãe, e a criança/adolescente participa desse cenário de agressão. O sujeito leva seu acervo de conhecimento a todo encontro imediato com o seu semelhante, neste caso, sendo marcado por violência (SCHUTZ, 2012a).

Muitas vezes os pais fazem uso de drogas, ou possuem algum transtorno mental, evidenciando uma relação entre esse contexto familiar desgastado e a violência.

Não há o planejamento dessa gravidez, os pais, vejo muito aqui, os pais eles não estão juntos, geralmente eles... não estão mais convivendo com aquela criança, há um abandono, por isso que eu digo, a maior violência que eu acho aqui é a negligência dos pais. Outra coisa que a gente também vê aqui, essa criança é acompanhada muito pelos avós, os pais são drogadictos, então assim, a violência física, talvez seja um dos pontos menores que eu vejo aqui, mas a negligência, o abandono, a estimulação cognitiva dentro de casa, o acompanhamento, o planejamento de futuras gravidez, então esses problemas eu acho bem... fortes. [...] Eu Vejo muito que essas mães às vezes elas não planejam, não desejam e não gostam dessas crianças. Isso se torna um fardo pesado (E8).

O que eu chamo a atenção também, o acompanhamento e a estruturação familiar, essa falta de estrutura familiar no nosso país, principalmente na região nordeste onde as pessoas não planejam as gravidezes, não constituem famílias, não tem a pretensão de realizar um casamento, uma constituição familiar, que integre aquela criança, que dê um lar seguro, que faça com que aquela criança se desenvolva num lar tranquilo, isso também compromete a saúde (E8).

O avanço da violência expressa a distorção ou destruição de importantes valores sociais, como o da família enquanto espaço social de amor, carinho e

proteção. A família é considerada uma das instituições sociais mais importantes que existem, ao exercer funções básicas, como a reprodução física e social dos seus membros, tendo por base os arranjos das relações afetivo-sexuais entre os mesmos, assim como o valor moral socialmente atribuído aos laços de parentesco que os unem (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; SAURET et al, 2011).

Nas falas aparece muitas vezes a necessidade dos profissionais de saúde em culpabilizar as famílias pela falta de cuidados prestados, como se a família fosse a única culpada, e não uma série de determinantes articulados incidindo sobre o problema.

Sabe-se que o sistema interdependente que se configura a família é copartícipe na estruturação do conhecimento à mão da criança e do adolescente, que apreendem todo um vivido numa relação do Nós (SCHUTZ, 2008).

A família formula um mundo de significados, valores, saberes e práticas, em parte advindos de seu sistema familiar de origem, bem como, também decorrentes de suas interações cotidianas. Este mundo é único para cada família e está embasado no contexto em que ela se encontra, apresentando uma diversidade de realidades com suas possibilidades e restrições. Os valores e as crenças presentes nesse sistema serão assimilados diretamente pela criança, sejam culturais, ético, morais ou espirituais, e o mesmo pode ser dito para o adolescente que continua no processo de formação de personalidade; até mesmo na idade adulta este sistema interdependente continua a dar sentido às relações entre os indivíduos e servir de espaço de elaboração de experiências vividas (SCHUTZ, 2008).

Nesse sentido a família é considerada um espaço privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Mas também deve perceber-se que essas solidariedades se desenvolvem de forma coativa a partir de referenciais hierárquicos de geração e gênero (SAURET et al, 2011).

Esse discurso sobre a família, que enfoca os papéis protetores e cuidadores dos seus membros sadios e a valoriza como espaço privilegiado de desenvolvimento das relações interpessoais, muitas vezes não traduz a realidade das atuais configurações familiares, visto que os contextos são diferentes. Segundo Sauret et al. (2011) essa nova tendência tem costumado negligenciar o fato de que

“o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e de consensos num mar conturbado de permanentes tensões e dissensões.

Dessa forma, a família não é somente um espaço de proteção e de virtudes, mas sim, um local de constantes tensões, dependendo de como se dá as relações entre as diferentes situações biográficas dos sujeitos. Essa ideia de que todas as famílias, independente das condições, vivem, protegem e cuidam dos seus membros, nem sempre é verdadeira, visto que as situações biográficas são diversas, como apontam os entrevistados.

A entrevistada E8 evidencia bem esse pensamento, ao alertar o fato de que nem sempre há o planejamento da gravidez, ou interesse em constituir família, o que contribui para que haja a rejeição aquela criança/adolescente.

As falas ainda evidenciam que o comportamento agressivo das crianças/adolescentes ocorre devido a família toda encontrar-se “adoecida”, envolvendo uma complexa teia entre saúde mental, família e violência.

Tem determinadas situações que elas realmente manifestam, mas não é uma coisa só delas, é uma coisa que é gerada pelo ambiente em que ela vive, a família está adoecida também... (E2).

Das mães... que a gente teve observando, que mesmo com o transtorno ela é uma das mães mais presentes, ela traz, ela falta as consultas dela, ... para vir para as consultas deles, mas ela não tem como se cuidar, garantir o cuidado dela, mas faz tudo para cuidar dos meninos, ela acompanha... dentro da limitação dela, mas é uma situação onde... é, um conjunto, assim, a doença de um agrava a do outro (E5).

A presença de uma deficiência ou de uma perturbação do desenvolvimento poderá representar um fator de estresse adicional, num sistema já frágil e/ou sobrecarregado. Assim, urge identificar, referenciar e apoiar o mais precocemente possível estas crianças e famílias (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

A convivência com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico acaba por desgastar o familiar, que passa a sofrer uma sobrecarga física e emocional, deixando de cuidar de sua própria vida para poder prestar um cuidado adequado a eles (MONTEIRO et al., 2012; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Essa sobrecarga é caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises (MONTEIRO et al., 2012).

O referido autor ainda afirma que a pessoa em sofrimento psíquico que vive em situação de violência necessita de um acompanhamento devido a sua dificuldade ou incapacidade de desempenhar funções cotidianas e normativas ao indivíduo dentro da sociedade, requerendo cuidados devido à condição de sofrimento vivida, o que constitui uma sobrecarga para o familiar que necessita assumir papel adicional de cuidador, além do papel já assumido dentro da família.

As autoras destacam ainda que a regressão do sofrimento psíquico e a inserção social dos usuários não está ligada somente à terapêutica formal no CAPSi. São necessárias as interações sociais e as relações dentro da comunidade, que podem oferecer experiências positivas no que tange a melhora da problemática

A fragilidade de vínculos com amigos e vizinhos é prejudicial para a saúde do cuidador, que se doa exclusivamente ao cuidado com a criança, ao mesmo tempo em que deixa de olhar para si, para suas necessidades de socialização, de lazer, de distração. Assim, embora os familiares sejam a principal fonte de apoio destes cuidadores, os amigos exercem também um papel primordial, principalmente, no suporte oferecido durante os momentos difíceis (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Nesse aspecto, é possível que a atenção à saúde deva se dar não somente às pessoas que sofreram algum tipo de violência em seu contexto sociofamiliar, mas também aos seus familiares, que por vezes, também são os agressores (BRASIL, 2010). É necessário garantir um contexto de cuidado para essas famílias, visto que quando a família não está bem, conseqüentemente agrava os problemas de todos os sujeitos envolvidos no seio familiar.

A família também sofre com essa situação, porém é na violência que muitas vezes ela encontra a solução. Não é porque ela quer, mas existe uma situação biográfica na qual ela faz parte e que marca sua história de vida que é muito frágil e vulnerável.

Não se pode deixar de contextualizar a família ao impô-la papeis e funções determinadas. Os profissionais precisam mergulhar na subjetividade, em uma relação do Nós, percebendo-a, conforme sua dinâmica de relações e significados, sua genuína situação no mundo social, para compreender suas ações, potencialidades e fragilidades, agindo diretamente com as famílias e sobre elas.

SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELOS USUÁRIOS DE UM CAPSi PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nesta categoria, emerge o significado que os profissionais atribuem à violência vivenciada pelos usuários do CAPSi, sendo constituída por três subcategorias: Medicalização excessiva e Assistência centrada no Médico, Desconhecimento sobre o sofrimento psíquico da criança e adolescente por parte dos pais, escola e comunidade; Relação entre a violência e sofrimento psíquico.

Medicalização excessiva e Assistência centrada no Médico

A fala dos entrevistados desvela as expectativas dos familiares sobre o tratamento, onde o comportamento agitado, agressivo das crianças/adolescentes precisa ser curado através da medicalização, sendo o médico o sujeito responsável pela terapêutica. De acordo com o referencial de Schutz (2012a), podemos entender que essas expectativas são atribuídas pelos profissionais de saúde como *motivos porque* (motivação baseada em experiências passadas) da violência acontecer.

Porque de dez pacientes que eu tenho, 2 realmente se inserem nesse tratamento adequadamente, chega aqui "aí meu filho, eu estou desesperada porque meu filho, tem... é hiperativo". Vamos dizer, foi diagnosticado com hiperatividade, tomou a medicação, melhorou, dormiu, conseguiu sentar, aí pronto... eu quero isso, que meu filho sente e fique dopado. E pronto (E8).

"Tu vai passar a medicação?", eu digo não eu não passo medicação. Assim, o foco é procurar essa medicação para o menino acalmar logo. Porque esperar não dá. Principalmente esses que são diagnosticados com TDAH (E3).

Medicamento é como comida, quase sinônimo. [...] E também principalmente que eles pensam muitas vezes mais na tranquilidade deles enquanto pais, do que propriamente no que é melhor para a criança, então a gente trabalha também nesse sentido de que não é bem por aí que funciona (E1).

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica no Brasil, é preciso alertar para o fato de que a herança do modelo cartesiano/positivista de compreensão do mundo ainda pulsa com toda sua força e se expressa no conflito entre áreas de conhecimento, na tendência à especialização nos processos educativos e na fragmentação da tarefa no processo de trabalho. Tais fragmentações se reproduzem

e são transmitidas, entre outros, pelos nossos conhecimentos e instrumentos (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

O paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador fundamenta-se no princípio doença-cura, em uma organização de serviços estratificada e hierarquizada, com a busca de remissão de sintomas (DIMENSTEIN et al., 2010).

A experiência da loucura é tomada como doença mental justificando e fundamentando tratamentos que têm por base a medicação, o isolamento, a exclusão e adoção de uma perspectiva moralizante. O foco do tratamento é a doença em si, tomada como decorrente de uma patologia orgânica. Portanto, a família é mais um elemento patógeno que precisa ser eliminado (DIMENSTEIN et al., 2010).

O saber médico exerce assim, um poder sobre os demais, visto que ele é tido como o detentor do aparato científico para nomear o que é doença, o que é normal, o que não é. É ele quem nomeia as doenças e diz o que cada um deve fazer, investindo seu poder no uso do medicamento, que como herança cultural de nossos predecessores, é tida como única e mais importante forma de tratamento e cura. Somado a isso, como vimos anteriormente, existe um desconhecimento da população sobre a saúde mental, saber esse concentrado na mão do médico.

Embora a reforma psiquiátrica aponte para a desinstitucionalização da loucura em hospitais psiquiátricos, pensa-se se atualmente não estaríamos vivenciando novos tipos de institucionalizações, agora nos CAPS. A equipe multiprofissional, embora presente, não é suficiente para deslocar o eixo do cuidado centrado no médico psiquiatra e/ou neurologista, para a equipe, fato destacado pelos profissionais entrevistados.

Malamut, Modena e Passos (2011) discutem sobre o exercício do poder médico como propício para a prática da violência. A violência justifica-se remetendo a um fim que jaz no futuro: uma terapêutica que visa ao “bem” do sujeito ou que almeja uma harmonização social, já que quem sabe é o médico, e não o paciente ou a família. O “louco” está em desordem e, portanto, não pode falar por si. A disciplina será mais bem-sucedida na medida em que conta com a adesão do sujeito. Assim, e fazendo com que o paciente se sinta escutado, compreendido, enfim, sinta-se livre, que ele acaba sendo aprisionado nas malhas do discurso psiquiátrico (MALAMUT; MODENA; PASSOS, 2011).

De acordo com Schutz (2012a) cada experiência no mundo da vida é única, e mesmo uma mesma experiência que se repete não é a mesma, pois possui um contexto diferente e colorações diversas. O profissional de saúde dessa forma leva consigo uma possível interpretação da realidade em seu horizonte interpretativo interno e externo. Por esse motivo ele consegue captar somente parte dela. Essa parte tipificada, reduz a possibilidade de compreensão do todo, sendo necessário um compartilhamento de novos olhares.

O modelo médico que hoje perdura na maioria das instituições de saúde mental é o resultado de sucessivas transformações por que foi passando o projeto psiquiátrico desde a sua constituição no final do século XVIII. Os demais profissionais de saúde mental estariam dentro desse contexto para observação, a vigilância e o registro de comportamentos que subsidiam o fazer do médico para que este possa estabelecer um saber sobre a doença e prescrever modos de intervenção. Neste sentido, é difícil estabelecer relações mais horizontais, pois isso faria com que tais práticas deixassem de ser a clínica psiquiátrica e passassem a ser outra coisa (KIRSCHBAUM, 2000; 2009).

Ainda afirma que a psiquiatria classificatória, que se pretende a-teórica e a-histórica, se coloca enquanto passível de ser aplicada em todos os lugares com a vantagem de evitar as divergências e a multiplicidade que cercavam a definição de categorias diagnósticas.

Isso pode ser observado, principalmente na atualidade, com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 e o atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V, que buscam enquadrar e padronizar comportamentos, definindo o que é normal e o que é patológico. Essas experiências são tipificadas e incorporam o estoque de conhecimento à mão dos profissionais, que passam a realizar a terapêutica encaixando o sujeito em comportamentos tipificados.

Dessa forma, percebe-se a atenção à saúde mental, preferencialmente, ao aspecto orgânico do sofrimento, fator do qual decorre a ênfase em terapêuticas medicamentosas. Sua base tende a ser atualizada cotidianamente pela via de atendimentos centrados em sintomatologias, classificações nosológicas e pela prática da reclusão; fruto da aliança histórica entre loucura, pobreza e exclusão (DIMENSTEIN et al., 2010).

O atendimento ao paciente se dá de forma segmentarizada, dentro de uma perspectiva de especialidades múltiplas, mas atuando em separado. Não estão previstos atendimentos conjuntos, nem muito menos trocas de informações e planejamento das ações dos diferentes profissionais. O instrumento a partir do qual eles se comunicam é o prontuário – muitas vezes preenchido de modo burocrático e com poucas informações sobre a vida do paciente (DIMENSTEIN et al., 2010).

Não parece à toa que diante desse processo, a população, incluindo aqui os familiares, carreguem consigo esse pensamento. No olhar da fenomenologia social, trata-se das experiências e conhecimento adquirido através dos predecessores que influenciam o agir dos familiares no mundo da vida. Os predecessores seriam assim, pessoas do passado cujas experiências não coincidem temporalmente com as próprias experiências do sujeito, mas que ele conhece se alguém o fala a respeito, ou se lê sobre (SCHUTZ, 2012a).

É por meio dessa herança dos predecessores, que o conhecimento a mão dos familiares ainda carrega resquícios do passado, onde o saber médico é imperativo, e o atualizam nas experiências do presente vivido, reforçando esse pensamento.

Historicamente o familiar seria o sujeito que, no processo de internação, teria o poder de questionar ou se opor ao ato médico, visto que a família não estaria marcada pelos signos da “loucura” ou da “psicose”, podendo assim, avaliar a decisão médica. Porém, seja concordando ou discordando do médico, a família acaba sendo sempre apontada como legitimadora do ato médico, quando o solicita, mas também quando o recusa, pois neste segundo caso o estaria fazendo por ignorância de sua necessidade, da qual, aí sim, o médico detém o conhecimento (MALAMUT; MODENA; PASSOS, 2011).

A família era também encarada como um fator adoecedor do qual o indivíduo adoecido deveria se proteger e se afastar para que a cura fosse alcançada. Além disso, a exclusão familiar do tratamento devia-se ao fato de ser vergonhoso socialmente ter um membro em sofrimento mental dentro de casa. Essas concepções ainda circulam e estão presentes em nosso imaginário cultural, tornando ainda mais problemática a adesão dos familiares ao tratamento (DIMENSTEIN et al., 2010).

Quando entendida desta forma, a atenção em saúde mental seria, assim, aquela em que o processo de trabalho se organiza em torno do ato médico e em que

as demais ações seriam complementares e dirigidas a aumentar a eficácia deste, caracterizada pela forma fragmentada e centrada na produção de atos, sem considerar o paciente em sua integralidade (KIRSCHBAUM, 2000; 2009; ACIOLI et al., 2011).

Com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial, um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica é o combate à violência, antes institucionalizada, através da inclusão social (MALAMUT; MODENA; PASSOS, 2011; BRASIL, 2014).

Por reforma psiquiátrica entende-se um processo social complexo, denominado de desinstitucionalização, que consiste em uma estratégia teórico-prática de desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder, que se estruturam em torno do objeto doença. É uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos (FORTES, 2010).

A população ao ainda carregar no imaginário o longo processo de exclusão do cuidado em saúde mental, bem como a ideia de que nada sabem e que é o psiquiatra, e o medicamento que ele passa através do saber/poder que possui, dão respaldo a um modelo médico centrado, e ainda muito forte na assistência em saúde mental, apesar de todos os avanços na reforma psiquiátrica.

Diante dessa construção, há uma concepção social que perde a compreensão do significado dos sintomas e dos sofrimentos subjetivos, com uma crescente medicalização dos indivíduos na sociedade contemporânea. A maior parte do acervo de conhecimento é formada pela experiência grupal, bem como as experiências prévias. Esse estoque de conhecimento funciona como esquema interpretativo de suas experiências passadas e presentes, e também determina a antecipação das coisas que estão por vir (SCHUTZ, 2012a).

Assim, o significado da medicalização do sofrimento psíquico para família vem do que esse sistema já vivenciou no mundo social de relações intersubjetivas, constituindo seu esquema interpretativo de agir no mundo. É preciso enfatizar que no estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo, que se transforma de qualquer agora ao seguinte, portanto está em constante transformação. Por isso,

reforçamos a necessidade de olhares para a diversidade de situações biográficas, para que as mudanças sejam efetivadas.

É a partir de uma abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento, que se busca romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde, como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sócio-dinâmicos e institucionais (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Aparece como desafio para a saúde mental superar o modelo psiquiátrico e dar andamento ao processo de reforma. Saúde mental é, pois, um campo que exige diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, produz elaborações singulares no contexto brasileiro, desconstrução de saberes e práticas da psiquiatria clássica e das instituições totais, proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

É preciso que a reforma psiquiátrica retome a potência política dos movimentos de resistência popular, buscando novas formas de sociabilidade que não se conformem com a reprodução de lógicas totalitárias de inserção social, reinventando espaços coletivos para o exercício político entre homens iguais, valendo-se da amizade e da liberdade. Trata-se de um novo exercício político e um novo desafio à reforma psiquiátrica (MALAMUT; MODENA; PASSOS, 2011).

A criação de novos dispositivos de cuidado e o desejo de estabelecer outras formas de organização do trabalho em equipe é algo que vem sendo incluído no discurso dos profissionais e apontado como uma saída para os impasses que encontram em sua prática (KIRSCHBAUM, 2000; 2009).

Assim, se faz necessário que o profissional de saúde reconheça seu papel dentro desse processo de reforma a fim de possibilitar que a população transforme seu estoque de conhecimento à mão, ampliando assim suas zonas de tipificação e relevância, compreendendo o novo modelo de assistência à saúde mental, não mais centrada na doença, no médico, e no medicamento, mas numa equipe e rede de apoio que dão suporte a reinserção social ao sujeito que sofre.

É um desafio, já que o medicamento é tipificado pelos familiares como algo milagroso, imediato, para acalmar a criança, e evitar que ela seja “danada” em casa. Assim, os pais ao negligenciarem o cuidado a seus filhos, buscam o serviço

para que a criança seja medicada, não porque isso irá ajudar a criança, mas pensando em benefício próprio. Isso acaba sendo visto pelos profissionais como mais uma forma de violência que esses sujeitos vivenciam.

E outra forma também quando a gente trabalha muito com criança, no nosso país existe uma questão de “aposentação” dessa criança e medicalização... eu... as vezes eu vejo que a criança... parece que ela não tem direito a ser danadinha, né, ela é taxada de hiperativa, e que não é verdade, e ela assim... eu quero medicar meu filho porque ele está muito danado, e aí eu pergunto pro pai, e ele não tem direito de subir numa árvore e fazer algumas coisas de criança como a gente fazia antigamente que não se medicava por causa disso? E aí eu vejo que os pais hoje... eles buscam a medicalização desnecessária, e... a questão da aposentação, porque essa criança muitas vezes se ele receber um benefício, ele acaba sustentando a família, né, então assim, nossa cultura nordestina, o Nordeste, a gente tem que repensar várias, várias situações que a gente vê no CAPS, então para mim, tudo isso é uma forma de violência contra essa criança (E8).

O processo de medicalização e medicamentação no mundo da vida cotidiana detém significativo valor na resolução de problemas pessoais entre os usuários. Com grande força na atualidade, o discurso científico promete cada vez mais aperfeiçoar a existência e corrigir o sofrimento psíquico por meio desse processo (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Por medicalização entende-se como a expectativa da medicina de que existam medicamentos para aspectos da vida não reconhecidos como doenças, tais como: envelhecimento, tristeza, solidão, insônia. Já a medicamentação se refere a um fenômeno cultural amplo que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento. Podemos perceber que a medicamentação diz respeito a expansão do processo de medicalização para campos extracientíficos (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Graças à mágica desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentação em uma escala sem precedentes. Dito de outro modo, interferir no funcionamento cerebral tornou-se uma ação possível e almejada como promessa de contenção de desordens psíquicas. O processo de medicamentação oferece uma resposta naturalista para os problemas formulados pelo nosso ideal de

autonomia individual generalizada, eximindo-nos de toda e qualquer responsabilidade pelas nossas dificuldades e fracassos (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Os autores ainda afirmam que o projeto de naturalização do psiquismo atende a uma demanda de normalização da subjetividade humana e permite, ou pelo menos promete, uma possibilidade de controle de aspectos cada vez mais elementares da vida, como, por exemplo, o mal-estar subjetivo.

Dessa forma, a família já chega com uma demanda, baseada em experiências anteriores de que o remédio vai curar a doença. Esse pensamento precisa ser desconstruído e reconstruído para que os familiares possam entender a real necessidade da criança e adolescente.

É preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como demanda de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários. É fundamental ainda mais, portanto, que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplem, por meio de outras políticas sociais, a demanda então produzida (BRASIL, 2014).

Além da problemática da medicalização excessiva, a família se “beneficia” do sofrimento psíquico da criança, como relatado pela entrevistada E8, por meio da aposentadoria que muitas têm direito. A criança portadora de sofrimento psíquico, apesar de ser vista como algo que traz dificuldades para a dinâmica familiar, acaba também sendo vista como uma fonte de sustento. Na mesma fala a entrevistada ainda expõe uma visão racista como se apenas acontecesse no Nordeste, ou em regiões pobres, essa problemática.

Assim, o olhar sobre as famílias precisa ser individualizado, pois os significados atribuídos pelos profissionais podem ser diferentes dos significados atribuídos por cada família. Onde em um contexto o sofrimento psíquico pode ser visto como desanimador, desgastante, em outro pode ser visto como algo positivo, fonte de renda, meio de sobrevivência, a depender de cada situação biográfica.

Outro ponto importante é que as famílias hipervalorizam a figura do médico, visto que é ele quem prescreve a medicação. As demais estratégias terapêuticas dentro do CAPSi, muitas vezes são desvalorizadas e vistas como perda de tempo.

Tem uma hipervalorização do médico e do medicamento (E4).

Quando se fala de terapia ocupacional uma das coisas que as pessoas não entendem, é que quando você traz o seu filho para cá, e elas não, elas acham que a gente brinca, brinca e não vê todas as questões porque não sabem que esse brincar estimula isso e aquilo, a cognição. Acham que é o brincar pelo brincar, elas interrompem o tratamento, muitas vezes até mudam a medicação por conta própria (E8).

Passa por uma avaliação da psicologia aí depois vira e diz, olhe, mas é o seguinte, eu só quero que ela seja medicada, não precisa vir para a psicologia, não vai fazer efeito, porque isso é besteira. Porque o que é que ele quer? Uma criança com TDAH com a medicação tende a ficar quieta, com a psicologia, sem a medicação a criança não vai ficar quieta em casa. Ela fica quieta aqui, quando está no atendimento, talvez, mas em casa não (E3).

Ainda dentro desse movimento de reforma psiquiátrica, as atribuições dos profissionais de saúde dentro das redes de atenção devem ser compartilhadas com outros profissionais, ampliando sua atuação, passando a coordenar grupos terapêuticos, oficinas de trabalho, responsabilizar-se pela elaboração de projetos terapêuticos individuais ou de grupos de pacientes e pela implementação de programas para clientela específicas (KIRSCHBAUM, 2000; 2009).

O conhecimento a mão desses profissionais pode ser assim, preciso e distinto, vago e obscuro, e a ampliação desse acervo de conhecimento é produto das experiências sedimentadas (SCHUTZ, 2012a).

É sempre bom lembrar que o recurso de atividades é de extrema valia e que elas possuem um significativo potencial terapêutico quando a sua implementação está articulada a uma discussão clínica, que possibilita ampliar o entendimento de um caso (ou de um projeto terapêutico) e uma maior compreensão das questões que afetam o sujeito. No entanto, quando descoladas de qualquer avaliação desta natureza, não proporcionam o efeito esperado e corre-se o risco de banalizá-las como estratégia de tratamento, assim como o de transformá-las em uma forma de manter o paciente ocupado com a execução de tarefas sem qualquer sentido, ou como é frequente ouvir-se, “distraído”, transformando o espaço de tratamento num espaço de alienação, ou segundo prefere de “entretenimento” (KIRSCHBAUM, 2000; 2009).

Não significa dizer, pois, que os momentos de lazer e descontração dentro do CAPSi não sejam importantes, mas é preciso que fique claro para as crianças, os pais e para os próprios profissionais o objetivo das estratégias

terapêuticas utilizadas, para que eles não vejam essas estratégias, os grupos, como espaços onde “não se faz nada”.

Desconhecimento sobre o sofrimento psíquico da criança e adolescente por parte dos pais, escola e comunidade

Outro *motivo porque* de violência na situação biográfica dessas crianças e adolescentes, citado pelos profissionais, está relacionado ao fato do desconhecimento sobre o adoecimento psíquico. Os pais, professores e a comunidade em geral, desconhecem os sintomas, características da doença, além do forte estigma que o sujeito em sofrimento psíquico carrega na sociedade, sendo taxado de louco, maluco, doidinho.

Acho que as vezes as mães tão cansadas, e não entendem o comportamento da criança. Para com isso menino, não sei o que. E ai falta um pouco de compreensão do porquê de determinados comportamentos da criança, [...] estava lá a criança, se mexendo fazendo movimento repetitivo, e a mãe: menino para com isso, não sei o que, ai batia no menino porque o menino estava, nas estereotipiadas dele, e ai a gente fez esse grupo, explicando tudo, e ai as mães, ai começaram a se auto perceber, poxa eu fazia assim, então é por isso que ele faz isso, então por isso que na escola ele não está querendo ficar na rodinha, por isso que ele teima, por isso que ele grita, por isso que quando eu vou subir no ônibus ele tem determinado comportamento..., ai as vezes elas choram, porque elas... sem compreender de determinados comportamentos (E7).

Porque alguns pais eles não têm a noção do que que é a doença mental... eles trazem o paciente aqui para o CAPS, “mas esse menino já está com psicólogo, esse menino já está tomando medicação e não tem melhora”. Sabe, tem pais aqui que realmente questionam isso, porque é que tá regredindo a criança, um menino desse que tá sendo acompanhado direto, tem um relato daquela mãe, de uma paciente inclusive do nosso grupo, adolescente que tem esquizofrenia, que tem esse tipo de esquizofrenia, e a gente percebe que essa adolescente ela realmente está regredindo em alguns aspectos,... e a mãe não... a mãe fica o tempo todo relutando “olhe eu vou levar ela pra outro médico porque doutora fulana... não está atendendo...” não é isso! Bota culpa na medicação, coloca culpa no profissional, assim, ela não consegue perceber a gravidade da doença (E2).

A reforma psiquiátrica brasileira traz imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em

sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente (BRASIL, 2013d).

Nesse momento histórico, a loucura trouxe à tona “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define, baseado no conhecimento do psiquiatra, o homem da ciência. Dessa apropriação da loucura pela ciência fez do louco um "doente" e da loucura uma doença a ser "tratada", no caso, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma "cura". Além disso, baseado na compreensão de que a loucura era proveniente de uma lesão no cérebro e sob a influência do iluminismo, que pregava o zelo pela reforma social e elevação moral, considerou que as manifestações da loucura eram provenientes de um caráter mal formado e desenvolvido (FORTES, 2010).

Parte desse desconhecimento sobre o sofrimento psíquico advém desse momento histórico onde a família não participava do cuidado. O tratamento da “loucura” ficava à cargo dos psiquiatras ou alienistas não sendo necessário envolver a família, que ao contrário, era excluída por acreditar que esta interferia negativamente. Com isso, esse pensamento ainda permeia no imaginário social, o que dificulta o conhecimento sobre o problema, e contribui para a exclusão e marginalização desses sujeitos, no pensamento dos profissionais (MONTEIRO et al., 2012).

Ao vivenciarem uma relação face a face com as crianças e adolescentes atendidas no CAPSi, os familiares nomeiam essas crianças e adolescentes como doidos, loucos, devido a estrutura típica semelhante de experiências e trocas de conhecimentos envolvendo a “loucura”, considerando uma generalização não-essencial que tipifica o modo de agir dos sujeitos.

A família quando visualiza comportamentos não habituais ao típico normal de criança e adolescente vivenciada em seu contexto de vida, não sabem lidar com a situação, e passam a agir conforme comportamentos típicos, de uma situação típica.

Os pais buscam o serviço do CAPSi na perspectiva da cura, e se frustram quando o mesmo não ocorre da forma como gostariam. Existe uma tipificação da família sobre o que é a loucura e a saúde mental, não compreendendo que a

terapêutica no CAPSi é paulatina e requer acompanhamento contínuo e constante da atuação de diferentes profissionais de saúde.

A atenção à saúde mental é longitudinal, ou seja, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente de o usuário estar com alguma doença. Portanto, trata-se de um acompanhamento processual (BRASIL, 2013d).

Entender saúde mental enquanto um processo em construção se mostra fundamental para superação da compreensão de saúde enquanto ausência de doença, ou somatório de fatores. Para Fortes (2010) essa compreensão de saúde mental carrega em si uma articulação entre o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Assim, saúde mental não é algo que vem apenas do exterior, de fora para dentro, mas algo que se alcança superando obstáculos. Não é, portanto, um estado de estabilidade, mas sim, uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

É nesse mundo da vida cotidiana onde o sujeito experiencia e compartilha com seus semelhantes, em um processo de interação social. O corpo do outro está para mim como um campo de expressão de suas vivências. Ao tipificar a conduta do outro, típico minha conduta, e ambas se interrelacionam. As construções do sentido comum utilizadas para tipificar o outro e a mim mesmo tem origem e aprovação social (SCHUTZ, 2008).

Esses tipos foram principalmente formados por predecessores para possibilitar harmonia com outros homens e com as coisas, podendo também ser formado por seus contemporâneos e por ele próprio, sendo definido esse último como autotipificação (SCHUTZ, 2012a).

Além disso, eu só compreendo uma estimativa do conceito-limite do significado que o outro pretende com aquela ação, sendo somente possível interpretar as experiências do outro a partir das próprias experiências que temos delas (SCHUTZ, 2012a).

Dessa forma, o profissional tipifica a família, e tipifica a si mesmo. Daí a importância dessa interação para ampliar as zonas de tipificações. Quanto mais eu experiencio o outro, maior será minha compreensão sobre ele. Assim, o profissional

precisa da construção desse vínculo, da confiança, do compartilhamento de conhecimentos e vivências com as crianças, adolescentes e suas famílias.

O sofrimento precisa ser entendido como sendo o surgimento de uma nova dimensão, uma nova esfera em um conjunto preexistente. Esta nova esfera vai influir nas outras esferas de acordo com as relações que se estabelecerem entre elas e pelos deslocamentos e modificações das correlações prévias. A proximidade com o usuário, seu território e sua situação biográfica vão auxiliar a construção deste processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de saúde e usuário (BRASIL, 2013).

De acordo com os entrevistados, o olhar dos pais ainda carrega essa concepção de que o sofrimento psíquico é algo curável com medicamento, como se fosse uma doença física, instalada em algum órgão.

Muitas vezes, eles negam o problema do filho, por desconhecimento, medo do que os outros irão falar. O preconceito é vivido muito fortemente. Dessa forma, a violência se faz presente, pois a família não consegue lidar com o problema mental da criança/adolescente.

É que a gente vê que tem pais que não conseguem lidar com a limitação daquela criança aí a abordagem deles é de gritar, de dar palmada, que de alguma forma não deixa de ser uma agressão, então eles não sabem muito lidar com isso, até a gente entra aí, para dar orientações, outras possibilidades para lidar com essa criança que é inquieta, que é agitada, que é agressiva né (E4).

A agressão verbal é bem frequente assim, muitos que estão aqui, a gente recebe hiperatividade... "suposto" de hiperatividade, ah, a criança é muito agitada, muito inquieta, e quando a gente faz a anamnese a gente percebe que a família é muito agressiva com a criança, e a criança na verdade está respondendo. É um reflexo do que está acontecendo no ambiente familiar (E1).

A família é um sistema importante e de grande influência para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico. Ela é o foco central da construção, da transformação, da mudança e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora dessas crianças e adolescentes (MONTEIRO et al., 2012).

O adoecimento psíquico do membro mais jovem da família interfere e modifica a dinâmica familiar, fazendo com que todos os membros se adaptem ou modifiquem seus comportamentos e hábitos, dificultando a relação e inserindo uma carga emocional intensa aos membros (MONTEIRO et al., 2012).

As autoras ainda relatam que são muitas as dificuldades enfrentadas pela família que cuida de uma criança e/ou adolescente em sofrimento psíquico: a energia despendida na busca de ajuda; o investimento do tempo do familiar; a dependência econômica; a privação das necessidades de outros membros da família; o corte das atividades sociais; a diminuição das relações com o mundo exterior e as dificuldades em identificar alternativas para hospitalização ou espaços residenciais fora de sua casa (MONTEIRO et al., 2012).

Diante do impacto do adoecimento, as possibilidades de trocas afetivas que, de fato, sejam verdadeiras, ficam reduzidas. Há uma imposição aos familiares de uma vivência de sentimentos e emoções que são difíceis de elaborar e entender. Isso evidencia a necessidade de intervenção que acolha o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade e individualidade das pessoas (DIMENSTEIN et al., 2010).

A família é co-partícipe na estruturação do conhecimento a mão da criança, que ela utiliza na relação face a face tipificando o outro e a si mesmo. Ela apreende todo o presente vívido experienciado num relacionamento do Nós (SCHUTZ, 2008).

Além disso, essas famílias possuem demandas das mais variadas ordens, entre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com esse familiar, pela expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (BRASIL, 2013d).

Tudo isso dificulta o processo de cuidado, pois ao mesmo tempo que essa família deseja procurar ajudar o indivíduo em sofrimento psíquico, as dificuldades encontradas nesse percurso fazem com que esta, muitas vezes, desista e acabe por prejudicar ainda mais a vida dessa criança (MONTEIRO et al., 2012).

É preciso ter em mente de que a família não imagina, nem deseja, que seu filho tenha algum problema ou sofrimento psíquico. Quando ela percebe algo “diferente” na criança/adolescente, baseado no estoque de conhecimento de que dispõe para interpretar o que seja uma criança normal, a partir desse estranhamento, é que ela vai procurar ajuda.

Até então é tudo novo e desconhecido, sendo um momento para novas problematizações em suas zonas de relevância, sedimentando suas experiências. O que ela sabe está relacionado tanto ao que ela carrega de herança socialmente determinada, quanto o que adquiriu enquanto conhecimento à mão no mundo da vida cotidiana. Muitas vezes esse conhecimento está carregado de estigma e preconceito, daí a violência aparece como uma saída, uma medida para se livrar do problema.

A família não é concebida nem preparada para cuidar de um indivíduo em sofrimento psíquico. Este se mostra, muitas vezes, como um fardo para quem tem o papel de cuidador, levando-o a buscar ajuda em serviços de saúde. A falta de conhecimento desses familiares dificulta o encaminhamento desses pacientes ao serviço especializado (MONTEIRO et al., 2012).

Essas famílias precisam, assim, aprender a conviver com a doença, atribuindo novo significado à suas experiências, enfrentando as dificuldades a fim de manter o equilíbrio no seio familiar. Ao vivenciar a doença, a família se aproxima e se mobiliza para manter seu funcionamento e cria uma nova estrutura para se adaptar à realidade (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Os autores acima enfatizam essa necessidade de a família adquirir habilidades, conhecer a doença. Quando as informações são fornecidas de maneira superficial ou técnica, esse processo é dificultoso. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde entendam a importância de prestar um cuidado centrado nas experiências dos familiares, oferecendo orientações, esclarecimentos sobre o sofrimento, e ajudando a família a desenvolver estratégias de adaptação à nova realidade.

A importância da família na transmissão do elemento básico do conhecimento (que coincide com a função decisiva da família na socialização inicial da pessoa) é virtualmente universal, embora haja exceções. Contudo, os âmbitos universalmente válidos, tais como os vinculados com papéis impostos, podem ser transmitidos além da estrutura familiar (SCHUTZ, LUCKMANN, 2009).

Faz-se necessário, assim, que o profissional de saúde oriente e trabalhe com essa família, no sentido de diminuir as dúvidas e anseios que ela possa apresentar em relação ao problema de seu filho, para que assim se possa ampliar seu estoque de conhecimento à mão.

Assim, a situação biográfica se estabelece enquanto a sedimentação das experiências do sujeito ao longo do tempo, como bagagem de conhecimento disponível que funciona como esquema de referência para interpretação e ação no mundo da vida (SCHUTZ, 2012a).

Desta feita, estabelecer uma relação face a face, em que numa orientação do Tu, o profissional conhece o que é para a família o sofrimento psíquico de seu filho atendido no CAPSi, a terapêutica e o que ela significa a violência, e permite adentrar em parte de sua bagagem de conhecimento, desvelar fragilidades e potencialidade, e intervir na ressignificação de conceitos e atitudes.

É preciso que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, e que lidem com suas próprias emoções (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Outra questão apontada pelos profissionais é de que além da família, a escola também não compreende o transtorno mental da criança e não está preparada para receber esses alunos, conforme relatado nas falas:

O outro lado, de casos graves, onde a mãe tem uma presença, e que as vezes a professora, já escutei queixas de mãe onde a professora chama a criança de doido, e aí, esse acontece em casos mais graves de esquizofrenia e autismo, e a gente tem encaminhado essas mães para irem na regional, reclamar no distrito de educação, para que seja chamado a atenção, porque... aí a escola é chamada a atenção (E5).

E muitas crianças chegam nos atendimentos falando, que na escola chamam eles de doido, os colegas não querem brincar, excluem, então assim elas já têm uma noção de que não são como as outras crianças e que sofrem os efeitos disso, assim, elas têm, elas começam a ter, muitas vezes as maiorzinhas, começam a ter essa noção de que são diferentes. Mas até que ponto a gente vai trabalhar essa diferença para que elas se sintam incluídas. Esse é o nosso trabalho, muitos têm uma recusa, uma negação muito grande do transtorno mental... (E1).

A maioria das crianças que eu atendo, para não dizer todas..., a escola não está preparada, para estar trabalhando com essas crianças, as vezes a gente faz uma visita, orienta, e tudo, mas, tem uma troca com a escola, mas, nem sempre tem uma abertura bacana, e tudo, e principalmente as crianças que tem uma alteração comportamental maior, a escola é um problema, não tem quem saiba lidar com essas crianças. Até a questão mesmo é... da dificuldade de aprendizagem, as vezes a criança nem tem um comportamento tão... hiperativo, ou... não sei... mas as vezes a dificuldade de aprendizagem da criança faz com que ela fique... deprimida, e as vezes até esses casos assim, as professoras na escola não está conseguindo direcionar. Baixa mais a autoestima da criança... então assim, acho que a escola é um problema para essas crianças (E7).

No mundo da vida, a criança e o adolescente constrói sua identidade subjetiva e de integração social mais ampla também em cotidiano escolar, ou seja, a experiência dessa vivência soma-se a outras para formação de sua situação biográfica determinada.

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos e de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte da população infantojuvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação (BRASIL, 2014).

Embora não sejam atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, ela pode ser uma facilitadora na produção de saúde, visto que está sob seu alcance a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados, atitude necessária para o enfrentamento da violência no ambiente sociofamiliar (BRASIL, 2014).

Porém, o que é apontado pelas entrevistadas é que a escola acaba sendo um espaço hostil e de segregação, por parte dos outros alunos, tendo uma atenção diferenciada para quem é “normal”, e outra para quem não é. A escola por desconhecer, ou ignorar a situação biográfica da criança, acaba por dificultar e retardar o processo terapêutico da criança e adolescente atendidos no CAPSi. Acaba sendo, portanto, um ambiente negativo para a criança/adolescente, onde o preconceito contra as pessoas com algum sofrimento psíquico é muito forte.

O acervo do mundo social consiste em tipificações. Esse acervo é levado ao encontro imediato com o outro, assim, a escola carrega para o encontro com o sujeito em sofrimento psíquico, o conhecimento tipificado desses sujeitos, sob a forma de preconceito.

A inclusão de sujeitos portadores de adoecimento mental acaba sendo apenas um discurso dentro do espaço pedagógico, faltando capacitação para os professores e estrutura para que os mesmos estejam aptos a intervirem no

fenômeno da violência e do preconceito direcionado a criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, conforme as falas a seguir:

A gente vem de um país onde o estímulo dentro da escola pública é enfraquecido, o professor ele é adoentado, o professor muitas vezes ele não tem capacidade, não tem capacitação de lidar com aquele TDAH. Essa criança não é estimulada adequadamente, o pai negligencia essa criança dentro da escola... então é um contexto muito grave do nosso país. Isso é muito sério, porque não é só um transtorno mental, mas sim um contexto. Que tipo de inclusão é essa feita com essa criança? Eu tenho muitos pacientes que eu pergunto: o que é que o professor está passando para o seu filho para estimular a cognição dele dentro de sala de aula? A maioria me responde: nada. Ele senta lá no cantinho fica, ou ele só pinta, ou ele sofre *bullying*, ou ele, é taxado como louquinho, então essa criança, essa inclusão no nosso país ela não está funcionando, por falta de capacitação do professor, falta de interesse do governo, políticas públicas, falta de interesse dos pais, em procurar ajuda (E8).

Tem um adolescente daqui tem 12 anos, 13, então assim... ele é muito agitado, normalmente ele fica na escola até a hora do intervalo, ele ficou, nesse dia, uma criança menor jogou areia, estava brincando, jogou areia, ele achou que foi nele, ele agrediu a criança, ... só que a escola fez um terror muito grande com a família, dizendo que a família da criança estava ameaçando ele. A gente precisou acionar, aliás, aí a escola acionou o conselho tutelar, denunciou mesmo sabendo que ele tem esquizofrenia, a mãe também, é um caso que a família toda é adoecida, aí a gente foi no conselho tutelar, aí acionou o que existe agora um núcleo de mediação da educação e se conseguiu reverter a história, porque ele já estava pra ser transferido, só que se viu que na área seria muito pior pra ele, porque as outras escolas... assim nas proximidades, como todo mundo já conhece o caso, é o "doidinho", então ou todo mundo se protege dele, ou protege a ele. Transferir para outro bairro ia agravar a situação dele, do mesmo jeito que aconteceu com ele, poderia ter acontecido com qualquer outro adolescente sem transtorno mental, mas como ele tem um transtorno grave, e eu escutei da coordenadora da escola: "não a gente sabe que por lei ele é protegido" (E5).

Nesse caso relatado por E5, percebe-se que a escola negligencia a atenção a esse adolescente, visto que se veem sem a possibilidade de fazer nada, pois o sujeito tem algum problema mental, e caso fossem para a justiça, não iria "dar em nada". Assim, o olhar da escola estaria muito mais em querer punir a criança que agride do que orientar os professores, pais e a própria criança para evitar futuras situações de violência.

Trabalhar o fenômeno da violência com crianças e adolescentes e sofrimento psíquico mexe com as experiências individuais e o papel social que este ocupa. Segundo SCHUTZ (2012a) o grupo espera que aquele que é incumbido de determinado papel aja conforme o que é típico desse papel. Ao desempenhar seu

papel o autor tipifica a si mesmo, ele decide agir segundo o modo típico definido pelo papel social que ele assumiu. Podemos perceber assim, que os professores entendem seu papel social enquanto o de ensinar, e é esse papel que ele tipifica, acreditando que o papel de enfrentar a problemática da violência, é de outro ator social e que não é parte de sua ação como educador

Há uma resistência dos professores e diretores em trabalhar a violência no seu contexto escolar, pois estes entendem a tarefa de proteção à criança e ao adolescente como sendo mais uma atribuição do educador, que em muitos casos já lida com inúmeros fatores estressores presentes em seu cotidiano, como baixos salários, pouca valorização profissional, desmotivação dos alunos etc. (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Outro ponto importante do caso relatado por E5 é de que a comunidade aparece tanto como um ponto de apoio para esse sujeito, visto que já conhecem a realidade daquele caso e de certa forma protegem o sujeito nas relações sociais, como também o fragiliza, por vê-lo como um sujeito vulnerável, é preciso protegê-lo e se proteger dele, já que também é visto como o “doido” da rua. Portanto a comunidade é fundamental por assegurar a proteção dos que a formam, mas também é ela que o violenta por estabelecer estereótipos e por manter relações de poder desiguais.

Qualquer membro nascido ou criado no grupo aceita o esquema dos padrões culturais que lhe é transmitido inteiramente pronto por seus ancestrais, professores e autoridades, como um guia não questionado e inquestionável para todas as situações que normalmente ocorrem na vida social (SCHUTZ, 2012a).

O significado que o grupo tem para seus membros consiste em seu conhecimento de uma situação comum com o decorrente sistema de tipificações e relevâncias. Aqui, os membros individuais não encontram dificuldades, pois o sistema de tipificação compartilhados, que define os papéis sociais, as posições e o status de cada um, o ajudam a interagir com os semelhantes que pertencem à mesma situação (SCHUTZ, 2012a).

Schutz ainda afirma que no caso da criança, é possível que essas características do indivíduo, por apresentar algum sofrimento psíquico, tenham seu sistema de tipificação diferente de quaisquer sistemas de relevância que é dado no grupo ao qual ele pertence. Isso pode levar a conflitos, que se originam

principalmente na tentativa de viver de acordo com as várias expectativas que se tem em relação à criança e a seus papéis.

A criança ou adolescente em sofrimento psíquico representa perigo para as pessoas em volta, sendo motivo de dificuldade e sobrecarga para essas famílias, e a comunidade que não estão habituadas a lidar com comportamentos alterados e estranhos. Assim, a doença torna-se um grande fardo para todos em volta, principalmente para os cuidadores, que não são preparados para lidar com tanta responsabilidade (MONTEIRO et al., 2012).

A falta de acesso, o preconceito e a desinformação da população são grandes obstáculos para que haja um tratamento de forma digna e eficaz para essa criança ou adolescente. Esse adoecer não é bem esclarecido para a comunidade, tendo uma definição mais cultural e de valores do que de fatores biológicos propriamente ditos. A loucura é estigmatizada e tipificada, não permitindo que o indivíduo adoecido tenha acesso à sua cidadania, sendo segregado e excluído da sociedade. A população ainda se encontra em processo de mudança, principalmente na postura em relação ao portador de sofrimento psíquico, dificultada pela pouca informação e pela burocracia na mudança do sistema (MONTEIRO et al., 2012).

Dessa forma, é imprescindível o papel do profissional de saúde no sentido de orientar e possibilitar a construção do conhecimento junto com a comunidade, a fim de possibilitar mudanças no modo de compreender o sujeito em sofrimento psíquico, ampliando sua bagagem de conhecimento disponível para orientar e experienciar o mundo. A escola também é um espaço importante para que essas mudanças aconteçam, sendo um local de apoio e acolhimento dessas crianças, adolescentes e suas famílias.

Relação da violência e sofrimento psíquico

As falas revelam outra *motivação porque* de violência, ao relacionar o sofrimento psíquico e a violência, sejam as crianças que possuem algum problema de adoecimento mental e são vítimas de violência, ou familiares que possuem algum sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas, que acabam praticando violência com essas crianças e adolescentes.

Muitas vezes essa história de que eles são burros, de que eles são isso, de que tem problema, eles escutam dentro da própria casa, o irmão... o pai. "Ah menino não adianta falar contigo não... porque tu é doido, não aprende nada..." (E3).

A saúde mental é o campo da saúde que de uma certa forma as pessoas ainda tem muito preconceito, embora tenha acontecido a reforma psiquiátrica, mas ainda existe esse preconceito inclusive entre os profissionais..., e os próprios usuários do serviço, que quando chegam aqui querem uma escola especializada pro seu filho, temendo já o preconceito, é porque não deixa de ser uma violência você escutar o seu filho ser chamando de louco de doido, que é agressivo, então assim, os pais eles tem um certo receio eu acho por uma questão mesmo de proteção de seu filho e acaba praticando um certo tipo de violência, que é deixando ele viver e se relacionar com pessoas ditas normais. Então acredito que isso também seja um tipo de violência que as nossas crianças e adolescentes estão vivenciando (E2).

Para Schutz, a situação biográfica do indivíduo guarda uma relação explícita com a vida e a história pessoal de cada um dos membros do mundo social. No mundo social o qual essas crianças e adolescentes estão inseridos é experienciado por eles através de uma estreita rede de relações sociais, de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura particular de significados (SCHUTZ, 2012a). O mundo desses sujeitos é um mundo particular de significados, sendo importante compreender as experiências do outro, e o que constitui a sua situação biográfica.

Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum adoecimento mental. Os problemas mentais mais prevalentes entre esses sujeitos são depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, uso de substâncias e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos, genéticos e ambientais, tais como ser do sexo masculino, histórico familiar de adoecimento mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

A exposição da criança a experiências diretas, ao presenciar a violência, como também indireta, por meio dos agravos que esse evento traz à saúde física e mental de sua mãe, são consideradas situações de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais, escolares e de comportamento dos filhos. As repercussões na saúde das crianças apresentam associação com sintomas de trauma, quadros depressivos e de ansiedade, comportamentos agressivos, transtorno de conduta e baixo desempenho escolar (DURAND et al., 2011).

Os autores afirmam que se estimou a associação entre a gravidade da violência vivida pela mãe e problemas entre os filhos, como a agressividade contra a

mãe ou outras crianças, urinar na cama, chupar o dedo, pesadelos frequentes, retraimento/timidez e fuga de casa e problemas escolares – abandono/interrupção ou repetência.

Em outra pesquisa realizada com crianças de 6 a 10 anos numa vizinhança pobre e violenta indicou que a exposição a esse tipo de fenômeno (ser vitimado ou ser testemunha) está associada com sintomas de sofrimento mental, tais como ansiedade, depressão, distúrbios de sono e pensamentos intrusivos. Além disso, crianças e adolescentes cujas mães gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente, dentre outras reações inadequadas, têm o dobro de chance de apresentar problemas de saúde mental com relação aos não expostos a essas práticas (FEITOSA; RICOU; REGO; NUNES, 2011).

A situação biográfica de violência em que podem estar inseridos adolescentes, também, podem estar associados com o risco de utilização de drogas. Adolescentes que presenciaram cenas de violência em âmbito familiar ou comunitário, estava relacionado a ingestão excessiva de bebida alcoólica. Adolescentes que são vítimas de maus-tratos, ou que presenciam a agressão da mãe pelo pai ou padrasto, parecem mais susceptíveis a agravos à saúde mental que comprometam sua autoconfiança e autoestima. Os eventos traumáticos não somente intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência, como também predispõem para o abuso de substâncias (BENETTI, 2010; REIS et al., 2013).

Assim, resgatar o conceito da situação biográfica é fundamental, para que possamos compreender que os sujeitos se inserem no mundo, e o experenciam de forma singular, constituindo um acervo de conhecimento também singular, e conseqüentemente uma situação biográfica única (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

A compreensão que se busca é uma significação subjetiva, sendo essa significação a que se designa uma ação interpretada pelo ator a partir dos motivos. Essa compreensão do mundo social só é viável à medida que se compreende a forma com que os homens definem sua situação, sendo que o sentido de uma ação para o ator é individual, porque se origina de sua situação biográfica única (SCHUTZ, 2012a).

A associação do sofrimento psíquico e práticas de violência vivenciada por crianças e adolescentes ocasiona influências significativas na vida dos envolvidos. Na família com sujeitos em sofrimento psíquico, os conflitos ficam mais

evidentes, devido a diversidade de percepções de como lidar com o problema de saúde que seu ente apresenta. Dessa forma, ao não ter conhecimento sobre o que é o adoecimento mental da criança, não gerenciar os conflitos e por não impor limites aos desejos do sujeito com sofrimento psíquico, faz com que se instale relações intersubjetivas marcadas por atos violentos.

É preciso destacar que são escassos estudos epidemiológicos realizados com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que vivenciam situações violentas. Primeiramente, pela dificuldade existente em diagnosticar problemas de saúde mental em crianças. As classificações atuais (CID 10 e DSM V), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão. Em segundo, pela complexidade com que a violência se configura, com a multiplicidade de contextos, sujeitos envolvidos, determinantes sociais que se relacionam, a invisibilidade do problema em algumas situações, inviabilizam a composição de uma população amostral para estudo (BRASIL, 2013).

O que se sabe é que existe uma relação entre violência e sofrimento pelos determinantes de saúde positivos e negativos que tornam o sujeito mais vulnerável nas relações sociais a sofrer com essa problemática. A maioria das pesquisas realizadas (BENETTI, 2010; ABRANCHES; ASSIS, 2011; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012; LOPES; SILVA; DIAS; ARPINI, 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; HILDEBRAND; CELERI; MORCILLO; ZANOLLI, 2015; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015) enfatizam crianças e adolescentes que ao serem vítimas ou vivenciarem atos violentos podem sofrer algum tipo de adoecimento mental, trazendo consequências negativas em suas vidas. Não há pesquisas realizadas sobre violência com sujeitos já com em adoecimento psíquico.

Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico podem expressar alguns comportamentos, como agitação, impaciência, agressividade, relacionados a seu problema mental, que podem levar a episódios violentos, porém, carece de pesquisas que estabeleçam esse tipo de relação.

Além disso, devemos ter o cuidado de não tipificar crianças com algum sofrimento psíquico como sujeitos perigosos. O discurso em torno do sofrimento psíquico, devido ao contexto histórico de exclusão, segmentação social e violência

que a loucura nasceu, acaba por despertar no imaginário social o sentimento de medo e a noção de periculosidade, como se todo sujeito em sofrimento psíquico fosse agressivo, ou violento.

É preciso que nas relações face a face os parceiros estejam continuamente renovando e ampliando o conhecimento um do outro, para superar uma visão limitada dos sujeitos em sofrimento e em vivências de violência.

Nesse estudo, de acordo com os discursos dos sujeitos entrevistados, quando se fala da relação entre saúde mental e violência, percebe-se uma dupla implicação, de que a violência contribui para o aparecimento de sofrimento psíquico e problemas mentais, e de que os problemas mentais de certa forma é um dos determinantes que contribui para que o sujeito seja vulnerável a vivenciar violências.

Experiências de violência, condições de pobreza, rompimentos de vínculos familiares, mortes e doenças crônicas são algumas das situações tipificadas como determinantes sociais relacionados com a ocorrência de sofrimento psíquico (BENETTI, 2010).

Muitas das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico vivenciam o preconceito de serem tratados no CAPSi, pois vivem com o estigma da loucura. Na fala de E2 fica evidente que até mesmo os profissionais de saúde têm preconceito com o sujeito em sofrimento psíquico, evidenciando assim uma forma de violência. Essa violência geralmente está acompanhada do desconhecimento dos pais sobre o problema mental do filho. O comportamento agressivo dos sujeitos, associados ao seu transtorno mental também aparece como motivos porque dessa violência ocorrer.

Realmente ele é muito agressivo, ele demonstra isso, tem esses episódios na escola, mas aqui no CAPS mesmo já aconteceu. Inclusive recentemente, não tem 15 dias que ele agrediu uma outra adolescente aqui, porque assim, ele se irrita muito fácil, então para ele, ele já... agride mesmo, foi um conflito danado, precisou tomar medicação aqui no CAPS, injetável, e... eu tive que suspender do grupo por alguns dias. Ele também é meu paciente do grupo, participa do grupo de intensivos, e ele também estava apresentando esses comportamentos, não tão exacerbado como aconteceu nesses dois episódios, mas sempre provocando os colegas, falando palavrão, trapaceando, cheguei a falar com ele, cheguei a conversar com a médica do serviço... (E2).

A criança que tem TDAH, ela tem uma dificuldade de atenção, ou de hiperativo... pode ser mais para atenção, hiperatividade, não sei, ou pode ser os dois, e junto a isso tem outras problemáticas. Então por exemplo, uma das problemáticas é a dificuldade de aprendizagem, seja porque ela não tem, sei lá, alguma agitação psicomotora, se for mais para

hiperatividade, que ela não consegue ficar ali, ou seja mais para parte de atenção, e aí que ela tem uma dificuldade para aprender com as estratégias... (E7).

Tem alguns transtornos que os pacientes podem, tem uma tendência, digamos maior, a apresentar comportamentos agressivos, mas como também tem outros pacientes que tem o mesmo transtorno e não tem. Então assim, a gente não pode dizer que é por conta da doença, mas que muitas vezes a doença é usada como justificativa para aquele comportamento, a gente observa muito isso. [...] tem isso também que acaba influenciando e que se confunde muitas vezes com a doença mental. Então assim, mistura um pouco do que é só um comportamento resultado do meio, ou do que é um transtorno mental realmente (E1).

Porém, não se pode afirmar com clareza o que é um comportamento da criança, ou um comportamento gerado pelo transtorno. Em termos globais, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação.

O estigma da expressão doença mental (ou mesmo o eufemismo transtorno mental) é grande e significa um sofrimento adicional para quem o carrega. Portanto, ainda que entre profissionais de saúde seja útil usar no cotidiano expressões que condensem informação, precisamos nos interrogar sobre o sentido que essas expressões carregam na comunidade (BRASIL, 2013d).

A expressão doença mental e seus eufemismos podem induzir a pessoa, seus familiares e sua comunidade a, pelo menos, dois erros comuns. Primeiro erro, doença mental faz pensar em causa genética, hereditária, que determina e limita as possibilidades da vida para a pessoa. Isso simplesmente não é verdade para as formas mais frequentes de sofrimento mental. Segundo erro, associar a ideia de doença a um julgamento moral sobre a pessoa. Muitos dizem que o deprimido, ou o alcoólatra, é no fundo um fraco. Ou, no sentido inverso, é comum taxar um criminoso violento de doente mental (esquizofrênico, drogado). Uma minoria, de fato, é violenta. Mas é preciso entender que essa violência está associada a um contexto mais complexo (BRASIL, 2013d).

Outra situação mencionada é o uso de drogas por parte da mãe durante a gravidez, bem como o convívio desse sujeito em um contexto de drogadição.

A mãe era usuária de droga, então... o que já justifica alguma coisa no comportamento dele, já justifica o comportamento dele o transtorno... bem... não poderia, seria muito difícil nascer uma criança saudável com a quantidade de droga que ela usava na gestação... o pai também era usuário

de drogas, e eu acho que o contexto familiar dele também não colaborou para que ele se desenvolvesse saudável (E6).

As pessoas podem fazer uso de drogas como uma forma de lidar com situações muito adversas (falta de moradia e de acesso à escola, situações diversas de violência, frustrações pessoais, entre outros motivos). Assim, é necessária uma avaliação contextualizada e singular do sujeito e das relações que estabelece, a fim de se evitar equívocos no entendimento e na condução dos casos (BRASIL, 2014).

Uma situação biográfica familiar de drogadição pode ser um determinante de risco para situações violentas, seja entre os parceiros íntimos, seja entre o sujeito em uso de substância e as crianças e adolescentes que fazem parte desse convívio. Independentemente da situação, as experiências de violência compartilhadas com a criança e adolescente podem ter consequências negativas no seu desenvolvimento, seja a curto ou a longo prazo.

Podemos citar os altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de outros laços sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, faltando a compreensão do fenômeno como reflexo de questões multifatoriais.

A relação entre drogas e violência nunca será linear nem tampouco lhe poderá ser aplicada uma lógica unifatorial, centralizada unicamente nos efeitos psíquicos e orgânicos das substâncias, que incentivariam as condutas violentas, ignorando ou desvalorizando o contexto cultural, de gerações, de gênero, comunitário, familiar e situacional. É preciso, portanto, maiores estudos que estabeleçam uma relação mais aprofundada sobre esses determinantes.

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPSI PARA OS USUÁRIOS QUE VIVENCIAM PRÁTICAS VIOLENTAS

Nesta categoria, os profissionais apresentam as principais estratégias terapêuticas utilizadas para os usuários do CAPSi que vivenciam práticas violentas, baseadas no seu estoque de conhecimento à mão e sua situação biográfica, estando intimamente ligadas às *motivações porque* das estratégias realizadas, sendo dividida em três subcategorias: os profissionais utilizam estratégias

terapêuticas individuais e em grupo para as crianças/adolescentes; estratégias terapêuticas voltadas para a família; e uma atenção integrada e em rede.

Estratégias terapêuticas individuais e em grupo para as crianças/adolescentes

Nesta categoria, as falas evidenciaram quais as principais estratégias terapêuticas utilizadas para os usuários do CAPSi que vivenciam praticas violentas. Podemos perceber que são atividades diversificadas, centrada no individuo para lidar com as frustrações e conflitos, grupos terapêuticos, trabalhar as questões referentes ao ser criança, bem como ressignificar a doença para o sujeito com o objetivo de proporcionar maior autonomia e reinserção dessa criança na sociedade.

De acordo com Schutz (2012a) toda ação é uma conduta humana concebida pelo ator, baseada em um projeto preconcebido, e essa ação contém um significado, podendo ser compreendida como significante quando se tem uma direção, e quando é direcionada a outros se torna social. Assim, podemos perceber a conduta dos profissionais como ações sociais no mundo da vida.

Essas ações possuem intencionalidade e são motivadas pelos interesses dos profissionais. Quando o motivo é o objetivo que se pretende alcançar com a ação, podendo-se dizer que é um ato projetado, e a situação vivida é previamente imaginada, sendo produzida uma ação futura, constitui-se na *motivação com-finalidade-de*. Contudo, o fato do ator projetar essa ação não significa que ele irá realizá-la, conseqüentemente, o *motivo com-finalidade-de* é involuntário, a decisão de ir adiante é que transforma a fantasia interna em uma efetivação da ação inserida no mundo externo (SCHUTZ, 2008). Assim, as ações motivadas com-finalidade-de devem ser pensadas para o enfrentamento da violência.

A motivação por que faz alusão a experiências passadas. São essas experiências que o levaram a agir como agiu, sendo o projeto a própria ação. O motivo é determinado pela situação pessoal, ou mais precisamente, pela sua história de vida, tal como foi sedimentada em suas circunstâncias pessoais (SCHUTZ, 2008). Essas motivações têm íntima relação com a situação biográfica do sujeito e seu estoque de conhecimento à mão, e refere-se às ações já realizadas pelos profissionais, possibilitando que eles reflitam sobre a própria experiência.

As estratégias utilizadas, são baseadas nas experiências passadas dos mesmos com a violência, constituindo os motivos porque agiu da forma que agiu. O

profissional precisa pensar sobre suas experiências e ações, para que seja um observador de si mesmo, e repensar se as suas estratégias foram eficazes.

Os sujeitos apontaram estratégias de enfrentamento dos conflitos e das frustrações com a criança e adolescentes como *motivos porque* de evitar comportamentos violentos dos mesmos.

No próprio grupo de crianças a gente trabalha muito essa questão da criança ser frustrada... dos conflitos, que aparecem conflitos no grupo, então como ela pode lidar com aquele conflito, então a gente está sempre dando esse apoio (E4).

A gente tem que aprender a escutar, a gente também tem que trabalhar isso nessas crianças, que nem sempre elas vão escutar o que elas querem ouvir (E3).

A gente que está nos grupos de criança, a gente fica sempre ressaltando “olha as regras do grupo, do jogo” seja assim, sempre batendo nessa tecla porque, eles... geralmente eles tentam quebrar... mas aí a gente procura né, orientar. Estava fazendo grupo agora pouco, né, e ele fazendo a atividade, aí ele disse assim “tia eu peguei pesado né?”, aí eu disse, você acha que pegou? Ele disse peguei, eu disse, pois é, não faça com as pessoas o que você não gostaria que fizesse com você. E a gente vai muito assim, sutilmente para poder... atingir né o que a gente deseja... (E2).

Aqui no CAPS a gente tem alguns grupos que... eu tenho um grupo... eu vou falar do meu grupo. O grupo de intensivos, é um grupo de adolescentes que são aqueles pacientes mais críticos aqui do nosso serviço, né, eu tenho paciente de vários... é... não tem um diagnóstico específico, eu tenho paciente que tem autismo, tenho um que tem esquizofrenia, então são os mais comprometidos que geralmente vem duas vezes por semana. Tem também grupo de crianças, mais voltado assim pra atividades lúdicas... de... para aprender a se relacionar, a respeitar limites né... esse perfil a gente tenta também passar para os adolescentes né, regras de convivência... é... de como... é... voltado também para as atividades de vida diária, então assim é bem diversificado, é de acordo com o grau das necessidades do paciente, que a gente percebe né. Mas geralmente trabalha essa questão da interação social, que é uma coisa que as famílias trazem essa demanda, que eles têm essa dificuldade de se relacionar, de se comunicar algumas vezes, então a gente procura trabalhar mais para essas questões (E2).

O trabalho centrado na criança, seja individualmente ou em grupo, é importante para se ajudar a trabalhar questões da personalidade da criança e de como ela pode estar superando alguns conflitos. Dessa forma, os profissionais estarão prevenindo situações que ao invés de ser resolvida com violência, poderão ser resolvidas com o diálogo.

O mundo cotidiano não é um mundo privado, mas é um mundo intersubjetivo onde eu compartilho com meus semelhantes. Ao agir sobre os outros e ao ser afetados por eles eu tomo conhecimento dessa relação mútua. O

profissional pode intervir em seu relacionamento face a face com o usuário a partir de condutas que apresentem relevância no sistema de tipificações dos usuários (SCHUTZ, 2012a).

É importante lembrar que mesmo tendo acesso a conhecimentos similares e vivenciando situações parecidas, a subjetividade diverge os atores sociais e seu modo de agir, fincado no passado e na história de vida particular de cada um, exigindo do profissional uma atenção baseada na situação biográfica do sujeito.

Nesse cenário, a atuação nos grupos é fundamental para o convívio com a diversidade de pessoas, que compartilham de experiências parecidas. Assim, o processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (BRASIL, 2013d).

É na interação com os outros, num grupo, que o *eu* reconhece a existência de outro *eu* semelhante, tendo os dois uma consciência similar, onde esse *eu* percebe que ambos fazem parte de um mundo exterior, o mundo da vida, se reconhecendo como ser social, pois vivencia esse mundo com outros seres semelhantes. Sendo assim, o mundo da vida para Schutz é um mundo social (SCHUTZ, 2012a).

A relação face a face é a orientação para o Tu, quando outra pessoa está ao alcance da minha experiência direta, compartilhando comigo um tempo e um espaço em comum. Estando ela presente pessoalmente, eu estou consciente dela como ela própria, fluindo a sua experiência lado a lado com a minha, participando da relação do Nós intencionalmente conscientes de que assumimos uma orientação para o Tu. Essa orientação para o Tu pode ser unilateral ou recíproca, sendo a unilateral quando somente um de Nós percebe a presença do outro e recíproca quando estamos ambos conscientes um do outro, constituindo um relacionamento do Nós (SCHUTZ, 2012a).

Estabelecer a relação do Nós é fundamental para que as ações tenham maior efetividade, se ela não ocorre, acaba sendo ações unilaterais, verticalizadas, onde apenas um diz o que o outro tem de fazer. É na relação com o outro que o

profissional, ator social, lança mão do seu estoque de conhecimento, trazendo as suas experiências já vivenciadas, de forma a influenciar no seu encontro face a face com o outro.

Os grupos voluntários não são experienciados pelo ator social como um sistema já pronto e acabado, são construídos pelos seus membros a partir de um processo de evolução dinâmica, que se depara com alguns elementos em comum e outros são criados perante uma definição da situação recíproca (SCHUTZ, 2012a).

Essa interação grupal acaba sendo um intermediário da relação indivíduo-sociedade, no qual o mesmo passa a se reconhecer enquanto participante, produtor e produzido, por essas relações com o coletivo. É preciso que o grupo possa adotar a diferença como requisito de cura, evitando totalizações e universalizações dos sujeitos, grupos, práticas de cuidado (BRASIL, 2013d).

Esse pensamento vai ao encontro do que Schutz (2012a) fala ao relatar sobre a importância dos grupos para as relações sociais no mundo da vida cotidiano. Para ele, os grupos são mediadores da relação entre o social e a particularidade do indivíduo, sendo percebido como um entrelaçar de linhas subjetivas, em que cada ator social define seu espaço e entra em contato com a situação biográfica do outro, adotando os sujeitos do grupo uma nova conformação.

O significado subjetivo que o grupo consiste para seus membros é uma vivência de situações em comum com o seu decorrente sistema de tipificações e relevâncias. Em um sistema de autotipificações homogêneas, o grupo é estabelecido por tipificações e relevâncias que são compartilhadas entre os mesmos (SCHUTZ, 2012a).

O grupo deve permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes, e que se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia, constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal. Deve-se privilegiar a participação ativa dos integrantes do grupo, incitando-os a contribuírem com a tarefa do grupo, de modo a comprometê-los subjetivamente com aquilo que está sendo tratado pelo grupo. As temáticas trabalhadas devem emergir de como estes entendem o grupo como seu espaço de produção subjetiva de autocuidado, pautado na construção da

autonomia, das escolhas e do comprometimento gradual e espontâneo (BRASIL, 2013d).

Sabe-se que as pessoas diferem em personalidades, preferências, valores, desejos, necessidades e percepções, e por isso, em alguns momentos, entram em choque e geram conflitos com as outras crianças/adolescentes, principalmente dentro de um contexto de trabalho em grupos. É preciso que o profissional volte sua atenção ao trabalho com as diferenças e discordâncias, pois elas sempre irão existir e nem sempre será sinônimo de incompatibilidade. O conflito nem sempre é algo ruim. O que define o conflito como destrutivo ou construtivo é a maneira de lidar com ele. O conflito pode resultar em brigas e violência, mas também pode ser terra fértil para o crescimento e fortalecimento pessoal e das relações (BRASIL, 2010).

A base fundamental para superação do conflito é saber escutar com sensibilidade e atenção e transmitir à outra parte para que suas mensagens sejam compreendidas. Com isso, se constrói a confiança e o respeito apesar das discordâncias (BRASIL, 2010).

É necessário que os profissionais trabalhem com a criança como lidar com conflitos, aprender a ouvir para repensar suas atitudes, para que elas possam superar algumas limitações. Isso pode estar sendo realizado no sentido de contribuir com a ressocialização desses sujeitos.

Nos dizeres de Kirschbaum (2000; 2009) para haver escuta, é preciso que haja palavra e, então, uma das primeiras coisas a fazer seria criar condições para que a palavra seja dita, circule, compareça no discurso, inscreva-se através da escrita. Por isso é importante que as atitudes e palavras de tranquilização, que visam antes de mais nada aplacar a angústia de quem as enuncia, talvez com o intuito de defender-se da angústia que advém da percepção da falta no Outro, ou, dito de outra forma, da constatação de nossa impotência e não-saber diante da psicose, sejam banidas de nosso discurso, a fim de favorecer a emergência de um outro discurso (KIRSCHBAUM, 2000; 2009).

Considera-se, pois, ser imprescindível “dar voz” aos próprios atores envolvidos na violência, pois esse olhar pode contribuir para a implementação de ações efetivas frente a esse fenômeno. Uma nova escuta, ou uma escuta diferenciada, poderia ressignificar a história do adolescente, possibilitando maior capacidade de reflexão e menor atuação (CARLOS et al., 2013).

As palavras dos meus semelhantes são, antes de tudo, signos em um contexto objetivo de significação, sendo também indicações do sentido subjetivo que tem para ele todas as suas experiências, inclusive as do presente (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Somados a isso, aparece na fala dos sujeitos entrevistados, enquanto *motivação com-finalidade-de* a necessidade da equipe trabalhar o que é normal e o que é patológico com a criança/adolescente, para assim, ajudar a desconstruir a noção de normalidade para que se possa superar os rótulos. O transtorno mental acaba sendo justificativa para todo o comportamento da criança, e isso precisa ser trabalhado junto com os profissionais.

O que também é positivo por um lado, porque também se enquadrar muito nesse rotulo não é positivo, porque acaba sendo a justificativa para tudo que acontece, aí é porque “não tira nota boa na escola” Ah, é porque tem problema, ah é porque, então assim, isso também não é legal, a gente até as vezes aceita e entende e trabalha também em relação a isso como isso é bom, e positivo para a criança também, não se sentir uma criança doença, especial, ou diferente e tudo mais... (E1).

A gente trabalha de aceitar o diferente, por que do mesmo jeito que eles querem ser aceitos..., muitos deles, já vem com o preconceito neles, aquele ali, está vendo aquele ali não faz, eu leio, mas aquele ali... então ele é o burro, eles recebem tanta agressividade nessa parte do preconceito, que eles se tornam até mesmo mais preconceituosos assim, às vezes, com os outros (E3).

É preciso trabalhar o preconceito para que elas percebam que embora sejam crianças, nem todas são iguais, visto que cada um apresenta características diferentes dos outros, pois suas experiências são únicas, assim como sua situação biográfica. A desconstrução do preconceito é fundamental para o enfrentamento da violência, não só entre os sujeitos em sofrimento psíquico, como também perante a sociedade no mundo da vida.

Dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, os profissionais devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta

as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014).

O enfoque deve ir além da dimensão biológica do cuidado. Além disso, são fundamentais as redes de apoio articuladas, trabalhando estigmas que cercam a violência e assim ajudando famílias, crianças e adolescentes a se inserirem na comunidade (LOPES; SILVA; DIAS; ARPINI, 2012).

Assim, há a necessidade de ressignificar o sofrimento psíquico para a criança, trazendo um novo significado para o seu contexto de vida e saúde. Para o profissional do CAPSi é importante que ele não enfoque apenas no problema mental, mas nas questões inerentes ao ser criança e adolescente.

A gente também procura trabalhar nesse sentido, assim, questões de adolescência, questões que são gerais de qualquer tipo de público de qualquer é... tipo de adolescente, não é só também enfocando, enfatizando a doença mental, né, a gente trabalha também a percepção deles sobre a doença porque isso é importante (E1).

É... primeiro o apoio, né, da criança dela saber que a criança aqui dentro do CAPS ela tem um apoio que ela pode abrir ela pode falar, que muitas vezes para a criança é também é difícil falar né... expressar de alguma forma. Quando eles são maiores um pouquinho eles conseguem, mas as vezes, eu tenho criança, que... a pouco tempo... já está aqui no CAPS há anos e a pouco tempo a gente foi saber da situação de violência dentro de casa com o pai, que sempre existiu... né, e que a gente ficou sabendo há pouco. Então assim... primeiro o apoio, né... é... para essas crianças. E a escuta né... e... fazer com que elas sejam crianças também né, com que elas desenvolvam brincadeiras, com que elas deem um novo sentido também a vida delas, não fique só focado no histórico de violência (E6).

As estratégias que a gente procura trabalhar no CAPS, são estratégias de trazer uma significação, uma ressignificação para essa história da infância que aconteceu, e procurar outras estratégias onde eles possam expor essa agressividade sem afetar culturalmente, socialmente, uma larga escala, o outro. Eles tentarem procurarem sublimar essa agressividade de forma que a sociedade possa aceitar sem que eles tenham tanto prejuízo né, porque essa agressividade ela não vai sair, não vai ser, se acabar... ela está dentro da pessoa, inclusive quem sofreu violência né. E aí a gente procura trabalhar nesse sentido de procurar sublimar essa violência (E9).

Uma coisa também que a gente orienta muito aos pais é procurar sempre o esporte não é, porque muitas crianças daqui tem muita energia, então elas não têm onde para onde canalizar essa energia toda, então a gente está sempre orientando procurar um projeto na comunidade, procurar um esporte, alguma coisa que ela possa né, está... canalizando essa energia (E4).

O objetivo do trabalho em saúde deve ser o de produzir saúde, o que implica dizer que produção de saúde será sempre a produção de sujeitos, que devem ser responsáveis por seus atos (e por sua demanda, seu sofrimento), mas que também detêm direitos de acesso a todos os cuidados essenciais que devem ser providos pelo Estado e pela sociedade (saúde, educação, moradia, cultura, convivência familiar e comunitária etc.) (BRASIL, 2014).

Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família (BRASIL, 2014).

A escuta do sujeito deve ser utilizada no atendimento individual, adquirindo uma orientação para o Tu na relação face a face para efetivar a relação do Nós, em um movimento de reciprocidade motivacional. Essa relação recíproca gera uma série de mudanças nos significados subjetivos construídos no mundo intersubjetivo.

Na relação face a face o sujeito supõe um conjunto de motivações para a atuação do outro, sendo a partir da verdadeira relação social que os modos de atenção das experiências conscientes são sintonizados, sendo dinâmica a forma que percebemos as nossas experiências após uma relação face a face, sendo modificadas a cada encontro (SCHUTZ, 2012a).

Quando escutamos alguém, não experimentamos o sentido do que disse como algo relacionado com as palavras, de maneira externa. Tomamos as palavras apreensivamente como expressando seu sentido, e vivemos em seu sentido compreendendo o que o outro quer dizer e o pensamento que expressa (SCHUTZ, 2012a).

Com isso, o profissional realiza uma escuta diferenciada, assumindo a orientação científica que tem em seu estoque de conhecimentos à mão, sendo essa escuta uma orientação ao Tu caracterizada por diferentes visões e diferentes formas de conduzir a ação consciente e seus atos projetados.

A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente (BRASIL, 2014).

Para Schutz (2012a) o mundo vivido é sempre o mundo vivido de cada um, singularmente considerado, embora sempre intencionalmente dirigido a um outro objeto ou a uma outra consciência. Dessa forma, é preciso lançar mão de um olhar individualizado com a intenção de modificar a situação biográfica dos sujeitos marcados por experiências de violência.

Um conceito importante que deve ser utilizado como estratégia pelos profissionais de saúde com as crianças e adolescentes no sentido de ressignificar seu sofrimento e superar dificuldades no seu contexto de violência é o de resiliência.

A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos, que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. O apoio oferecido pelo ambiente social, amigos, professores, profissionais de saúde e outras pessoas significativas para o indivíduo ao longo de sua vida é de fundamental importância (BRASIL, 2010).

Dessa forma, os profissionais precisam escutar o que a criança e o adolescente sentem diante de situações difíceis, permitindo a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo e oferecendo o apoio necessário para que crianças e adolescentes se sintam seguros. Incentivar iniciativas para criação de saídas e busca de soluções para os problemas, estabelecer vínculos com as crianças e adolescentes atendidos e suas famílias também são outras estratégias que devem ser utilizadas (BRASIL, 2010).

É importante que os profissionais tenham em mente que todas as pessoas nascem com potencial para amar e para ser agressivo. É preciso, através de sua atuação, expandir o primeiro para nutrir a capacidade de amar e de ser solidário. A energia da agressividade é necessária para lutar pelos próprios direitos, indignar-se com as injustiças e ter persistência para atingir as metas, ou seja, ser usada de forma construtiva em prol de causas nobres. No entanto, quando inadequadamente canalizada, a agressividade se transforma em ódio e violência e, portanto, torna-se destrutiva (BRASIL, 2010).

Para ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e não se expressar de forma violenta e destrutiva, é preciso que os adultos empreguem maneiras firmes, porém não violentas, para educá-la. É a força da delicadeza, essencial para a aprendizagem da disciplina, da gentileza e da harmonia do convívio. A educação dos filhos requer paciência: aprender o que pode e o que não pode ser feito, compreender as regras familiares e as normas sociais depende da repetição e da consistência na transmissão das mensagens. Porém, depende ainda mais do amor com que elas são transmitidas e do exemplo de quem está passando a mensagem (BRASIL, 2010).

Daí decorre a fala da entrevistada E9, alertando para essa questão de que a violência, a agressividade ela está presente em todo ser humano, na constituição de cada sujeito. É papel do profissional canalizar, redirecionar esse comportamento agressivo para outras atividades, potencializando um comportamento positivo do sujeito.

Outra estratégia apontada está relacionada ao gasto de energia com a prática de esportes. Como característica do quadro de hiperatividade, muitas crianças e adolescentes são agitados e precisam de tempo para canalizarem suas energias em alguma atividade. Além disso, a prática esportiva leva a interação social, construindo na criança/adolescente o sentimento de pertencimento à equipe. O tempo ocioso pode acentuar um comportamento hiperativo no sujeito.

A estratégia da escuta também precisa ser valorizada, pois ela permite que o sujeito dê um significado a sua própria vida, a sua própria doença, trazendo à tona questões subjetivas que o afetam de forma negativa. O CAPSi aparece como um espaço privilegiado de escuta e apoio dessas crianças e adolescentes para que os mesmos falem de suas angustias, sonhos, desejos, cabendo ao profissional identificar as reais necessidades do presente vivido de cada um. Muito mais do que um espaço para se trabalhar as questões mentais do sujeito, o CAPSi também é espaço para o cuidado da criança e adolescente em situação de violência.

Eu não posso me trancar jamais numa sala e dizer que o maior problema de uma criança violentada seja com que ela aprenda o nome dela, não, porque ela está sofrendo uma violência muito maior... que é a violência física dentro de casa, então qual a minha prioridade, é combater essa violência... né, e depois a gente vai trabalhando lentamente as outras, mas sim acompanhar dentro do CAPS, sobre a violência em si (E8).

Na ação dos atores sociais, ele elege o que é mais importante para ele naquela determinada situação, segundo suas áreas de interesse, acessando seu sistema de relevâncias (SCHUTZ, 2012a).

O profissional carrega consigo um horizonte de incertezas, e ante possibilidades problemáticas, esse ator social se depara com possibilidades em aberto, situações desconhecidas, indeterminadas. Para proceder à sua escolha, faz questionamentos em um processo reflexivo, no qual elege o que é mais importante para ele naquela determinada situação, segundo suas áreas de interesse, acessando seu sistema de relevâncias (SCHUTZ, 2012a).

É comum que algumas situações ou eventos sejam impostos aos atores, o que Schutz (2012a) chama de relevâncias impostas, não se originando da vontade própria do sujeito, desvinculada de interesses escolhidos, tendo que haver o aceite como são, entre dados externos, apresentados.

O estoque de conhecimento à mão, bem como do sistema de relevância, intrínseco e imposto, o motivará a determinada ação social. É importante que nesse contexto, elas sejam voltadas para o enfrentamento do fenômeno da violência.

As portas dos serviços de saúde devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental, principalmente relacionado a problemática da violência. É imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda (que deve ser recebida, ouvida e respondida). Este primeiro acolhimento, aonde quer que chegue o usuário, pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão às estratégias de enfrentamento e terapêutica. Deve-se fazer uma abordagem para identificar as necessidades de cada situação, propor alguma intervenção inicial e, quando couber, oferecer outras estratégias e lugares de atenção ao sujeito (BRASIL, 2014).

Essas estratégias apontam o objetivo do CAPSi em reintegrar o sujeito em sofrimento psíquico que vivencia situações de violência na sociedade e proporcionar a autonomia dos mesmos. A autonomia é fundamental para a independência dessas pessoas, visto que muitas vezes, é essa dependência que o fragiliza nas relações sociofamiliares, levando assim a viver situações de violência.

E de fazer a reintegração dele nessa sociedade ne, porque as vezes fica difícil adaptar a escola, fica difícil de ter relações sociais, então a gente, o nosso trabalho mesmo é p de fazer com que essa criança fique bem na sociedade que ela consiga interagir, com que ela consiga é... ser funcional...

eu acho que é por aí, não olhar como o doente..., mas fazer com que ela consiga se adaptar bem a sociedade, esse contexto (E4).

Eu tenho uma adolescente que ela, ela tem um retardo mental grave e como o pai pode se comunicar com ela através de uma atividade, é... em casa mesmo, convidando essa adolescente pra realizar... é... vamos dizer... lavar a louça, louças simples, coisas simples, né, que essa pessoa possa interagir com a mãe e ao mesmo tempo ajudar, só que a gente sabe que ela tem um limite de lavar, vamos dizer, só um copo, mas a gente vai tentando colocar atividades no dia a dia dessa pessoa pra que ela estimular a cognição e a independência, então o foco da terapia ocupacional é esse. (E8).

O profissional da área de saúde mental torna-se, quase sempre, o único intérprete de seus pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro destas pessoas, exercendo muitas vezes poder absoluto sobre elas. Dessa forma, a constatação da amputação da dignidade humana, leva a perda progressiva da autoestima e da autonomia individual e coletiva, dos doentes mentais leva ao alijamento dos direitos de cidadania (FORTES, 2010).

Ao pensarmos a saúde como um direito de cada cidadão, uma assistência integral do profissional pode contribuir para que o sujeito construa sua própria visão sobre a problemática, bem como do enfrentamento do problema.

A saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população (BRASIL, 2014).

O profissional de saúde precisa garantir os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. Há que se construir com as crianças e adolescentes, ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção

compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável (BRASIL, 2014).

É preciso que crianças e adolescentes sejam vistos como sujeitos autônomos, capazes de estabelecer suas próprias regras. Reafirmam-se os compromissos de zelar pela efetivação dos direitos de crianças e adolescentes (devendo ser observada sua prioridade) e de intervir nos determinantes de saúde incidentes decisivamente para o reconhecimento delas e deles como indivíduos capazes de operar mudanças significativas no curso da própria vida (BRASIL, 2014).

Trata-se, portanto, de um tema urgente para a agenda da Reforma Psiquiátrica brasileira através de intervenções psicossociais capazes de abordar com efetividade o sofrimento psíquico causado pela violência.

Assim, o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Em relação às estratégias utilizadas, a notificação é uma das atribuições dos profissionais de saúde mais importantes e que acabou sendo esquecida pelos entrevistados. Identificar a violência e notificar é um procedimento que se converte em indicador epidemiológico de violência, oportunizando o redirecionamento de ações nos territórios e/ou a construção de políticas públicas. Essa ação requer domínio dos fluxos de notificação dos fatos de violência para que possam ser encaminhados à rede de defesa ou à rede de assistência (ARAGÃO et al, 2013).

Estratégias terapêuticas para a família

Nessa categoria as *motivações porque* das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde do CAPSi são os grupos e intervenção com a família da criança e adolescente em situação de violência. As estratégias abrangem o acolhimento, a terapia de grupos para que os familiares, em especial as mães, possam desabafar sobre suas angústias.

Diferente assim da psicologia, muitas vezes eu jogo os dois em frente a frente. Qual o problema dessa criança? Ai a mãe começa, e muitas vezes, em alguns momentos eu sou o advogado da criança né, eu sou o advogado da criança... esse elo foi perdido, esse vínculo, em algum momento né, por essa mãe, quando ela chega na sala para falar desse filho, é como se aquela pessoa não pertencesse a ela, nem a família. “Ah esse menino eu não gosto dele, ele é muito danado, ele bate nos irmãos, ele é horrível, ele é o terror da escola”. Mas onde foi que ela, onde foi que ela começou a rejeitar essa criança? Foi na gravidez? Foi antes? (E8).

a gente percebe que esse não é um problema só da criança nem do adolescente, está mais também direcionada a família até porque a família é que vai fazer o cuidado né dessa criança, né orientar, a gente sempre enfatiza isso nos grupos de família, né, nos grupos de mãe, a gente dá o espaço pra elas assim colocarem as situações que estão vivendo, lógico que não só isso, a gente também procura trabalhar algumas atividades de artesanato pra poder ver se esses pais eles se soltam lá naquele momento... (E2).

Aqui a gente trabalha, conversando com a família, então assim, os grupos de família são muito voltadas pra esse suporte familiar, que muitas vezes essas pessoas chegam aqui muito perdidas muito confusas, tanto... não só com relação a doença, mas como lidar com aquela crianças, então o grupo serve muito pra isso, pra elas poderem compartilhar as experiências contar uma com as outras, e aprenderem a lidar melhor com a situação, mas também pra esquecer ao mesmo tempo, esquecerem um pouco o adoecimento do filho, o problema do filho, e pensarem um pouquinho nelas também, então muitas vezes elas gostam quando a gente faz alguma atividade, as vezes tem massoterapia também, então assim, quando tem alguma atividade onde elas podem falar delas mesmas, enquanto mulheres, geralmente são mães que vem, elas gostam muito, elas se sentem muito aliviadas dessa pressão toda de serem só mães, então o grupo tem ao mesmo tempo esse enfoque (E1).

Uma das abordagens relatadas diz respeito a fazer a família confrontar com seus problemas, refletir sobre suas posturas para com a criança, visto que o elo de ligação entre mãe e filho foram perdidos. Com a quebra dessa relação, a família passa a não cuidar da criança, se configurando numa situação de violência vivida por elas.

O grupo aparece como uma estratégia utilizada muito importante para (re)criar esse vínculo perdido, e até mesmo esquecer dos problemas vividos em casa e com o filho adoecido, conforme as falas.

As estratégias de apoio institucional às vítimas de violência e às suas famílias são reconhecidas como medidas preventivas eficazes. Integrar o grupo familiar às práticas de acompanhamento terapêutico tem sido apontada como uma perspectiva pertinente na atenção à saúde desses sujeitos (SAURET et al, 2011).

Em relação as estratégias de intervenção familiar, consideramos que elas devam ser direcionadas para aumentar a consciência da família sobre o problema, isto é, auxiliá-la a ter uma percepção da possibilidade de alteração da situação com base em recursos pessoais (por ex., autoestima parental, competências comunicacionais), familiares, sociais/comunitários (por ex., serviços de apoio à família e à criança), e econômicos (ex.: em termos de apoios estatais ou outros) (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

A família se caracteriza como um grupo existencial que compartilha com o indivíduo o seu sistema de tipificações e relevâncias. É um modelo básico de socialização que estabelece uma rede de relações com regras, costumes, valores e crenças que estão em constante troca com o meio social. As modificações da estrutura familiar estão diretamente relacionadas à sociedade (SCHUTZ, 2012a).

Para uma abordagem familiar é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer aperfeiçoamento de competências profissionais. Dentre elas, conceituar família e considerar sua complexidade; cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras; trabalhar com todos da família, tanto doentes como sadios; ter em mente que a família enquanto um sistema é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros; reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família também pode mudar com o tempo; promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível; levar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade (BRASIL, 2013d).

Além disso, é preciso oferecer acolhimento, escuta regulares e periódicas dessas famílias. Os grupos de orientação aos familiares e grupos de cuidado aos cuidadores, intervenções domiciliares que diminuam a sobrecarga da família cuidadora e oferecimento de dispositivos da rede social de apoio onde os familiares cuidadores de pessoas com sofrimento psíquico possam ter garantido também espaços de produção de sentido para sua vida, vinculadas a atividades prazerosas e significativas a cada um também são estratégias que devem ser adotadas (BRASIL, 2013d).

No contato com as famílias, por menor que seja o tempo disponível para o atendimento, os profissionais de saúde precisam enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais como respeitar os

direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho, dentre outros, de modo a estabelecer ambientes familiares mais saudáveis (BRASIL, 2010).

A promoção de “ambientes familiares saudáveis”, vão além da mera participação sistêmica, buscando o empoderamento das famílias e o estímulo das capacidades nelas existentes (SAURET et al, 2011).

Esses ambientes saudáveis, possibilitam a promoção da saúde e da cultura de paz, fortalecendo os fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos. Tem como base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Contempla requisitos como paz, educação, justiça social e equidade (BRASIL, 2010).

Dessa forma, os profissionais podem atuar como facilitadores da prevenção da violência, orientando as famílias para a promoção de ambientes saudáveis e propiciando troca de experiências entre pais que já passaram ou estão passando pela mesma fase da criação dos filhos, criando espaços e grupos nos quais os pais e cuidadores possam compartilhar as experiências e tirar dúvidas. Ouvir os relatos de situações difíceis e as formas de enfrentá-las ajuda a perceber que suas dificuldades já foram vividas e superadas por outras famílias (BRASIL, 2010).

Pois é no momento face a face entre profissionais e outros atores sociais, que surge o relacionamento do Nós em que se compartilham, num mesmo tempo e espaço, ações que constroem, bem como modificam a situação biográfica de cada envolvido, tecendo uma transformação constante do agir, pensar e planejar (SCHUTZ, 2012a).

Compartilhar uma comunidade do tempo implica que cada um dos participantes intervém na vida em curso do outro, pode captar, em um presente vivido, os pensamentos do outro tal como ele os constrói. A possibilidade de interação e compartilhamento das vivências entre os familiares no grupo organiza-se em teia de apoio, por meio do diálogo cria-se um sustentáculo de dificuldades e um arsenal de facilidades, com a percepção de formas de manejo e reconhecimento de si no outro (SCHUTZ, 2012a).

É importante que o profissional oriente as famílias sobre a resignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores, acompanhando e dando apoio as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes. Além disso, buscar apoio de

outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território (BRASIL, 2010).

Ao partilharem das experiências no grupo, as mães estão em uma relação intersubjetiva do Nós, aprendendo uma com as outras, compartilhando do seu estoque de conhecimento à mão e desabafando seus problemas vividos no contexto familiar. Atividades direcionadas às mães são importantes para que elas possam se expressar, pois muitas vezes é ela que apresenta algum problema, e descarrega sua raiva na criança. A partir daí a criança passa a reproduzir o que foi vivenciado nessa experiência.

O que é que é queixa em relação a criança, porque a queixa que chega sobre a criança diz muitas vezes muito mais da mãe... de como a mãe está, porque quando a mãe fala do filho ela está falando dela mesma, então, é preciso também separar o que é da criança e o que é que é da mãe, pra poder de repente... a mãe está colocando a criança numa posição que na verdade tem uma função pra ela naquele momento de desorganização, naquele momento de repente alguma separação, algum conflito que está acontecendo na família, e aí a criança acaba sendo o bode expiatório para esse problema familiar então a avaliação também é feita nesse sentido, de identificar o que é da criança realmente... uma dificuldade da criança, o que que é uma resposta da criança aquele cenário familiar, e o que realmente só diz respeito a mãe, e ela está projetando na criança, então a gente também trabalha nesse sentido, de orientação, de encaminhamento e de suporte pra família... (E1).

alguns casos onde a gente percebe que, os pais, né, ou a mãe, o acompanhante, precisa de um suporte... assim não tem como atender né, regularmente, mas pelo menos fazer uma escuta... é... mais frequente, recentemente teve uma senhora que eu fiquei no horário do grupo, eu passei o horário todo atendendo a ela, porque assim, ela reportava muito que a criança estava muito agitada, mas na conversa a gente foi observando que ela é que está passando por uma dificuldade muito grande, né assim, separou, está sem apoio, e aí reflete na criança, aí a gente tem mostrado pra esses familiares que existe essa possibilidade, não dá pra ser rotineira, mas, eventual, né, tem até uma das residentes que se dispôs, a atender algumas mães, então, assim tem duas mães que a gente já está agendando pra pelo menos ter três a quatro atendimentos, né, pra ela ser escutada e pra ver como é que se ajuda essa pessoa pra poder cuidar do filho, que as vezes tá tão desorganizado que não dá, a pessoa não tem condições de aceitar ser encaminhada pra uma outra instituição, então é preciso que a gente de um suporte aqui pra ela poder até enxergar que ela precisa de ajuda, que as vezes a situação está nesse nível também (E5).

De alguma forma, aquela família ela sabe que ela tem apoio aqui, porque quando ela precisa de alguma coisa, ela vem... ela retorna ao CAPS (E6).

As estratégias terapêuticas voltadas para a família precisam compreendê-la como uma “célula”, uma estrutura complexa que necessita de cuidados numa perspectiva integral. Muitas vezes as estratégias destinadas às famílias, não é de

fato as famílias, mas focada aos seus membros individualmente, fragmentando assim as ações de apoio familiar nos indivíduos problemáticos (SAURET et al, 2011).

Além disso, as diversas visões e concepções dos profissionais sobre a instituição familiar podem influir na adoção de abordagens mais includentes ou mais seletivas e no tipo de suporte que é oferecido no serviço. As categorizações típicas sobre as famílias atendidas também incidem sobre a percepção do potencial resiliente das mesmas, o que reverte, em última instância, em maiores chances de superação ou redução da violência. Nesse sentido, expectativas pouco alentadoras de profissionais com relação a certas famílias, percebendo-as como desestruturadas ou desorganizadas, podem contribuir para o insucesso da intervenção. Ao passo que ao haver uma maior expectativa de melhora, essa credibilidade é transferida para o grupo, que passaria a adotar um papel mais proativo no atendimento (SAURET et al, 2011).

Na situação biográfica dos profissionais as experiências podem interferir e influenciar o modo de agir, podendo aproximar o profissional das famílias e crianças em situação de sofrimento, ou afastar.

Há um consenso entre a equipe de que deve haver um foco estratégico no atendimento à família, porém, os profissionais precisam estar atentos para as novas constituições de família, fugindo da tipificação estereotipada: pai, mãe e filho(s), visto que a estrutura familiar tem se configurado de outras formas.

É fundamental que a atenção a esses sujeitos tenha como base a concepção de que cada família é uma família na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas percepções, seus vínculos e suas especificidades próprias (BRASIL, 2013d).

Nesse contexto, se faz necessário uma atitude de redução fenomenológica por parte dos profissionais de saúde, havendo a suspensão de todos os valores, crenças, pressupostos, pré-conceitos, para se ter a *epoché* da atitude natural, e assim, descrever o mundo como se apresenta na consciência, seguindo em direção à essência do fenômeno (SCHUTZ, 2012a). A compreensão desse conceito é fundamental para uma ação profissional sem julgamentos e discriminação com as famílias e suas diferentes situações biográficas.

Deve fazer parte das motivações *com-finalidade-de* a necessidade de ambientes que acolhem os familiares das crianças e adolescentes, construindo um

novo olhar frente a esses atores, proporcionando espaços com maior confiança e empatia, e criando condições ambientais para que desenvolvam suas potencialidades com maior sustentação subjetiva e social (CARLOS et al, 2013).

As relações sociais individualizadas com o outro surgem enquanto cada um dos membros pode agir sobre o outro e reagir sobre a sua ação, sendo essas ações espontâneas passíveis de controle através do conhecimento mútuo da existência da relação (SCHUTZ, 2012a).

A reciprocidade dessas ações reflete no modo como o profissional deve conduzir a terapêutica, sendo então descritas pelos profissionais as necessidades que eles reconhecem ao analisar o usuário como objeto da relação do Nós.

Isso implica no maior compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer, e é quando o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e aconchegar a família em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, de acordo com cada situação (BRASIL, 2010).

Assim, a família acolhida pelo serviço de saúde traz uma importante contribuição no processo de desenvolvimento humano de crianças e adolescentes portador de algum sofrimento psíquico em situações de violência, pois as mesmas, para que tenham suas necessidades atendidas, precisam de acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade (BRASIL, 2014).

A família quando esta desorganizada acaba contribuindo para o agravamento da doença das crianças, descarregando uma frustração nelas, que na verdade só existe na mãe. Esse adoecimento da família reflete no comportamento da criança e precisa ser trabalhado por meio da construção de vínculo com a instituição, pois é nela que a família busca o apoio para cuidar de seus filhos. É cuidando da família que o profissional de saúde do CAPSi estará cuidando do sujeito em sofrimento psíquico.

Outra estratégia motivada *com-finalidade-de*, diz respeito a enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente, elogiando seus pequenos progressos na evolução de habilidades e competências, visto que cada sujeito tem seu tempo de se desenvolver, e enriquecer os recursos de comunicação

das famílias para que possam disciplinar sem violência, dizer o que não apreciam no comportamento da criança e do adolescente sem humilhá-lo ou depreciá-lo (BRASIL, 2010).

Os recursos amorosos e a competência para o cuidado encontram-se, em muitos casos, soterrados por um acúmulo de sofrimentos e sentimentos de desesperança, desespero, desilusão, descrença, falta de perspectiva de mudanças ou de “enxergar a luz no fim do túnel”. Ações profissionais desenvolvidas com sensibilidade e dedicação ajudam a família a identificar esses recursos preciosos, que ela, muitas vezes, desconhece (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o sofrimento psíquico faz emergir uma série de conflitos no seio familiar, pelas mudanças impostas pela doença e, neste contexto tão adverso, a família necessita de fontes de apoio para conseguir restabelecer o equilíbrio e não adoecer (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

O primeiro passo para o cuidado dos familiares de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, atentando para o fato de que eles poderão se encontrar com grande ansiedade, medo, desamparados e em estado de sofrimento. Partimos da compreensão de que o acolhimento é um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, ou seja, uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencido. Mais que uma atitude de solidariedade, é uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Assim, a criança busca no outro um mediador para se inserir no mundo, se incluir na esfera social. De início a família ocupa esse lugar de outro, por isso, é importante que a família esteja preparada e seja essa fonte de carinho e afeto que a criança/adolescente precisam.

A reciprocidade de uma relação do Nós é forçada à criança através do outro. Nessa relação, leva-se em consideração a capacidade estrutural da criança. Somente neste processo multifacetário da experiência do Outro, e de si mesmo da experiência do Outro, se constrói a identidade da criança (SCHUTZ, LUCKMANN, 2009).

Essas experiências vividas, apreendidas e sedimentadas do indivíduo, são expressas a partir do lócus que elas ocupam no mundo social, e acontece em meio a relações intersubjetivas do mundo da vida.

O apoio do CAPSi é muito importante pois é a referência da família, para onde ir, onde buscar ajuda quando algum problema acontecer. Esse vínculo entre o

profissional e saúde precisa estar estabelecido para que a família sinta a confiança em voltar e dar andamento na terapêutica.

Criar vínculos com essa família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares é um trabalho que cabe individualmente a cada profissional envolvido e, ao mesmo tempo, é o esforço da equipe como um todo. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento (BRASIL, 2010, 2013d).

Assim, a relação do Nós pura vivenciada entre a criança e o adolescente e seu familiar é permeada por ações não planejadas ou não refletidas pelos mesmos, podendo o profissional intervir nessa experiência, por meio do planejamento de ações, *motivadas com-finalidade-de* delinear um trabalho como forma de organizar as diferentes perspectivas do mundo da vida diária desses sujeitos.

A entrevistada E5 ainda revela as dificuldades do profissional atender a família, pois o foco de atendimento no CAPSi acaba sendo apenas na criança e adolescente, mas que percebem a necessidade desse cuidado às mães serem prestado por meio da escuta, acolhimento e atividades que estabeleçam um vínculo entre criança, família e serviço de saúde.

Muitas vezes, os membros da família também apresentam alguma doença, seja de ordem física ou mental, e com isso, cuidar dos filhos implica para a família gasto de energia, diminuição do próprio cuidado, o que pode acarretar o agravamento de algumas situações, inclusive do próprio quadro de saúde e de violência no contexto familiar, conforme expresso na fala:

Recentemente houve uma situação de ele brigou com o irmão mais velho, o irmão mais velho bateu nele que ele desmaiou, e a mãe para defende-lo bateu na outra criança e relatou pra gente muito angustiada que na hora..., a alucinação dela mandava ela aproveitar e matar... o filho, tanto que nós ficamos muito preocupados, como é que dá suporte a essa família, por que é uma bomba relógio, porque entre eles...e a sorte é que ela nesse dia, teve a consciência bastante mas assim, se ela tivesse num surto, se ela tivesse sem medicação, ninguém sabe o que poderia ter acontecido, porque assim são dois com esquizofrenia, um com TDAH, o mais novo, o mais velho bipolar... tão na mesma casa, ela tenta de todas... (E5).

Eu tenho um caso aqui que ele sofria né, a violência pelo padrasto. Nesse caso a minha estratégia maior foi o que, pedir ajuda aos familiares pra que acompanhasse essa criança de perto, as tias né, uma das estratégias que

usei porque no momento em que essas tias acompanharam essa criança, os pais eles começam a se tocar que tem alguém de olho, né, que eles tão correndo o risco de perder a guarda dessa criança, que o CAPS está de olho, que não é bem assim que pode fazer não, bater... porque essa criança ela era abandonada na rua, vamos dizer, ela tinha lá... mas ela passava o dia na rua, sofrendo..., sem tomar banho, sem comer, isso é um tipo também de violência (E8).

Além disso, os profissionais de saúde orientam as famílias para que elas funcionem como vigilantes dessa violência que ocorre com a criança e adolescente em sofrimento psíquico. Uma família atenta aos cuidados da criança é positiva para que todos se envolvam no combate a violência e repensem seu papel dentro do seio familiar.

Outras estratégias importantes apontadas pela literatura, porém que não foram evidenciadas nas entrevistas são o Genograma Familiar, instrumento de representação gráfica da família capaz de identificar suas relações e ligações dentro de um sistema multigeracional; O Ecomapa, tal como o genograma, integra o conjunto dos instrumentos de avaliação familiar, entretanto, enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde ela vive; O Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, voltadas para o indivíduo e família, articuladas a partir da discussão em equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, e com a participação da família na sua elaboração. O acompanhamento longitudinal e individualizado com essas famílias é fundamental, visto que a violência pode partir da própria casa, já que nem toda família acolhe e protege o sujeito em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013d).

Tais instrumentos seriam importantes para o profissional conhecer a situação biográfica dos sujeitos, e as relações sociais significativas que os mesmos estabelecem entre si e com o mundo da vida cotidiano.

Atenção integrada e em rede

As *motivações porque* de enfrentamento citadas nessa categoria abrangem a atenção em rede, articulada a outros setores e a necessidade de uma atenção integral, que articule não somente o mental e a criança vítima de violência, mas trabalhar também o físico, o social e a família.

A atuação social no CAPSi envolve atividades específicas e comuns a cada categoria profissional. Essas atividades envolvem o atendimento individual, em grupo, acolhimento, anamnese e visitas domiciliares e institucional, conforme presente nas falas:

A parte comum, acolhimento, anamnese, mas assim, que é comum da gente, acolhimento anamnese, aí atendimento individual de psicologia, os grupos de crianças, os grupos de famílias, as visitas, que é comum também, as visitas institucionais, domiciliares e institucionais... (E3).

É um trabalho em rede que a gente faz. Não só o atendimento individual e o grupo, mas também, a assistente social ela é muito presente aqui no sentido de ver com o que tá acontecendo com a rede, o fortalecimento da rede, pra que essa criança tenha também o suporte no CRAS, no CREAS, enfim, em outras instâncias e também em outras instituições que a gente possa tá fazendo parceria, pra trabalhar em conjunto no sentido de dar uma assistência total aquela família, que muitas vezes não é um caso só de um atendimento individual, um acompanhamento aqui no CAPS, mas também de um suporte familiar fora daqui do serviço que já não seria mais da nossa competência então a gente tenta articular a rede pra possibilitar isso, e pra que essa família também tenha outros recursos de enfrentamento da doença do filho (E1).

O meu papel, o meu olhar, é... ver porque, no mental, só que eu não consigo separar... eu vejo o mental, a cognição dessa pessoa, o nível intelectual, se ela está conseguindo aprender para futuramente desenvolver uma independência... só que o terapeuta ocupacional muitas vezes, eu pelo menos não consigo desligar o mental do físico, como assim? Se uma criança tem um déficit de força muscular que atrapalha a locomoção dele até a escola, eu também posso reabilitar, estratégias de reabilitação, mas como aqui, ou então encaminhar para um serviço que tenha reabilitação, mas como aqui o meu olhar é sobre a cognição, principalmente o aprendizado né, o foco aqui do transtorno mental é tentar desenvolver o máximo que eu puder desse nível intelectual então as minhas estratégias são atividades terapêuticas ocupacionais que estimule a concentração, a atenção, e o desenvolvimento dessa maior independência, seja essa independência escolar, seja em casa pra independência das atividades do dia a dia, por exemplo. E também ver outras questões assim... o social, a gente também não separa, muitas vezes, em alguns momentos, a gente trabalha com assistente social nesse ponto... se esse adolescente já tem uma capacidade de desenvolver uma tarefa que proporcione um mercado de trabalho... é a gente já busca essa estratégia né, de olhar ele como um todo. Por isso que a gente não separa. Eu não trabalho... terapia ocupacional trabalha com várias esferas... social, mental, físico, independência em casa, então assim é isso o nosso olhar (E8).

É atribuição dos profissionais do CAPSi acolher o sujeito em sofrimento psíquico em situação de violência, a criação de vínculo, além da participação na terapêutica, realizando a escuta em consultas, grupos ou visita domiciliar. Esses profissionais têm o papel de orientar e assistir a família do usuário em sofrimento psíquico, visando abranger a família como um todo, na busca de minimizar o sofrimento da criança ou adolescente e de seus entes (MONTEIRO et al, 2012).

Dessa forma, é preciso que as ações sejam embasadas no conceito de integralidade, que permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas. É nessa perspectiva que o setor saúde busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o trabalho em rede é o mais indicado nos casos de violência, pois as estratégias em rede potencializam uma atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições, que tem o mesmo foco temático na consecução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente. Assim, a rede, através da integração das instituições envolvidas na problemática, permite compartilhar conhecimentos, informações, experiências, possibilitando aumentar a amplitude das ações (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

A estruturação da rede de atenção pode ser pensada por meio da rede social e o apoio social oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico que vivenciam situações de violência. A rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional, ligada a um indivíduo. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros desta rede social, efetivamente importantes para as famílias, como vizinhos, parentes, professores, profissionais de saúde, grupos religiosos, ou seja, pessoas que estabelecem relações significativas com o sujeito que sofre, dando suporte. Rede social é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Conhecer a rede social e o apoio social disponível pode contribuir para o cuidado à família e as crianças/adolescentes, pois se constitui em possibilidades de ampliar estratégias para aliviar tensões e compartilhar responsabilidades, sendo o apoio social um elemento forte no auxílio à família na resolução das dificuldades (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Quando falamos de uma atenção em rede, não significa apenas o preenchimento de fichas e lançar a responsabilidade para outro setor. Atuar em rede significa corresponsabilização, promovendo o acompanhamento do caso até a sua

inclusão e o seu atendimento em outro serviço, muito diferente de um procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço (BRASIL, 2014).

Para que as ações surtam impacto na vida das pessoas, elas devem priorizar, tanto quanto possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia que os sistemas possuem. Considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação (BRASIL, 2014).

Assim, os profissionais devem fortalecer seus vínculos com a comunidade, trabalhando junto com os territórios. O trabalho no território implica um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc. Mais do que uma população adscrita (esta é necessária para possibilitar o real conhecimento dos casos a serem cobertos), a ideia de território tem relação com as geografias subjetivas, culturais, afetivas que cada sujeito, criança ou não, desenha para si. O território é o lugar psicossocial do sujeito, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância. Fora dele, o ato do cuidado é pura imposição e, frequentemente, gera fracasso e abandono (BRASIL, 2013d, 2014).

A noção de território é um conceito importante em saúde mental, pois possibilita o profissional conhecer a situação biográfica do sujeito, podendo construir laços e valores com a família e crianças e adolescentes que são atendidas no CAPSi, fortalecendo os laços do apoio social. Desvelar o cotidiano e a dinâmica dessas famílias, reconhecer seus problemas de saúde, delineando, assim, suas redes e apoios sociais é papel do profissional de saúde. Somente por meio deste olhar sensível, torna-se possível planejar ações que levem em conta as fortalezas e fragilidades de cada realidade, em busca de uma assistência individualizada e centrada na família, capaz de promover a qualidade de vida de todos os seus membros (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Conhecendo essas informações pertinentes à situação biográfica dos sujeitos, é possível o profissional agir no mundo intersubjetivo, ao unir o estoque de conhecimentos à mão dos profissionais e do usuário.

Os parceiros estão continuamente revisando e ampliando o conhecimento um do outro. O acervo de conhecimento do mundo e de seus contemporâneos é revisto e alargado pela nova experiência, não interessando de que parte se origina no mundo social (SCHUTZ, 2012a).

Grande parte do trabalho no CAPSi, por ser um serviço de reintegração do sujeito à sociedade, tem o compromisso de olhar o sujeito em sua totalidade, realizando estratégias terapêuticas em conjunto com os diferentes profissionais que atuam nesse contexto e articulado em rede.

A violência, como um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. A construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade. É preciso que os serviços de saúde e profissionais estejam capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, com protocolos e fluxos definidos, e rede de saúde organizada nos três níveis de atenção (BRASIL, 2010).

A rede social tem o objetivo de fornecer melhores condições de vida à população, esta abrange relações interpessoais, familiares, escolares, sistemas de saúde e setores que ofertem suporte e amparo. Essas redes se articulam e viabilizam troca de experiências e de conhecimento, visando à melhoria das condições sociais, econômicas, culturais e de saúde. A rede social contribui para o enfrentamento das adversidades e favorece a adaptação, refletindo, positivamente, no equilíbrio familiar e na qualidade de vida dos membros da família (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde. Caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social (BRASIL, 2010, 2014).

No âmbito do SUS a rede de apoio psicossocial (RAPS) responsável pela atenção em saúde mental está estruturada por meio das equipes de saúde da família (ESF), Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), Centros especializados em saúde mental como CAPS (em todas as suas modalidades), Consultórios Ruas, Hospitais Dias, Residências Terapêuticas, SAMU, Rede de hospitais gerais, etc. É imprescindível que a rede esteja integrada e articulada entre si e com os demais setores da sociedade (BRASIL, 2014).

O contato com outros pares é necessário, pois o viver no mundo da vida cotidiana significa vivência de envolvimento interativos com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamento sociais. Há, a partir de encontros intersubjetivos, a construção intrínseca da situação biográfica de cada um, do que se é hoje, foi ontem e será amanhã, bem como a referências para a ação social (SCHUTZ, 2012a).

Diante desse contexto, a definição de rede implica uma visão de totalidade, visão relacional de atores e instituições numa correlação de poder. Assim, supõe-se que as redes são processos dinâmicos, em movimento e conflito a fim de realizar intervenções em conjunto para uma maior eficácia. Uma rede integrada e articulada como os diversos setores das políticas públicas (saúde, educação, entre outros) ofertará um atendimento completo a criança, adolescente e suas famílias (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

A estruturação da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Não se trata de um novo serviço, mas uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2010).

Por rede intrasetorial compreende-se os aparatos dentro do setor saúde como CAPS, CAPSi, UPAS, UBSF, NASF, e intersetorial os demais setores que embora não façam parte diretamente do setor saúde, mas integram a rede social por serem fundamentais na produção de saúde dos indivíduos, como os CRAS, CREAS, sistema de justiça e direitos humanos, conselhos tutelares, sistema de ensino, sociedade civil organizada.

As parcerias intra e intersetoriais, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças, adolescentes e família) ampliam a dimensão desse mandato da

saúde compartilhando a participação no desenvolvimento de ações que visem à produção de saúde integral e à responsabilidade por outras estratégias e serviços que as complementem, bem como fortaleçam e assegurem as garantias de proteção e de direitos. A construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços são essenciais para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens portadores de sofrimento psíquico em situação de violência aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intra e intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente aos problemas de saúde mental (BRASIL, 2014).

Para que essa articulação aconteça, o exercício da interdisciplinaridade precisa acontecer no processo de formação dos profissionais de saúde. A interdisciplinaridade tem na construção do saber significação semelhante à intersectorialidade no campo do fazer. São princípios que nos têm sido caros frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias, das políticas, das ações no território, no modo de viver dos sujeitos (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Quanto mais diversificadas a situação biográfica dos profissionais, maior o estoque de conhecimentos à mão que conduz a terapêutica do usuário, permitindo o acesso do usuário a um grupo que apresenta condutas e ações voltadas para a saúde mental. Assim, a atenção integral, interdisciplinar é fundamental. Essa diversidade de situações é o que vai ampliar meu estoque de conhecimento, e conseqüentemente meu esquema de relevâncias tipificadas.

As relações sociais são permeadas por ações desempenhadas por indivíduos que fazem parte do mundo social e resultam em conduta realizada com um determinado fim. Sendo possível compreender que os atores sociais, famílias e profissionais, em ação e interação, visam o cuidado a criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, com o propósito de modificar a realidade trazida pela violência (SCHUTZ, 2012a).

No mundo intersubjetivo é fundamental relacionar com seus semelhantes. Essa troca é necessária para o trabalho interdisciplinar, um voltando para a atenção do outro. Ampliando o conhecimento à mão.

A intersubjetividade se revela na reciprocidade de motivos e perspectivas. Assim, a ação de um indivíduo provoca a reação do outro, face a uma dada situação, em que um vivencia algo comum, na perspectiva do outro e vice e versa.

Isto constitui um relacionamento do Nós, no qual surge da captação da existência da outra pessoa em uma relação face a face (SCHUTZ, 2012a).

É importante ressaltar que muitas das estratégias apontadas pela literatura enfatizam as ações da atenção primária, por meio das estratégias de saúde da família e NASF. São escassos os trabalhos que apontem as ações e estratégias adotadas pelos CAPSi para o enfrentamento da violência. Quando aparecem, estes são citados como parte da rede de atenção e das linhas de cuidado a crianças e adolescentes em situação de violência.

Muitas vezes os CAPS e CAPSi acompanham indiretamente casos de violência, quando esta situação é subjacente, e não o motivo que desencadeou o atendimento. Assim, esse espaço deve ser visto como um ponto de apoio para esses sujeitos e família, acolhimento da demanda e devem ser articulados com os serviços da atenção primária e com os demais serviços da rede de referência para violências (BRASIL, 2010).

Fica claro na fala dos profissionais a necessidade do trabalho integral que compreenda o sujeito dentro de um contexto, sem fragmenta-lo apenas na parte adoentada. Quando a problemática é a violência, exige-se estratégias cada vez mais articuladas e integrais. Não é somente o problema mental, muitas vezes o sujeito exige uma outra demanda dos profissionais. Além disso, isoladamente, os profissionais não dão conta da complexidade do problema. Por isso, a articulação com os demais setores, jurídicos, sociais, educacionais e de saúde se faz necessário na atenção ao sujeito em situação de violência.

Nesse ponto, é preciso alertar para uma equipe unida, que trabalhe em harmonia para que as intervenções realizadas sejam efetivas. É importante ressaltar as parcerias com demais instituições e o papel das universidades no sentido de contribuir para o trabalho em saúde mental no CAPSi.

A nossa equipe é muito unida também, o que um as vezes não consegue fazer sozinho a gente troca ideias, né, a utilização também algumas vezes da internet, dos recursos da internet que também facilita nosso trabalho, e o apoio também, eu... diria que eu considero isso muito importante, é... das... das faculdades, algumas faculdades, tipo como a UECE, que tem as alunas que fazem que passam um período aqui, elas que ajudam a gente, elas também participam de todo processo... acolhimento, anamnese, grupo, então assim dá uma força, porque, como nossa equipe... o nosso CAPS, ele atende três regionais, então a demanda é muito grande né, então assim, eles dão uma força pra gente (E2).

As estratégias devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários. Essa tarefa exige troca de conhecimento com diferentes atores, saberes (popular, científico, artístico) e instituições (universidades, serviços públicos, organizações sociais não governamentais, instituições formadoras), necessários para se romper o círculo vicioso da repetição de técnicas e procedimentos que circundam as práticas e discursos dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2014; SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Porém, embora haja essa necessidade, e seja reconhecida a importância do trabalho em rede, os entrevistados apontam muitas dificuldades para que ela funcione conforme expresso nas falas:

essa situação da rede, né, a gente vê que tem alguns entraves né, é difícil trabalhar em rede né, a maioria dos outros profissionais, dos outros serviços, eles também tem essa dificuldade, né, e eu estou vendo que esse ano, apesar dessa dificuldade, a gente está conseguindo trabalhar em rede, talvez não do jeito que a gente gostaria, dificuldade com transporte, é... até mesmo de acessar as famílias, mas a gente está conseguindo iniciar esse trabalho, e é muito importante porque a gente vê que não é um único problema só, não é um único problema, são vários fatores né que estão influenciando... Então assim, tem algumas dificuldades que a gente enfrenta né. Material, também... escasso né, para poder ter aquela... a própria motivação... eu acredito, que as vezes falta na gente. A questão do vínculo que a gente tem aqui que é... é muito fragilizado então são várias questões que influenciam (E2).

a gente precisou, por conta desse episódio de violência mais recente, a gente pediu ajuda ao CRAS, pediu ajuda... a escola denunciou ao conselho tutelar, e agente foi conversar com o conselho tutelar pra explicar o outro lado da situação, né, o conselho tutelar acionou esse núcleo de mediação escolar... e... a gente está conseguindo, e ai facilitou porque a gente foi fazendo esses contatos, mas por exemplo, mas é um caso que o CREAS era pra estar presente, mas não existe um CREAS que assista especificamente a regional 4, então nesse caso não tem CREAS, já a segunda feira tem outros três casos que tão aqui, mas que são muito específicos de CREAS, e foi interessante, eu escutei da assistente social do CREAS, ela disse: "as vezes um caso que envolve saúde mental a gente não sabe o que fazer", é como se, o paciente tem transtorno mental ele fosse só o transtorno, ele não tivesse que ser atendido como um educando, como vítima de violência, como uma pessoa que acessa a rede de saúde por outras intercorrências que não a psiquiátrica. É como se restringisse, "aí é CAPS", "o CAPS tem que resolver", e não é, é um cidadão ele tem uma vida que envolve as outras coisas né (E5).

Que a questão da vinculação que é quebrada dentro do serviço de saúde pública, né, aqui. Essas quebras de vínculo, vamos dizer, eu tenho um paciente autista que ele é de moderado a grave, em seis meses eu consegui fazer com que ele pegasse na minha mão e entrasse na sala e que ele olhasse no meu olho, e se há essa quebra de profissional de vínculo né, que essa criança passa a confiar em você... isso é muito sério. Não deixa de ser uma violência também né. Uma das, que eles já sofrem muito,

a questão do preconceito, a questão do acompanhamento... então assim, puxando para o nosso lado dos profissionais, a gente vê essas quebras constantes, a própria quebra da ação terapêutica, a própria questão da quebra do acompanhamento escolar... então são várias quebras né ao longo desse processo... (E8).

Aí buscam ajuda, ajuda nossa, a gente ajuda, ela melhora, mas ela acaba desistindo desse tratamento, porque as vezes é longe, é caro... as quebras... as quebras constantes. Porque também não há serviços em fortaleza, só tem dois CAPS em fortaleza para uma demanda gigantesca, muitas vezes essa pessoa pega uma condução... três conduções para chegar aqui, então deveria ter mais profissionais, menos quebras de profissionais de vínculo e mais condições de atendimento né, para essas pessoas, estrutura de atendimento (E8).

Além das dificuldades estruturais, é relatado pelos profissionais o desconhecimento dos outros setores quando envolve um caso de saúde mental, que muitas vezes eles não sabem o que fazer. Essa visão limitada sobre o sujeito, como se ele fosse apenas o problema mental que possui, restringe a atuação da rede e sobrecarrega o CAPSi, visto que qualquer problema, se o sujeito tiver algum problema mental, eles enviam para o CAPSi.

O atendimento especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, previsto no ECA, deve ocorrer nos chamados Centros de Referência Especializados da Assistência Social - CREAS. Esses centros são integrantes do Sistema Único de Assistência Social e constituem-se no articulador da proteção social de média complexidade, devendo promover orientações e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

Dessa forma, o CREAS pode ser definido como um serviço de atendimento e enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes que visa à proteção e à garantia integral de direitos da população infanto-juvenil, devendo estar incluído aí também crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sem distinção (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

É preciso ter clareza de que uma rede efetiva não representa um conjunto de instituições e profissionais que atuam isoladamente, mas sim, instituições e profissionais que se reconheçam, tendo consciência da finalidade e do papel de cada instituição, para que o trabalho ocorra de forma horizontal e descentralizada, a fim de maior qualidade de informações e encaminhamentos.

Rede é uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer que o outro existe e é importante; conhecer o que o outro faz; colaborar, prestar ajuda quando necessário; cooperar, compartilhar saberes, ações e poderes, e associar-se, compartilhar objetivos e projetos. Estas condições preliminares resultam, respectivamente, em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização (BRASIL, 2010).

O relato da ausência de comunicação entre estas instituições da rede representa uma denúncia por parte dos profissionais, além de ser um problema no qual sua solução passa pelo reconhecimento da importância do trabalho em rede. É extremamente necessário que esses órgãos e instituições estejam articulados e fortalecidos, para que as suas ações sejam efetivas. Dessa forma, verifica-se a necessidade do trabalho de conscientização dos atores envolvidos, promovendo a referência e a contra-referência, discussão conjunta dos casos, bem como a construção de estratégias em conjunto com a família, além de reuniões periódicas entre os atores das instituições e órgãos que trabalham com a problemática (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

Outra dificuldade apontada diz respeito as “quebras” constantes que o sujeito passa. Seja quebra na terapêutica, seja as vinculações trabalhistas dos profissionais que são fragilizadas no CAPSi. Esse fato é relatado pelos entrevistados, e influenciam nas estratégias ofertadas às crianças/adolescentes, onde muitas vezes os profissionais se veem desmotivados.

Em Schutz entende-se que a ação está vinculada ao significado da experiência vivida, e, para agir, o profissional acessa seu estoque de conhecimentos à mão, que é advindo de um arsenal de experiências já vividas, de receitas para a interpretação do mundo. Desta forma, quando atua no mundo considerando sua tipicidade, contando que “assim foi, assim será” e que “pode fazer isso de novo”, os profissionais reproduzem fórmulas na atenção a esses sujeitos (SCHUTZ, 2012a).

O ator sempre se refere ao acervo de conhecimento que tem a mão no momento de esboçar o projeto. Apesar de ele levar consigo o horizonte de antecipações vazias, é suposto que o ato projetado se produzirá de uma maneira tipicamente similar a todos os atos passados tipicamente similares, que o ator conhece no momento de elaborar o projeto (SCHUTZ, 2008).

Ou seja, todas as situações vividas pelas crianças, são tratadas como casos tipificados de violência, assim, o profissional, em posse de seu estoque de conhecimento vai agir guiado por essa antecipação, reproduzindo a mesma ação tipificada para os sujeitos em violência. Por isso muitas vezes se sentem impotentes ou incapazes, pois sua ação social não surte efeito, desmotivando-o diante dos casos.

Assim como relatam os profissionais, os autores também apontam as dificuldades e aspectos prejudiciais para a execução de políticas públicas de atenção ao problema da violência, como a falta de recursos financeiros, a fragmentação de serviços, o despreparo profissional, a demanda superior à oferta de serviços, a queixa das equipes no que concerne ao parco conhecimento sobre o tema, à falta de estrutura para lidar com os casos, ao desconhecimento do fluxo e das motivações, às dificuldades de uma abordagem integrada e intersetorial entre outros (FARAJ; SIQUEIRA, 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Em estudo realizado por Lopes, Silva, Dias e Arpini (2012), eles evidenciam que além das dificuldades de escutar as atrocidades vividas pelas crianças acolhidas, os profissionais sentem-se sós no auxílio a elas, referindo que a família não consegue dar conta da criança e adolescente e que o trabalho em rede é falho. Ainda, apontam a falta de instrumentalização para lidar com a violência. Muitas vezes, as estratégias utilizadas diante da mobilização dos sentimentos dos profissionais são os encaminhamentos e as atividades externas, o que pode ser uma tentativa de varrer a violência da instituição.

Outra dificuldade relacionada ao despreparo da maioria dos profissionais no enfrentamento do problema, diz respeito principalmente pela falta de acesso à informação, desde a graduação, pela ausência de treinamento específico e de apoio em seus diversos âmbitos de atuação (ACIOLI et al, 2011).

Dessa forma, se faz necessário que a discussão da violência esteja presente nos currículos formais dos profissionais de saúde, diante da complexidade e necessidade de se enfrentar o problema e que essa formação possibilite o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipe, interdisciplinar, essenciais para o funcionamento da rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão buscou compreender o significado que os profissionais de saúde atribuem às práticas violentas vivenciadas pelos usuários de um CAPSi no espaço sociofamiliar e suas estratégias terapêuticas nesse contexto. Para isso, nos utilizamos do referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz, trazendo conceitos fundamentais para a compreensão e interpretação dos achados. De modo específico, buscamos as percepções, significados desses profissionais sobre o fenômeno da violência vivenciada por esses sujeitos e as estratégias terapêuticas por eles apresentadas no sentido de enfrentamento do problema.

Como resultados da pesquisa, os profissionais de saúde percebem a violência como algo que traz consequências negativas na vida da criança e adolescente, afetando o desenvolvimento cognitivo e emocional, a socialização e contribuindo para que ela regreda no tratamento.

A violência pode se expressar sob diferentes formas na atualidade, sendo percebida pelos profissionais como multifacetada, onde os mesmos reconhecem e identificam a violência física, psicológica, sexual. Porém, é a negligência de cuidados a forma mais presente no CAPSi, seguida da violência verbal. Porém, os mesmos têm consciência de que quando a violência ocorre, não acontece apenas um único tipo isolado, e sim, articulada a diferentes outras formas de manifestação. A família, a escola, a comunidade e o serviço de saúde aparecem enquanto cenários dessa violência, bem como os atores sociais envolvidos nessa problemática.

A escola é tida pelos profissionais como um problema, pois por vezes omite e negligencia os cuidados à criança e adolescente em sofrimento psíquico, se eximindo da sua responsabilidade diante da problemática. Além disso, é um espaço de perpetuação do preconceito contra o sofrimento psíquico, tipificando e reforçando o estigma da loucura na criança e de manifestações violentas como o *bullying*.

Em relação à família, ela é percebida nesse contexto de duas formas: local fundamental para o desenvolvimento da criança e adolescente, através do carinho e proteção que ela oferece a esses sujeitos; e espaço desgastado, propício para a manifestação de atos violentos. Os determinantes sociais, como a pobreza, uso de álcool e outras drogas, falta de amparo social, bem como a presença de sofrimento psíquico em pelo menos um dos membros da família são percebidos

pelos profissionais de saúde do CAPSi como fatores que influenciam na violência, pois fazem parte da situação biográfica dos sujeitos.

Os profissionais de saúde relacionam a violência com o sofrimento psíquico das crianças e adolescentes atendidos. Para eles, os familiares chegam no CAPSi procurando atendimento médico e medicação para acalmar seu filho. Isso é visto pelos profissionais como mais uma forma de violência, a fim de limitar a autonomia dessas pessoas. Além disso, é evidenciado pelos profissionais que existe uma relação entre a violência e o fato de haver um desconhecimento sobre o adoecimento mental e sofrimento psíquico da criança. Os pais, a escola e a comunidade desconhecem os sintomas, características do problema da criança e adolescente, reforçando o estereótipo da loucura, do “doido”, do doente mental. Isso dificulta a relação interpessoal podendo levar a situações conflitivas e de violência.

Por último os profissionais apontam as estratégias terapêuticas por eles utilizadas para os usuários do CAPSi em situação de violência. Os resultados apontam que os profissionais centram suas ações na criança e adolescente, realizando grupos, trabalhando valores e resolução de conflitos. Os mesmos não falam em notificar os casos de violência. Além disso, trabalham com as famílias, realizando grupos com as mães, pois são as que mais estão presentes no serviço como representante da família, para que expressem seus sentimentos, acolhendo e proporcionando momentos de lazer a fim de diminuir a angústia por elas sofridas. Por último é evidenciado a importância de uma atenção integrada e em articulação com a rede, porém, os mesmos relatam dificuldades para que isso ocorra.

Assim, diante desse estudo, verifica-se um novo olhar para o fenômeno da violência, fortalecendo a produção científica na área refletida à luz de um referencial teórico-filosófico. Alerta ainda, para a necessidade do profissional de saúde tomar conhecimento da situação biográfica dos sujeitos, do estoque de conhecimento que eles possuem, das suas motivações e dos significados que eles atribuem as suas experiências. Dessa forma, os profissionais poderão intervir de acordo com as reais necessidades das famílias e crianças/adolescentes envolvidos.

Em síntese, a fenomenologia social de Alfred Schutz nos confere a percepção de pessoa como ser social, que age intencionalmente, seguindo suas motivações e interpretando a realidade vivida consoante a sua situação biográfica, construída no mundo da vida, de relações intersubjetivas.

Para se compreender a atividade humana referente aos objetos sociais, se deve compreender a ação. Somente ao se compreender uma ação, conhecendo os motivos *com-finalidade-de* e os motivos *porque* a que foram destinados, conhecendo os sinais, a familiaridade, e as intenções ao realizar tal ação, ato ou evento, é que será possível intervir no fenômeno da violência.

Uma situação biográfica marcada por violência, leva ao sujeito a ter a violência como única experiência vivida, sendo única forma de se relacionar no mundo social. Por isso, muitas vezes essas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico reproduzem o vivido em casa, em outros espaços. O profissional de saúde precisa conhecer essa situação, para não fazer interpretações, julgamentos sobre as crianças, adolescentes e suas famílias, e assim, oferecer estratégias terapêuticas que respondam a essas necessidades

Desse modo, compreender o que levou a família a vivenciar experiências de violência em sua situação biográfica, se mostra bem mais complexo e exige do profissional uma atitude em *epoché*, livrando-o de julgamentos e pré-conceitos sobre as crianças/adolescentes e suas famílias em situação de violência, desvelando as motivações do fenômeno.

É importante compreender a violência como algo complexo, e articulado aos diferentes contextos em que ela ocorre, não podendo ser analisada de uma forma isolada. Aqui, ela aparece associada ao sofrimento psíquico, devido ao desgaste da família, a falta de conhecimento, de estrutura social. Assim, é preciso que os profissionais se apropriem do conhecimento sobre a violência e sobre a situação biográfica de quem assistem, para que possam traçar estratégias mais resolutivas, no sentido de identificarem, notificarem e acolherem os sujeitos em situações de violência.

O conhecimento sobre o território e, sobretudo, a maneira de levar a vida dos usuários no contexto em que se inserem é fundamental para que os profissionais reconheçam os recursos existentes e necessários para garantir serviços que promovam saúde e previnam violência.

Apona-se também, a necessidade de discussões sobre a violência estar presente na universidade, na formação dos futuros profissionais de saúde, para que sejam instrumentalizados, desde a academia, para o trabalho com pessoas em situação de violência. Além disso, para os profissionais de saúde, a educação permanente aparece como uma estratégia dentro do próprio trabalho, com vistas a

implementação de instrumentos que possibilitem a construção de um conhecimento necessário para a intervenção em saúde mental e violência.

Conhecer a situação biográfica dos sujeitos, bem como, o estoque de conhecimento das experiências que possui possibilita o profissional modificar a sua própria situação biográfica, ampliando seu estoque de conhecimento à mão disponível para agir, planejar, pensar sobre o mundo da vida cotidiana, se autoproduzindo a partir da relação com o outro.

Esse conhecimento precisa levar em consideração o fenômeno em toda a sua complexidade, superando o olhar limitado do problema, que enfoca apenas a abordagem fisiopatológica e procedimento centrado em sinais e sintomas. É preciso ver a violência em toda a sua dinâmica relacional.

Assim, é importante que o profissional reflita sobre sua ação no mundo da vida, pois a medida que o ator vive sua ação em curso, ele não consegue visualizar os seus motivos porque. Somente quando a ação é realizada, quando ela se torna ato, que ele pode voltar-se para a ação passada, como observador de si próprio e avaliar em que circunstâncias foi determinado que fizesse o que fez, podendo modificar sua ação futura.

Apontamos também para a importância e necessidade de reforçar o trabalho com a família, peça fundamental no cuidado em saúde mental. Esse cuidado precisa ser individualizado e centrado no sujeito, proporcionando a autonomia dessas famílias em produzir suas próprias estratégias de cuidado. Relações mais saudáveis no ambiente familiar podem aumentar a sensação de proteção dessa criança/adolescente, estabelecendo interações pautadas em princípios como respeito, diálogo, cuidado, favorecendo a criação de ambientes não violentos.

O olhar do profissional, tanto para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, quanto para as suas famílias, precisa ser integral, dinâmico, acolhedor, utilizando-se da escuta para identificar potencialidades para o cuidado. Dar voz aos sujeitos além de ser terapêutico, permitindo que eles relatem suas angustias e sofrimento, é o ponto pé inicial para que o profissional possa conduzir, junto dos sujeitos, o processo de construção de autonomia e, conseqüentemente, produção de saúde.

A família, antes excluída do cuidado ao doente mental, precisa conhecer e se envolver com o processo de cuidado no CAPSi, desmistificando o estigma da

loucura, passando a ser um ator importante no processo de inclusão social desses sujeitos. Cabe ao profissional buscar estratégias que aproximem a família dos serviços de saúde mental, rompendo com o preconceito e discriminação que muitos ainda vivenciam.

É fundamental a sua analogia com a situação biográfica do usuário, por meio da sensibilização e contextualização da vivência do outro, partindo desses conhecimentos para a mudança do mundo intersubjetivo vivido. A interação face a face aparece aqui como necessária nas relações intersubjetivas entre o profissional de saúde, criança/adolescente e seus familiares.

A família precisa ser vista como um ser social, que se constrói e modifica-se, a partir do encontro com outros, no tempo e espaço compartilhado, no mundo intersubjetivo, comum a todos.

É nessa interação que os sujeitos se voltam uns para os outros estabelecendo uma relação do Nós, compartilhando um presente vívido, ampliando suas zonas de relevância, se autotipificando. A cada situação face a face vivida pelo homem, seu acervo de conhecimento se redefine, ampliando o que se sabe sobre o fenômeno.

A reforma psiquiátrica, enquanto processo ainda em construção, precisa trazer para o centro de suas discussões a problemática da violência vivenciada por crianças, adolescentes e família em sofrimento psíquico, visto que é um problema de saúde pública que afeta não somente o desenvolvimento desses sujeitos, mas que causa sofrimento a sociedade como um todo.

É preciso um esforço coletivo, por parte dos sujeitos em sofrimento psíquico, das famílias, profissionais de saúde, governantes, sociedade civil organizada, através de movimentos sociais, para combater às situações de violência, visto que ainda existe muitas limitações relacionados ao funcionamento da rede, participação social, condições de trabalho, etc. Assim, é preciso que as redes de atenção estejam organizadas e presentes no território de crianças e adolescentes e famílias em situação de violência. A articulação da rede de atenção psicossocial com os serviços intra e intersetoriais, e a rede de apoio social é necessária para estratégias mais resolutivas, e que além do apoio técnico, possam estabelecer uma atuação integral e integrada em seus serviços.

Dessa forma, a ação dos profissionais deve ser guiada pelos interesses de planejar e agir sobre o mundo da vida no sentido de enfrentamento da violência,

transformando seus motivos porque, em novos motivos com-finalidade-de. Refletindo sobre nossa ação no mundo da vida, e atualizando constantemente nosso esquema de referência e zonas de relevância, por meio das experiências vivenciadas face a face no encontro intersubjetivo com os meus semelhantes, poderemos transformar a realidade, objetivando um mundo melhor, estabelecendo uma cultura de paz para os nossos contemporâneos e sucessores.

Dessa forma, pela complexidade que o problema expressa, este estudo traz um olhar, um recorte possível sobre o fenômeno, que envolve diferentes relações entre violência, sofrimento psíquico, família, escola, determinantes socioeconômicos, e a rede de atenção psicossocial, sem a pretensão de encerrar aqui a discussão, sendo a fenomenologia social um olhar possível para essa interpretação.

Recomenda-se que mais pesquisas nesta perspectiva sejam realizadas, devido à escassez de artigos publicados, e mais que isso, que essas pesquisas possam servir de base para ações da gestão, traduzindo efetivamente em ações nos serviços de saúde, contribuindo para o enfrentamento da violência.

REFERENCIAS

ABRANCHES, Cecy D.; ASSIS, Simone G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.5, pp. 843-854. ISSN 0102-311X

ACIOLI, Raquel Moura Lins et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2011, vol.11, n.1, pp. 21-28. ISSN 1519-3829.

ALMEIDA, M. G. B (Org). **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 28, n. 2, dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252010000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 11 jan. 2016.

AMARANTE, Aline L.; LEPRE, Alessandra S.; GOMES, João L. D.; PEREIRA, Audrey V.; DUTRA, Virgínia F. D. As Estratégias Dos Enfermeiros Para O Cuidado Em Saúde Mental No Programa Saúde Da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 20(1): 85-93, 2011.

ANDRADE, Elisa M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saude soc.** vol.20, n.1, pp. 147-155. ISSN 0104-1290. 2011.

APOSTÓLICO, M. R., NÓBREGA, C. R., GUEDES, R. N., FONSECA, R. M. G. S., EGRY, E. Y. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. mar.-abr. 2012 [acesso em: 28 Set. 2014];20(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08

ARAGÃO, Ailton de Souza et al . Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, p. 172-179, Feb. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700022&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara: 1973. p.279

AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S. O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. 3ª reimpressão. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

BELEI, Renata Aparecida; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; MATSUMOTO, Patrícia Helena Vivan Ribeiro. **O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa**. Cadernos de Educação. FAE/PPGE/UFPel. Pelotas/RS, 2009.

BENETTI, Silvia P. C. et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-USF**, vol.15, n.3, pp. 321-332. ISSN 1413-8271. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. 292p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 20 ago. 2015.

_____. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 28 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Normatiza os Caps I, Caps II, Caps III, Capsi II e Caps ad II. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres4.pdf>. Acesso em 28 Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano VII, n. 11. Brasília, out. 2012.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília. 2013a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088**, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 23 de maio de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 43, n. 1, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília (DF): 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília, 2014.

CARLOS, Diene Monique et al. O acolhimento institucional como proteção a adolescentes vítimas de violência doméstica: teoria ou prática?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 579-585, Apr. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200579&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200015>.

COELHO, E. B. S., SILVA, A. C. L. G., LINDNER, S. R. (Orgs) **Violência: definições e tipologias [recurso eletrônico]** /. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CRUZ, Vera; ALBUQUERQUE, Cristina P.. Maus-tratos em crianças e adolescentes com deficiência e/ou perturbações do desenvolvimento. **Rev. bras. educ. espec.** [online]. 2013, vol.19, n.1, pp. 9-24. ISSN 1413-6538.

DIMENSTEIN, Magda et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.

DURAND, Julia Garcia et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 355-364, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102011000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Jan. 2016. Epub Feb 11, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000004>.

FALEIROS, V. P., FALEIROS, E. S. **ESCOLA QUE PROTEGE**: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2ª ed. 2008.

FARAJ, Suane Pastorija; SIQUEIRA, Aline Cardoso. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.37, p.67-87, jul./dez. 2012. Acesso em: 14/ de jan 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2097>. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i37.2097>

FEITOSA, Helvécio N.; RICOU, Miguel; REGO, Sérgio; NUNES, Rui. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Rev. bioét** (Impr.) 2011; 19(1): 259 – 75. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/521/636>. Acesso em: 15 Jan 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta paul. enferm.** vol.25, n.6, pp. 895-901. ISSN 1982-0194, 2012.

FORMIGONI, M. C. **O que é uma criança para a psicanálise? – Considerações sobre a estrutura e o infantil**. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s321-s330, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>.

GABATZ, R. I. B., NEVES, E. T., BEUTER, M., PADOIN, S. M. M. O significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Esc Anna Nery RevEnferm** 2010.

GABATZ, R. I. B., PADOIN, S. M. M., NEVES, E. T., TERRA, M. G. Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) dez;31(4):670-7, 2010.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 665-670, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400006>.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, Série Pesquisa em Educação, 2005.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBHCS**, São Leopoldo, ano 1, n. 1, jul. 2009.

HILDEBRAND, Natália Amaral et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213-221, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000200213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528201>.

JESUS, M.C.P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **RevEscEnferm USP**, v. 47, n. 3, p. 736-41, 2013.

KING, K. M.; CHASSIN, L. Adolescentstressors, psychopathology, andyoungadultsubstance dependence: a prospectivestudy. **JournalofStudiesonAlcoholandDrugs**, 69(5), 629-638, 2008.

KIRSCHBAUM, D.I.R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em Saúde Mental: novos rumos? **Cadernos do IPUB** 2000. 6(19): 15-36.

KIRSCHBAUM, Debora Isane Ratner. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 368-373, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300014&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300014>.

KRUG, E. G, et al. (eds.) **World reportonviolenceandhealth**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, D. W. C.; SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N. A Escuta no Tratamento no Estresse Psicológico: Uma Revisão Integrativa. **RevenfermUFPEonline**. 2012 Sept;6(9):2273-80. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2632>

LIMA, Fernanda Da Silva; VERONESE, Josiane R. Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**: a necessária efetivação dos direitos fundamentais (Pensando o Direito no Século XXI; v. 5). – Florianópolis: Fundação Boiteux, 243p. 2012.

LIMA, Rossano C. Saúde Mental na Infância e Adolescência. In: Marco Aurelio Soares Jorge, Maria Cecília de Araujo Carvalho, Paulo Roberto Fagundes da Silva (Orgs). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014.

LOBATO, Geórgia R.; MORAES, Claudia L.; NASCIMENTO, Marilene C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.28, n.9, pp. 1749-1758. ISSN 0102-311X. 2012.

LOPES, Mariana D. C.; SILVA, Milena L.; DIAS, Hericka Z. J.; ARPIN, Dorian M. Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.56-69, jan./jun. 2012.

MACHADO, Tássia B.; BOTTOLI, Cristiane. Como os professores percebem a violência intrafamiliar. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1628/1555> Acesso em: 28 Set 2014.

MALAMUT, Bernardo Salles; MODENA, Celina Maria; PASSOS, Izabel C. Friche. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações normativas. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 53-62, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400008>.

MINAYO, M. C. S. (Org) et al. **Violência sob o olhar da Saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 513-531, nov. 1997.

MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 523-529, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300014>.

NUNES, Cristina Brandt; SARTI, Cynthia Andersen; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, vol.16, n.1, pp. 136-141. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100021>

OLIVEIRA, Marluce T.; SAMICO, Isabella; ISHIGAMI, Ana B. M.; NASCIMENTO, Renata M. M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.** vol.15, n.1, pp. 166-178. ISSN 1415-790X. 2012.

PATIAS, Naiana Dapieve; SIQUEIRA, Aline Cardoso and DIAS, Ana Cristina Garcia. Bater não educa ninguém! práticas educativas parentais coercitivas e suas repercussões no contexto escolar. **Educ. Pesqui.** [online]. 2012, vol.38, n.4, pp. 981-996. ISSN 1517-9702

PAULA, Cristiane C.; PADOIN, Stela M. M.; TERRA, Marlene G.; SOUZA, Ívis E. O.; CABRAL, Ivone E. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev Bras Enferm.** mai-jun;67(3):468-72. 2014.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Regional IV. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

REIS, Dener Carlos dos et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2013, vol.21, n.2, pp. 586-594. ISSN 0104-1169.

RIBEIRO, L. M., MEDEIROS, S. M., ALBUQUERQUE, J. S., FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **RevEscEnferm USP** 44(2):376-82, 2010.

ROCHA, Pedro C. X.; MORAES, Claudia L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. vol.16, n.7, pp. 3285-3296. ISSN 1413-8123. 2011.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>.

SALVADOR, P.T.C.O. et al. Motivos para o empoderamento da enfermagem: reflexões à luz de Alfred Schütz. **REME – Rev Min Enferm**, v. 17, n. 4, p. 1014-1019, out./dez. 2013.

SANCHEZ, R. N, MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 29-38.

SANTOS, J. V. T. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Soc. estado**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 281-298, 1996.

SAURET, Gerard Viader et al. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Bras. Saude Mater.**

Infant., Recife, v. 11, n. 3, p. 265-273, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300007>.

SCARCELLI, Ianni R.; ALENCAR, Sandra L. S. Saúde Mental E Saúde Coletiva: Intersetorialidade E Participação Em Debate. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1001/1114>. Acesso em: 12 Jan 2016.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos S. A Organização da Política de Saúde Mental. In: Marco Aurelio Soares Jorge, Maria Cecilia de Araujo Carvalho, Paulo Roberto Fagundes da Silva (Orgs). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a pratica profissional**. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Edição e organização Helmut T.R. Wagner; Tradução de Raquel Weiss. Rio de Janeiro: Vozes, 2012a.

_____. **Estudios sobre teoria social**. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012b.

_____; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2009.

_____. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2008.

SILVA, K. V. L. G., MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, 2011.

SILVEIRA, Lia C.; FEITOSA, Rúbia M. M.; PALÁCIO, Paula D. B. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 19-33, abr. 2014.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p.360-372, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.

TOLEDO, L. M. (Org.) **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013.

TRANSFERETTI, J. A., ZACHARIAS, R. (Orgs). **Ser e Cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética**. – Aparecida, SP: Editora Santuário. Centro Universitário São Camilo; Sociedade Brasileira de Teologia Moral, 2010

VASCONCELOS, EM (org) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo, Hucitec, 2010.

VICENTE, Jéssica Batistela; HIGARASHI, Ieda Harumi; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc. Anna Nery** [online]. 2015, vol.19, n.1, pp. 107-114. ISSN 1414-8145.

WASELFISZ J.J. **Mapa da Violência 2014: Os Jovens do Brasil**. Brasília: CEBELA-FLACSO, 2014. Disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva

WAKSMAN, R. D., HARADA, M. J. C. Violência contra a criança e o adolescente. In: _____, HIRSCHHEIMER, M. R. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**/ Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente – Brasília: CFM, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/ Acesso em: 13 Fev 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR

Profissional

1. Como você percebe a violência vivenciada pelas crianças e adolescentes do serviço que você trabalha?
2. Descreva quais as estratégias terapêuticas que você utiliza no serviço na assistência a essa clientela?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado como voluntário para participar da pesquisa: SIGNIFICADODAS PRÁTICAS VIOLENTAS VIVENCIADAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTILNA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OLHAR DA FENOMENOLOGIA SOCIAL, que tem como objetivo: compreender o significado das práticas violentas vivenciadas no centro de atenção psicossocial infantil na ótica dos profissionais de saúde bem como, suas estratégias terapêuticas com base no referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, participando do grupo focal e respondendo a uma entrevista, que poderá ser gravada, se você assim concordar, com o objetivo de que nenhuma informação seja perdida. Será garantido, que o material que conterà o seu depoimento ficará sob a responsabilidade da pesquisadora, ficando disponível por inteiro para quando você assim, desejar.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Os riscos são mínimos. Eles são na dimensão moral. São riscos inerentes à vida cotidiana. E propomos como forma para minimizar esses possíveis riscos: utilizar nomes fictícios para manter o seu anonimato, bem como, a garantia do sigilo de sua participação no estudo.

Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em privacidade, e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando a sua identidade.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, no momento que desejarem. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Contatos com a pesquisadora Ana Ruth Macêdo Monteiro pelo telefone (85)88276025 e endereço: Rua Joaquim de Figueiredo Filho,79- Cambéba-Fortaleza- Ceará

O Comitê de Ética da Fametro encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3206-6471 R. Conselheiro Estelita, 500 – Centro Fortaleza - CE, 60010-260 email: cep@fametro.com.br.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para, você, participante da pesquisa, e outro para o arquivo do pesquisador.

DECLARAÇÃO DO SUJEITO PARTICIPANTE

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Declaro que concordo em participar desse estudo.

_____ de _____ de _____ Fortaleza, _____.

Assinatura do(a) Participante: _____

Nome Legível:

Endereço:

RG.:

Fone:

Assinatura do(a) Pesquisador(a): _____