

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco, aprofundar o tema “A Prevenção da Saúde Mental de crianças e a atuação profissional do Serviço Social”.

Desse modo faremos uma reflexão sobre a trajetória da Saúde Mental abordando a história dos Centros de Atenção Psicossocial – Os CAPS, que em muitos municípios do Brasil já atendem de forma específica o público infanto-juvenil que na sua grande maioria, estão em acompanhamento com Psiquiatras e Psicólogos por não terem recebido devida atenção no seu seio familiar quanto sua saúde mental, cognitiva e física durante a gravidez e/ou infância.

O assunto em questão é bastante amplo no sentido de prevenirmos a Saúde Mental em crianças desde sua concepção e no decorrer de sua infância, pois ser desejado, esperado, ter uma família que se ama e se entende, nascer em um meio familiar onde haja harmonia, amor e compreensão são requisitos básicos para se ter uma boa Saúde Mental.

O problema da pesquisa investiga a seguinte questão. Existe um atendimento específico na área da criança e adolescente no Brasil?

A pesquisa tem como objetivo descrever como se dá o processo de atendimento a criança e adolescentes no Brasil e apontar o papel do assistente social no campo da saúde mental e discutir quais avanços ocorreram, sobretudo nos centros de atendimentos psicossocial.

Ensinar as crianças e aos adolescentes valores como paz, respeito, cooperação, responsabilidade, honestidade e tolerância já são um grande começo para termos num futuro não tão distante pessoas que entende a diferença de liberdade e libertinagem, a diferença do medo e do respeito, do amor e obsessão.

Sabemos que “o apelo por valores está atualmente ecoando em cada país, à medida que educadores, pais e até mesmo crianças estão cada vez mais preocupados e afetados por violência, problemas sociais crescentes e falta de coesão social” (TILMANN, Diane e HSU, Diana – 2002).

A Promulgação da Constituição Federal de (1988), e da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, de (1993), e conseqüentemente a formulação da Política Nacional de Assistência Social (2004), – PNAS/2004 e a construção e regulação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e da sua Norma Operacional Básica -

NOB/SUAS, a assistência social passa a compor o tripé da seguridade social juntamente com a política de Saúde e Previdência Social sendo hoje uma política capaz de legitimar com caráter de proteção social a todos que dela necessitarem.

O profissional assistente social está previsto na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social –NOB –RH/ SUAS como membro da equipe mínima nos serviços socioassistenciais. (Brasília, 2011, p.19).

A profissão de assistente social e suas atribuições e competências realizadas em cada espaço sócio-ocupacionais são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética profissional e na Lei de Regulamentação da profissão onde o/a profissional pauta sua atuação profissional.

Segundo Yamamoto (1988), “este profissional deve ser ciente, crítico e propositivo, culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo”.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a Resolução nº218, de 06 de março de 1997, reconhece a categoria de assistente social como profissionais de saúde, além da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº383 de 29 de março de 1999, que caracteriza o /a assistente social como profissional de saúde.

O/A assistente social é o profissional que tem como objetivo principal a defesa intransigente dos direitos humanos, são características predominantes do profissional do serviço social lutar constantemente para construir uma sociedade justa e igualitária livre de todas as formas de preconceito e discriminação e a recusa do autoritarismo e do arbítrio, uma luta pautada no compromisso ético político materializado através do Código de Ética.

## **CAPÍTULO I – O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA SAÚDE MENTAL.**

### **1.1. SAÚDE MENTAL E SUA TRAJETÓRIA**

Este capítulo tratará sobre a trajetória histórica da Saúde Mental, suas lutas e conquistas em prol dos indivíduos que sofrem com transtornos mentais.

Saúde Mental nos remete a lembranças de “loucos”, manicômios, exclusão da sociedade, vergonha, humilhação, mas não para as pessoas que sofriam algum tipo de transtorno mental, e sim para as famílias, importantes, da alta sociedade, empresários renomados e até mesmo a família real, que no Brasil em meados de 1500 D.C., teve no bojo de seu seio familiar uma mulher que sofria de algum tipo de transtorno psíquico.

Desta forma podemos verificar que não se trata de uma doença que recai apenas sobre os menos favorecidos ou vulneráveis socialmente.

A Saúde Mental deve ser entendida e prevenida em toda e qualquer classe social, independente de gênero, etnia, dando ênfase na fase da infância, onde o caráter e a personalidade do Ser em questão estão sendo formada e assim permanecerá de acordo com os exemplos e as experiências que tivermos.

Vários estudos nos mostram que fazer um recorte do indivíduo, também não ajuda no entendimento desses sofrimentos psíquicos, ou seja, assim como no estudo de caso, não podemos excluir o contexto e o meio social em que os indivíduos habitam.

Neste trabalho de conclusão de curso trataremos da Saúde Mental com foco na sua prevenção na infância, onde o indivíduo tem seus primeiros contatos e experiência com outros indivíduos iguais a si, e assim apreendera a comunicar-se e interagir com os mesmos, e assim conforme for sua forma de vida e interação apresentara uma boa ou má condição de sua Saúde Mental.

Na Lei 8.080, no Art.7º item II (Brasil, 1990) nos princípios da política de saúde, fica explícita as ações do Sistema Único de Saúde - SUS.

[...]integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis do sistema.

Há outro desafio para a saúde e para a assistência social que consiste em contribuir para tornar o sistema de proteção social um conjunto de medidas efetivas garantindo os direitos sociais previstos sob o tripé da Seguridade social.

É imprescindível à integração de ações, sendo necessária a articulação com as demais políticas públicas através da interserorialidade.

Necessário no cotidiano das profissões superar as rotinas burocráticas, o olhar atento para as oportunidades de diálogo com as demais políticas setoriais buscando a complementariedade entre estas e articulando a clara intenção de atender o/a usuária de forma integral. (Bravo, 2002).

A Universalidade no acesso aos programas e projetos sociais, abertos a todos os cidadãos, só é possível no âmbito do Estado, ainda que não dependam apenas do Estado. (Iamamoto 2009, p.190).

O/As assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo à população seus direitos sociais e os meios de ter acesso aos mesmos. Historicamente, o/as dedicaram-se à implementação de políticas públicas, localizadas na linha de frente das relações entre população e instituição ou, nos termos de Netto (1992), “executores terminais de políticas sociais”.

## 1.2. SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social por sua vez, sendo uma profissão inserida no campo sócio técnico do trabalho e tendo como um dos seus objetivos amenizar as expressões da Questão Social<sup>1</sup>, advindas do confronto eterno entre a burguesia e o proletariado<sup>2</sup>, tende a garantir que isso, a exclusão, não aconteça, ou pelo menos não totalmente.

Esse trabalho considera como um marco a discussão sobre Saúde Mental e Saúde, uma vez que essa profissão foi inserida na luta e no movimento pela

---

<sup>1</sup> São problemas sociais enfrentados pela classe trabalhadora, reflexos do modo de produção atual, expressados pela falta das necessidades humanas básicas como alimentação, emprego, saúde, moradia, educação entre outros.

<sup>2</sup> População trabalhadora inserida no modo de produção capitalista, estes possuem apenas sua força de trabalho.

desinstitucionalização dos indivíduos vítimas de agressão e outras violência que sofrem de algum transtorno mental, o qual não entraremos em detalhes.

Em 1978, ainda sob o comando do regime militar inicia-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que aborda com questionamentos as políticas de assistência psiquiátrica atuantes nesse momento.

A Reforma Psiquiátrica vem com o propósito de desinstitucionalização no campo da Saúde Mental em vários países, e segundo Vasconcelos:

“contextos históricos de guerra; conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano; processos de transição demográfica, com aumento da população, desestruturação e transformação das estruturas familiares convencionais; conjunturas políticas de democratização; o desenvolvimento de sistemas maciços de bem-estar social e/ou contextos de afirmação dos direitos sociais; paradoxalmente, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral induzem a processos de desospitalização; mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no psi; o desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas e estratégias de aggiornamento (modernização) e/ou humanização por parte de setores da corporação médica para responder às críticas à psiquiatria convencional”(VASCONCELOS 2000, Pág. 20 a 22).

Estes, fazendo parte de todo um processo que estimulou o processo de desinstitucionalização no Brasil.

Conforme Vasconcelos expõe em seu livro, Saúde Mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade existem cinco períodos que marcaram os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil:

O primeiro momento foi o movimento que a sociedade civil fez contra o Asilamento Genocida<sup>3</sup> e a Mercantilização da Loucura, onde houve grande movimento contra a corrupção administrativa que ocorria nas instituições e a forte violência institucional; Pré-formato de ações integradas da saúde. Este primeiro momento foi marcado por:

---

<sup>3</sup> Abrigamento em massa de pacientes com transtorno mental.

- Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados;
- Denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS<sup>4</sup>;
- Denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalhos nos hospitais psiquiátricos e reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental.

No segundo período aconteceu a expansão do Modelo Sanitarista, tendo como objetivos:

- A redução de leitos em hospitais psiquiátricos especializados onde possível e /ou necessário;
- Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- O controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH<sup>5</sup> nos serviços de emergência do setor público;
- Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostos basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos e também tinha como objetivo a humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

No terceiro período ocorreu o fechamento do temporário das mudanças advindas do estado; Emergência da Luta Antimanicomial e mudanças nas estratégias políticas quanto ao modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: identificando nesse período alguns processos como:

---

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

<sup>5</sup> Autorização de Internação Hospitalar.

- O fechamento temporário do espaço político para interesses democrático – populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses;
- Consolidação da Constituição Federativa do Brasil - CF/1988 e aprovação da LOS – Lei Orgânica Da Saúde, que apontam para a construção do SUS – sistema único de saúde;
- MTSM desenvolve uma crítica à burocratização do conjunto do próprio movimento, no sentido de que no período anterior tendeu a se restringir às lutas a partir de dentro do aparelho do estado;
- Essa mesma ala percebe as limitações dos objetivos táticos de luta e transformação do sistema de saúde mental centrados no modelo sanitarista;
- Assistem-se às primeiras iniciativas oficiais a partir da nova estratégia do movimento;
- O lançamento em 1989 do projeto de Lei Paulo Delgado<sup>6</sup>, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial;
- A Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica;
- E o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferência que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992; ainda nesse período, implementam-se as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo.

Como diz Vasconcelos, durante esse período:

“O melhor e principal exemplo foi o processo iniciado em 1989 em Santos, no estado de São Paulo, em um governo municipal assumido pelo Partido dos trabalhadores, e que constituiu o principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial, inspirados na experiência de Trieste, Itália, um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia,

---

<sup>6</sup> Lei em anexo I.

sete dias por semana, e capaz de atender praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais.

O processo na capital de São Paulo também foi importante como experiência inicial dos Centros de Convivência e principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial (Goldberg, 1994), serviços abertos oito horas por dia, cinco dias por semana, que também serão mais tarde difundidos no resto do país.” (VASCONCELOS, 2000)

O penúltimo período foi marcado pelo avanço e consolidação da perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e a implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial que proporcionaram ao Brasil, ficar entre os principais centros de reforma da assistência psiquiátrica.

As principais mudanças que marcaram esse período foram:

- A reocupação do espaço político pelo movimento de reforma em torno da Coordenação de Saúde Mental em nível do Ministério da Saúde, que passa a tomar as principais iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica, dando ênfase na II Conferência Nacional de Saúde Mental e o lançamento das portarias ministeriais que estabelecem a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental, financiamento este que antes era restrito apenas aos hospitais psiquiátricos convencionais;
- Houve também um processo de “desospitalização saneadora”, pelo qual tivemos se reduz significativamente o número de leitos em hospitais privados e públicos, sem as mínimas condições de hotelaria e assistência;

No último período, dentre os cinco que marcaram os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil estabelecem-se:

- Limites à Expansão da Reforma no Plano Federal tendo em vista as Políticas Neoliberais do Governo FHC;

- Aumento do Desemprego, Miséria e Violência Social;
- Consolidação e Difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no Plano Municipal.
- Estabelece no plano federal um bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas (tais como o Programa de Apoio à Desospitalização - PAD) e um esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde;
- Nas metrópoles, o quadro econômico e social sofre com aumento significativo do desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, o que gerou aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química, etc., aumentando gradativamente a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde mental.

“Nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua; o sucesso e a difusão crescentes do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, implementando equipes básicas de saúde trabalhando diretamente nas comunidades e nas casas da população, recolocam na ordem do dia a questão dos cuidados em saúde mentais comunitárias possíveis de serem desenvolvidos nesse nível de atenção por nossas equipes” (VASCONCELOS, 2000).

O SUS preconiza formas de promover o bem-estar físico, mental e social no âmbito individual e coletivo definindo estratégias de promoção do crescimento e desenvolvimento sadio, respeitando a saúde sexual e reprodutiva e prevenindo uso de álcool e drogas.

E ainda diz:

“A noção de saúde adotada no SUS entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações estritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, [...]

entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

“O processo de saúde-adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvido na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravo. A promoção da saúde exige, portanto, estratégias que favoreçam a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras para a defesa e a garantia da vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A reabilitação e a reinserção dos indivíduos que sofrem de algum tipo de transtorno mental não tem um apolítica direcionada para tal dentro da saúde no Brasil. Segundo as Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil, editado em 2014:

“A maior demanda observada hoje, e sem assistência adequada, é por atendimento secundário efetivo aos transtornos mentais de alta prevalência, os quais, em geral, têm bom potencial de resposta terapêutica. São eles os episódios psicóticos, as depressões, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos ansiosos, somatoformes<sup>7</sup> e alimentares, e o abuso e a dependência de álcool e outras substância.”

Por isso hoje de acordo com a Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 e pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.057/2013 temos os seguintes princípios éticos, filosóficos e científicos:

- 1º. Promoção dos direitos humanos dos indivíduos com transtorno mental e seus familiares;
- 2º. Ética, que é o respeito para com a conceitualização da psiquiatria e do transtorno mental;

---

<sup>7</sup> Busca incessante por uma definição de causas e consequência dos transtornos mentais.

- 3º. Ética da responsabilidade do psiquiatra com relação ao direito, tratamento e sigilo sobre o paciente que é doente mental;
- 4º. Ética, que deve sempre educar para a diminuição do estigma em relação ao doente mental e suas repercussões;
- 5º. Garantia do direito do doente mental e seus familiares à saúde integral, com acesso às melhores terapêuticas disponíveis fundamentais em evidências científicas;
- 6º. Promoção da participação dos usuários do serviço e seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicável, assim como estimulação da supervisão e avaliação constantes;
- 7º. Defesa da adequada destinação de recursos financeiros para qualificar a assistência;
- 8º. Influência sobre políticas e elaboração de leis.

Portanto a integração entre os serviços de saúde é fundamental para que se tenha assistência integral em saúde mental.

Como perceberemos em outro item deste trabalho mostraremos como é o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial, onde se considera toda uma equipe multiprofissional para que se efetive o tratamento do doente mental.

Desse modo os serviços que devem ser ofertados pela rede de atenção à saúde mental compõe-se de três níveis: Nível Primário (promoção e prevenção), Nível Secundário (atendimentos ambulatoriais nos CAPS, Ambulatórios de Psiquiatria e Ambulatórios Médicos Especializados em Psiquiatria) e Nível Terciário (Internações).

E como bem sabemos, em outros tempos, não distantes, o Nível Terciário, ou seja, a última opção de tratamento atual, era tido como a única e melhor forma de tratar o doente mental, que hoje é usuário do serviço e não paciente, no sentido literal da palavra.

### 1.3. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

A discussão sobre saúde mental e serviço social surge a partir da necessidade de que a ação do assistente social seja contínua e progressivamente

reflexiva, sobretudo por aqueles que diariamente se interrogam sobre as opções e rumos da ação profissional como resultante de um processo que confrontam autonomia técnica e condições de trabalho.

Podemos entender o indivíduo, vítima de sofrimento mental, excluído da sociedade em três dimensões distintas, sendo elas: dimensão política, dimensão cultural e dimensão humana.

Na dimensão política, o indivíduo sofre a vulnerabilidade devido à precariedade que possui no acesso a bens e serviços, no exercício pleno de seus direitos e na incapacidade que pode apresentar ao se expor e interagir em seu meio social.

Na dimensão cultural, o indivíduo é excluído pela discriminação e pelo não reconhecimento das suas particularidades e peculiaridades, dos seus costumes, sendo tratado com indiferença pelos outros.

Na última e talvez a qual necessita de mais cuidado e de um olhar mais crítico e com sensibilidade é a dimensão humana, onde os indivíduos são impossibilitados de viver e exercer suas potencialidades na sua condição humana, sendo nessa dimensão que os seres humanos se reencontram como realmente pessoas humanas dignas de direitos, dignas de respeito, verdadeiros cidadãos, que vivem a busca pela sua sobrevivência.

Diante do modo de produção atual, ou seja, o capitalismo, cada vez mais selvagem e exigente, fica cada vez mais difícil a sobrevivência nesse sistema, e o que acaba acontecendo é que além do sistema, indivíduos em condição de vida e saúde mais vulneráveis, serem esquecidos e corrompidos por outros semelhantes, que se encontram em melhor posição na cadeia selvagem da sobrevivência, os deixando de lado, sem responsabilizar ninguém, tratando-os como nada.

A categoria profissional do Assistente Social é norteada por onze princípios fundamentais dentre os quais encontramos:

- **Defesa intransigente** dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure **universalidade** de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

- Empenho na **eliminação** de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do **pluralismo**, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um **projeto profissional** vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, **sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero**;
- **Articulação** com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores.

Com isso não podemos nos abster de lutar na defesa e na garantia dos direitos humanos e sociais que se apresentam cada dia mais enfraquecidos ganância, pela vaidade e pela vontade de correr, uma pressa que as pessoas tem de ter mais, consumir mais, ganhar mais dinheiro, sem ao menos se perguntar de que vale tanto, enquanto muitos tem pouco ou nada.

No que diz respeito à saúde e mais especificamente a saúde mental, Lima nos diz que:

“A intervenção profissional do assistente social, no campo da saúde mental, deu-se inicialmente em 1905, nos Estados Unidos, porém só se consolida como especialidade no ano de 1918. Os primeiros assistentes sociais da área tiveram como referência o trabalho pioneiro de Mary Richmond, divulgado no livro ‘Diagnóstico Social’, publicado em 1917. No entanto, o aparecimento do Serviço Social psiquiátrico na Europa e nos Estados Unidos também teve forte influência do Movimento de Higiene Mental (MHM), que surgiu na França, entre 1910 a 1920 (LIMA, 2004)”. (PEREIRA, GUIMARÃES).

Como nos tempos do Welfare State<sup>8</sup> e, onde seus dois objetivos segundo Adam Smith<sup>9</sup>, era a garantia do funcionamento do mercado e a defesa dos direitos

---

<sup>8</sup> Welfare State foi o Estado de Bem Estar Social que garantia os mínimos sociais necessário para a sobrevivência da população Européia.

básicos da população, tais como alimentação, educação e saúde, ou seja, oportunizar boas condições de vida para todos e cada um dos cidadãos, e seus elementos principais era a garantia sim de padrões mínimos, incluindo renda mínima; a proteção social e a prestação de serviços com elevado nível de qualidade.

No Brasil a tentativa foi de dar um remédio que curasse a “ferida paupérrima” do Brasil e o que houve foi uma fracassada tentativa da garantia dos direitos sociais, pois não se queria um Estado de Bem Estar para a população, mas sim cuidar paliativamente da pobreza crescente que aqui estava sendo gerada e com isso gerar novas riquezas.

No campo da saúde, entendemos que o profissional de Serviço Social atua na defesa e garantia desse direito, a saúde, especificamente, a saúde mental, uma questão pela qual, muitos sujeitos acabam sendo excluídos e privados de direitos sociais e humanos, talvez pela vergonha da família, ou pelo constrangimento de não sabermos como agir com tal indivíduo, o que não justifica a atitude de julgá-lo ou exilá-lo.

A inserção desses indivíduos no meio social deve ter como propósito fazê-lo interagir como o meio em que vive, com outros indivíduos, dentre os quais nós como profissionais atuantes seja no campo da assistência social ou saúde também precisamos reconhecê-lo como sujeito de direito, eliminando toda a forma de preconceito, para que possamos empoderá-lo.

A história da saúde mental nos faz lembrar, como já dito na introdução, das famílias que tem vergonha ou sentem-se incapazes de lidar com o diferente, como o louco, com o que vai a desencontro com o que estamos acostumados a ver, pensar, falar, pois este é o nosso mundo, ou pelo menos o mundo que conhecemos e acreditamos ser único.

“A maior demanda observada hoje, e sem assistência adequada, é por atendimento secundário efetivo aos transtornos mentais de alta prevalência, os quais, em geral, têm bom potencial de resposta terapêutica. São eles os episódios psicóticos, as depressões, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos ansiosos, somatoformes e alimentares, e o abuso e a dependência de álcool e outras substância.”

---

<sup>9</sup> Adam Smith era economista que defendia a ideia de que na sociedade capitalista existia a Mão Invisível, que controlava tudo.

Sendo assim, maior atenção deve ser dada às crianças vítimas de violência, seja física ou psicológica, negligências as quais essas crianças e adolescentes estejam sendo submetidos, verbalizações de palavras de baixo calão e agressivas, atos obscenos, bullying e toda sua forma de preconceito, etc.

Diante disso, entendemos que é grande valia que todos os serviços da rede de atenção básica, média e alta complexidade, consigam compreender uma linguagem comum e única sobre o que caracteriza a agressão, o abuso e negligência seja ela qual for por isso trago para este trabalho a descrição desses atos contra a criança e adolescentes para nós enquanto profissionais, sejamos atuantes na saúde, na assistência ou na educação.

#### 1.4. TIPOS DE VIOLÊNCIA

Neste capítulo trataremos dos vários tipos de violência, o que sabemos com bastante profundidade, que pode acarretar uma carga imensa no psique<sup>10</sup>, causando transtorno mental e emocional no indivíduo que é vítima das agressões, e ainda podendo trazer consequências irreversíveis, afetando sua vida pessoal, social e profissional.

Devemos então, nós como profissionais, apropriarmo-nos desse conhecimento para construirmos esta linguagem comum, que segundo o Caderno de Orientações para a Prática em Serviço (2002) do Ministério da Saúde, 2011 define que:

<b>Violência física</b>	Ocorre quando uma pessoa, que está em, relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo, não severo, também se considera violência física. Esta violência pode ser manifestada de várias formas: tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamento; lesões por armas ou objetos; obrigar a
-------------------------	--

<sup>10</sup> Termo usado por psicólogos para se referenciar a Mente ou ao Ego.

	tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos; tirar de casa a força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).
<b>Violência sexual</b>	<p>É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação.</p> <p>A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Inclui entre outras: carícias não desejadas; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada; exposição obrigatória à material pornográfico; exibicionismo e masturbação forçados; uso de linguagem erotizada, em situação inadequada; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal. [...]</p>
<b>Estupro</b>	O estupro é todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos e cometidos à força ou sob ameaça, submetendo a vítima ao uso de drogas ou ainda quando esta for incapaz de ter julgamento adequado. A definição do Código Penal, de 1940, delimita os casos de estupro à penetração vaginal, e mediante violência. [...]
<b>Abuso sexual na infância ou na adolescência</b>	Define-se como a participação de uma criança ou de um, adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicosssexual. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo.
<b>Abuso incestuoso</b>	Consiste no abuso sexual envolvendo pais ou parente próximo, os quais se encontram em uma posição de maior poder em relação à vítima. Costuma ser mantido em sigilo pela família pelo alto grau de reprovação social, embora ocorra entre diferentes grupos socioeconômico, raciais e religiosos. Considerando entre os tabus primordiais de nossa sociedade, recaí sobre a vítima uma forte carga de culpabilização.

Nos casos de abuso incestuoso como nos casos de assédio sexual a autoridade de um adulto seja o pai ou outro parente causa tamanho medo ou até mesmo respeito que dificulta para a vítima questionar ou denunciar a violência que

está sofrendo. Seria o caso do paternalismo, onde não se questiona o que o “homem da casa” ordena.

Outros tipos de violência são:

<b>Sexo forçado no casamento</b>	É a imposição de manter relações sexuais no casamento. Devido a normas e costumes predominantes, a mulher é constrangida a manter relações sexuais como parte de suas obrigações de esposa. A vergonha e o medo de ter sua intimidade devassada, a crença de que é seu dever de esposa satisfazer o parceiro, além de não ser compreendida, reforçam esta situação.
<b>Assédio sexual</b>	O assédio sexual pode ser definido por atitudes de conotação sexual em que haja constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um(a) superior na hierarquia, reduzindo a capacidade de resistência do outro. Apesar do assédio sexual ser um problema cujo reconhecimento e visibilidade tem se acentuado nas relações profissionais com o crescimento da inserção da mulher no mercado de trabalho, há séculos também existe no interior das famílias e outras instâncias da organização social. O assédio sexual se caracteriza principalmente pela dissimulação do assediador e pelos efeitos provocados à vítima. As situações descritas abaixo são características do assédio: clara condição para dar ou manter um emprego, posição socioeconômica ou posição diferenciada complicações nas relações familiares; influência na carreira profissional; prejuízo no desempenho profissional e/ou educacional; modo de ação do assediador geralmente inclui: portas fechadas, sussurros, olhares maliciosos, comentários insistentes e não diretos, ameaças veladas.

Podemos dizer que a dependência financeira, a vergonha e o medo de ser questionado quanto a veracidade da denúncia, e de não ter crédito a sua palavra contra a do agressor e das consequências sejam elas sociais, profissionais ou pessoais, são obstáculos que impedem a vítima de fazer a denúncia e romper com o ciclo da violência.

Para concluir com os tipos de violência citamos ainda:

<b>Violência psicológica</b>	É toda a ação ou omissão que causa ou visa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização;
------------------------------	---

	rechaço; manipulação afetiva; exploração; negligência <sup>11</sup> ; ameaças; privação arbitrária da liberdade <sup>12</sup> ; confinamento doméstico críticas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negar atenção e supervisão.
--	---

---

<sup>11</sup> Negligência: atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros. (Ministério da Saúde, 2001)

<sup>12</sup> Privação arbitrária da liberdade consiste no impedimento de trabalhar, estudar, brincar, sair de casa, cuidar de si, entre outros.

## CAPÍTULO II – ECA E SAÚDE MENTAL

### 2.1. CRIANÇA COMO PRIORIDADE ABSOLUTA NA SAÚDE.

Remonta à antiguidade a falta de cuidados às crianças e adolescentes. Dos egípcios e mesopotâmios, passando pelos romanos e gregos, até os povos medievais e europeus, crianças e os adolescentes não eram considerados como merecedores de proteção especial. Segundo Day *et al.*, (*apud* Barros, 2005):

“No Oriente Antigo, o Código de Hamurábi (1728/1686 a.C.) previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos (art. 193). Caso um filho batesse no pai, sua mão era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com a filha, a pena aplicada ao pai limitava-se a sua expulsão da cidade (art. 154)”.

Percebe-se que exemplos históricos da desproteção jurídica à criança são encontrados desde tempos remotos. Como também no Direito Romano, que segundo Azambuja (2004):

“Em Roma (449 a. C), a Lei das XII Tábuas permitia ao pai matar o filho que nascesse disforme mediante o julgamento de cinco vizinhos (Tábua Quarta, nº 1), sendo que o pai tinha sobre os filhos nascidos de casamento legítimo o direito de vida e de morte e o poder de vendê-los (Tábua Quarta, nº 2). Em Roma e na Grécia Antiga a mulher e os filhos não possuíam qualquer direito. O pai, o Chefe da família, podia castigá-los, condená-los e até excluí-los da família (p. 181)”.

Conforme Tavares (2001), em Esparta, frente à necessidade de obter guerreiros, as crianças eram selecionadas desde cedo pelo porte físico, sendo

objeto de Direito Estatal, servindo aos interesses da política na formação de seu exército. Era coerente o sacrifício infantil, caso este fosse portador de má formação ou nascesse doente.

Na Grécia Antiga, Vannuchi (2010) e Oliveira (2003) afirmam que era costume que as crianças que nascessem com alguma deformidade fossem sacrificadas. Herodes, rei da Judéia mandou executar todas as crianças menores de dois anos, na tentativa de atingir Jesus Cristo, conhecido como o rei dos Judeus. Nesse período, o paganismo reinava e a criança era vítima das mais diversas e cruéis agressões.

Tavares (2001, p. 46) relata que: “entre quase todos os povos antigos, tanto do ocidente como do oriente, os filhos durante a menoridade, não eram considerados sujeitos de direito, porém servos da autoridade paterna”. Já na Idade Média, conforme Alberton (2005, p.), a partir do momento que uma criança tivesse condições de sobreviver sozinha, ela passava a ser integrada ao mundo adulto.

Os primeiros indícios de reconhecimento da infância ocorreram no final do século XVI e, sobretudo no século XVII, mas de forma inadequada. A criança pequena era tratada como o centro de todas as atenções e tudo lhe era permitido. Contudo, já por volta dos sete anos de idade, ela passava a ser cobrada, com as responsabilidades e deveres de uma pessoa adulta (ALBERTON, 2005).

Ainda no século XVII surgiram os castigos, a punição física, os espancamentos, com o pretexto de que precisavam ser afastadas de más influências. Nesse sentido, “entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade.” (DAY et al., 2003, apud BARROS, 2005, p. 71).

Segundo Brugner (1996 apud BITENCOURT, 2009, p. 37), “o sentimento pela infância nasce na Europa com as grandes Ordens Religiosas que pregavam a educação separada preparando a criança para a vida adulta.” Assim, foi a partir do século XVIII, que surgiu uma evolução sobre o entendimento do significado da infância. Somente no século XIX, a criança passou a ser considerada como indivíduo de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. Assim, a

criança passa a ser, indivíduo central dentro da família que, por sua vez, passa a consistir lugar de afetividade<sup>13</sup>.

Nessa época, surge à primeira concepção de criança como pessoa, o avanço foi tênue, ainda havia resquício da criança enquanto objeto,

“Até o final do século XIX [...], a criança foi vista como um instrumento de poder e de domínio exclusivo da Igreja. Somente no início do século XX, a medicina, a psiquiatria, o direito e a pedagogia contribuem para a formação de uma nova mentalidade de atendimento à criança, abrindo espaços para uma concepção de reeducação, baseada não somente nas concepções religiosas, mas também científicas.” (DAY et al., 2003 apud BARROS, 2005, p. 71).

No Brasil Colonial, os direitos infanto-juvenis não eram assegurados, uma vez que:

“As primeiras crianças chegadas ao Brasil (mesmo antes de seu descobrimento oficial) vieram na condição de órfãs do Rei, como grumetes ou pajens, com a incumbência de casar com os súditos da Coroa. Nas embarcações, além de “obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos”, eram deixadas de lado em caso de naufrágio.”(*ibidem*).

Alberton (2005) acrescenta que as condições dentro dessas embarcações eram trágicas. Além das crianças serem abusadas sexualmente com a desculpa de que não havia mulheres a bordo, existia ainda a situação das órfãs que viajavam trancafiadas, a fim de que não fossem violentadas.

Em meados do século XVI, em 1549, chegou ao Brasil, segundo a autora acima citada, a Companhia de Jesus que era formada por um grupo de religiosos, cuja tarefa consistia na evangelização dos habitantes, além de se apresentarem

---

<sup>13</sup>BARROS, Nívia Valença. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social. Rio de Janeiro, 2005. 248f. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

como defensores da moral e dos bons costumes. Day et al. (2003) afirmam que os religiosos até o início do século XX, todo o amparo à infância brasileira, foi exercido pela Igreja Católica.

Na Idade Contemporânea, houve um avanço na consolidação das políticas e práticas de proteção social para criança e o adolescente. Assim, tanto no Brasil como no contexto internacional, há um salto na promoção dos direitos infanto-juvenis. Segundo os autores Tavares (2001); Bitencourt (2009, p.37-38); Tomás (2009), houveram progressos:

1919	Manifestação sobre os direitos da criança, em Londres, "Save the Children Fund": A Sociedade das Nações cria o Comitê de Proteção da Infância, os Estados não são os únicos soberanos em matéria dos direitos da criança - (Londres);
1920	União Internacional de Auxílio à Criança - (Genebra);
1923	Eglantyne Jebb (1876-1928), fundadora da Save the Children, formula junto com a União Internacional de Auxílio à Criança a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, conhecida por Declaração de Genebra;
1924	A Sociedade das Nações adota a Declaração dos Direitos da Criança de Genebra, que determinava sobre a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial. Pela primeira vez, uma entidade internacional tomou posição definida ao recomendar aos Estados filiados cuidados legislativos próprios, destinados a beneficiar especialmente a população infanto-juvenil.
1927	Ocorre o IV Congresso Pan-americano da criança, onde dez países (Argentina, Bolívia, Brasil, Cuba, Chile, Equador, Estados Unidos, Peru, Uruguai e Venezuela) subscrevem a ata de fundação do Instituto Interamericano da Criança (IIN - Instituto Interamericano Del Niño) que atualmente encontra-se vinculado à Organização dos Estados Americanos (OEA), e estendido à adolescência, cujo organismo destina-se a promoção do bem-estar da infância e da maternidade na região.

Conforme apontado por Bastos (2012), as primeiras manifestações na defesa dos direitos da Criança e do Adolescente aconteceram em 1919, quando criou-se um Comitê de Proteção da Infância, reconhecendo internacionalmente os Direitos desse segmento e mais tarde tivemos a primeira Declaração dos Direitos Infanto

juvenis, recomendando aos Estados terem legislações próprias na defesa desses direitos.

Após o término da Segunda Guerra Mundial, cria-se pela ONU o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.

Assim, Artigo 19 - Direitos da Criança: Toda criança terá direito às medidas de proteção que a sua condição de menor requer, por parte da sua família, da sociedade e do Estado. Conforme a Declaração de Genebra houve a recomendação de que as crianças deveriam ter direito de proteção especial.

Em 1978 passa a vigorar o Pacto de São José da Costa Rica, que somente havia sido adotada no âmbito da Organização dos Estados Americanos. Tudo isso visando atenção do mundo sobre as questões relativas à infância.

Em 1985, regras mínimas para as Nações Unidas administrarem o Direito da Infância e da Juventude. Nesta época percebe-se uma maior movimentação no âmbito do Direito Infanto Juvenil que começava a se consolidar mundialmente.

A partir dessas ações, entre os anos de 1989 a 1996, nota-se efetivamente a institucionalização das garantias da criança e do adolescente, segundo a visão de Tavares (2001); Bittencourt (2009, p. 37-38); Tomás (2009):

1989	A Convenção Internacional relativa aos Direitos da Criança - CDC é adotada pela Assembleia Geral da ONU e aberta à subscrição e ratificação pelos Estados. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança foi o marco internacional na concepção de proteção social à infância e adolescência e que deu as bases para a Doutrina da proteção integral, que fundamentou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA Lei nº 8.069, de 13.07.1990).
1990	É celebrada a Cúpula Mundial de Presidentes em favor da infância, onde se aprova o Plano de Ação para o decênio 1990-2000, o qual serve de marco de referência para os Planos Nacionais de Ação para cada Estado parte da Convenção.
1992	É instituído no Brasil o Decreto nº 678, de seis de novembro de 1992, que promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969.
	São instituídas as Regras Mínimas das Nações Unidas para a proteção dos Jovens Privados de Liberdade e o Tratado da União Européia, sobre

1996	a exploração sexual de crianças.
------	----------------------------------

O primeiro grande marco relativo à proteção social da criança e do adolescente foi na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, documento que ditou as bases para o estabelecimento da doutrina da proteção integral. No ano seguinte, em 1990, ficou estabelecido pela Cúpula Mundial de Presidentes o plano de ação de 10 anos em favor da infância. Foi nesse ano que também foi instituído no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio da Lei nº 8.069/1990.

No ano seguinte, o Brasil veio a adotar oficialmente o Pacto de São Juan da Costa Rica, e em 1996, foram instituídas as Regras Mínimas das Nações Unidas, visando à proteção dos Jovens Privados de Liberdade. Com isso, ficou constituído que as regras deveriam ser impostas de forma imparcial, sem qualquer tipo de distinção.

As questões relativas à proteção e à garantia dos direitos infanto juvenis é assunto de discussões há muito tempo. Percebe-se que até a consolidação dos direitos fundamentais, as crianças e os adolescentes passaram por diversos sacrifícios, pagando inclusive com suas vidas. Em síntese, eles eram criados para servir ao poder soberano do Estado.

A respeito da evolução jurídica do direito infanto juvenil no Brasil, apesar da Constituição de 1824 não fazer referência à criança e ao adolescente, é preciso salientar que “a doutrina penal do menor surgiu primeiro no Código Criminal de 1830, mantendo-se no Código Penal de 1890, ambos na vigência da Constituição Federal de 1824.” (BITENCOURT, 2009, p. 38).

Observa-se que até o ano de 1830, no Brasil, não havia nenhuma lei ou decreto que fizesse menção à criança ou adolescente. Em 1891 passa a vigorar a Constituição Republicana, e o primeiro Código de Menores do Brasil, e também o pioneiro na América Latina, instituído pelo Decreto n.º 17.943-A de 12.10.1927, que pretendeu sistematizar a ação de tutela e da coerção para reeducação.

Conforme Alberton (2005), esse Código tratava de duas classes de sujeitos menores de 18 anos: o abandonado e o delinquente, em que o avanço se deu no fato de que a punição pela infração cometida deixa de ser vista como sanção-

castigo, para assumir um caráter de sanção educação por meio da assistência e reeducação de comportamento, sendo dever do Estado assistir os menores desvalidos. Esse código veio a ser revogado no ano de 1979, por meio da Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.

O Código de Menores de 1979 (Lei n.º 6.697/79) era voltado para a assistência, proteção e vigilância, fazendo que esse código vigorasse no Brasil, fundamentado na doutrina da situação irregular do menor. Segundo Azambuja (2004), da preocupação restrita ao menor delinquente e desassistido, a lei passa a abarcar os menores que se encontravam em situação irregular. Portanto, esse código, segundo Bittencourt (2009) foi alvo de muitas críticas, visto que não amparava todas as pessoas menores de idade, além do fato de que era o Juiz de Menores quem decidia as penas e encaminhamentos, sob pena da tutela ser assumida em caráter de controle social.

Assim, conforme Alberton (2005, p. 58), “de 1830 até 1988, salvo raríssimas exceções, a legislação brasileira que se referisse “ao menor” nascido ou residente no Brasil, era discriminatória”. Esse fator transparece, pois a legislação se referia a uma parcela considerada como “menores em situações desfavoráveis”, não visando proteger ou assegurar direitos aos mesmos.

A saúde como direito universal, sendo dever do Estado, nos faz acreditar que somente o Estado deve zelar por esse direito e executá-lo.

Precisamos ter em mente que cada criança que nasce tem guardiões (pai mãe ou responsável), depois vem a família extensa, então profissionais da saúde, educação e assim por diante, então vejamos que se os guardiões não tomarem a iniciativa de levar a criança ao médico para prevenir doenças, com vacinas, a gotinha, a crianças ficará doente, e então novamente o adulto responsável deve ter a iniciativa de leva-lo ao médico para combater a patologia.

Caso a criança não seja inserida em tempo hábil para a escola não acompanhará o desenvolvimento correto com os demais colegas, porém ir ao médico ou a escola não depende da criança, mesmo sendo seu direito.

Esse direito deve antes ser garantido pela família, que independente de conceito do que seja família, são os guardiões legais e responsáveis por essas crianças, uma vez que pelo menos na teoria o direito a saúde já está garantido em lei, e até podemos citar o ECA, que diz:

“Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.”

Os serviços que são ofertados para crianças e adolescentes, no que diz respeito às políticas de saúde mental tem a função social que deve extrapolar o fazer técnico quanto ao tratamento, deve direcionar a ações mais amplas de acolhida, escuta, emancipação e empoderamento, possibilitando melhor e maior qualidade de vida, permitindo sua participação na sociedade como seres inteiros, em sua totalidade.

Ser vítima ou presenciar grandes situações de violência seja em casa, no ambiente escolar ou comunidade acarreta uma carga emocional de insegurança, medos, estresse causando impacto negativo e destruidor no desenvolvimento cognitivo, físico e social de crianças e adolescentes.

No Brasil a abordagem sobre psiquiatria infanto-juvenil é quase escassa, porém tem tido um crescimento nos últimos anos, podemos citar que a criação dos CAPS tem grande mérito por essas mudanças, sendo que ainda é grande o movimento pela implantação de mais CAPSi<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

## CAPÍTULO III – A PREVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL

### 3.1. PREVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS

O desenvolvimento saudável físico, social e mental de um ser humano deve se alvar desde a infância, seja ela no meio familiar ou no meio social em que o indivíduo esteja inserido.

Devemos respeitar as crianças e adolescentes na sua individualidade e sua fase peculiar de desenvolvimento. Sendo assim como tal, não podemos tratá-la igual a um indivíduo adulto e desenvolvido, pois assim não estaremos permitindo seu desenvolvimento sadio.

Com isso devemos garantir que na fase de desenvolvimento as crianças e os adolescentes desfrutem da convivência familiar e comunitária, para sentirem-se parte de um grupo, que se sintam protegidos, que tenham educação e acesso a todos os direitos inerentes a pessoa humana.

De acordo com o caderno de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes, 2014:

“Os cuidados com a crianças nos primeiros anos de vida e a estimulação precoce exercem uma função importante no seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. É parte da avaliação integral da saúde da criança manter o vínculo dela e de sua família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, amamentação alimentação complementar, promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de doenças e agravos, provendo o cuidado em tempo oportuno.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Por sua vez, é assim as políticas públicas de saúde da criança tem efetividade garantindo cuidado integral e dentro do limites das suas particularidades, sendo que:

“As estratégias e linhas de cuidado voltadas para o público de 0 a 9 anos são planejadas em virtude dos principais problemas que acometem a infância,

com base nos indicadores de mortalidade infantil (menores de um ano) e na infância (do nascimento aos cinco anos de idade) e de morbidade decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança, para atender as especificidades de saúde de cada faixa etária.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

### 3.2. OS CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Uma das conquistas da Luta Antimanicomial e do forte Movimento Social do Trabalhadores da Saúde Mental, em meados de 1986, foi a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial onde desestabiliza-se as internações psiquiátricas que na época eram a única forma de atendimento a pacientes com transtorno mental.

Com esse avanço na rede de atenção da saúde, efetiva-se aos poucos a desospitalização psiquiátrica, tratando o paciente de saúde mental na sua integralidade, sendo que os CAPS abrangem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, não submetendo os indivíduos apenas no tratamento medicamentoso, e sim com psicoterapias grupais, atendimentos individuais não se restringindo ao usuário, mas abrangendo seu contexto familiar e comunitário, assembleias com os usuários, inserindo-os nas discussões a respeito dos serviços oferecidos.

Dentro do CAPS é desenvolvido entre a equipe um plano terapêutico, definindo com técnico de referência o profissional que acolheu o usuário no primeiro atendimento na instituição.

Existem atualmente no mínimo 5 modalidades de CAPS, sendo eles:

- CAPS I; oferta serviço o público adulto com transtorno mental severo e persistente;
- CAPS II; oferta serviços ao público adulto também com transtorno mental severo e persistente;

- CAPS III; oferta serviço diários e também pernoite ao público com transtorno mental severos e persistentes, exceto ao público infanto-juvenil;
- CAPSad: oferta serviços no atendimento de usuários de álcool e drogas;
- CAPSi; oferta serviços direcionados ao público infanto-juvenil.

Os CAPS tem como principal objetivo ofertar atendimento à população da área de abrangência do território no qual está inserido, realizando acompanhamento terapêutico e trabalhando na reinserção social dos usuários possibilitando seu acesso nas diversas áreas como trabalho e renda, lazer e também visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Muitos avanços ainda são necessários na área de atendimento desse segmento social em especial. Como sabemos esse é um público que como prioridade absoluta diante de qualquer serviço público ofertado, requer cuidado e

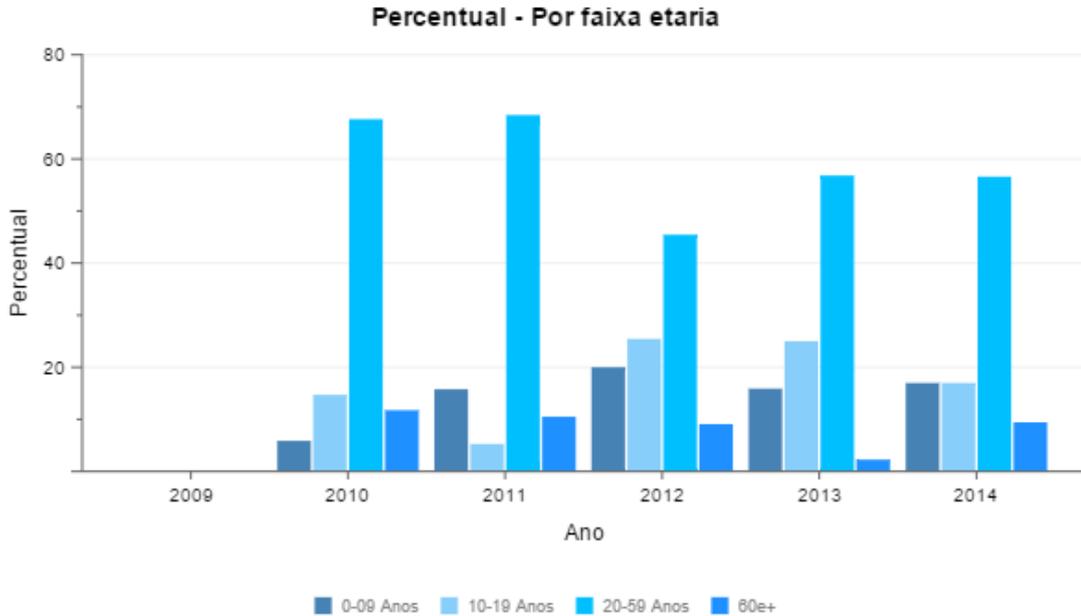
olhares atentos, pois somente profissionais qualificados e uma gestão facilitadora e de liderança podem possibilitar e oportunizar melhoras ano atendimento e no modo de gerir os serviços ofertados no âmbito do SUS.

Podemos dizer que os tipos de violência citados anteriormente, como por exemplo abuso sexual, violências física e psicológica afetam diretamente a saúde emocional, física e mental de crianças e adolescentes. Como mostra nos gráficos abaixo temos alguns demonstrativos, retirados dos bancos de dados da Sala de Apoio a Gestão Estratégica:

**Gráfico 1:** Representa percentual de violência por faixa etária, no município de Pomerode no últimos 5 anos.

Podemos concluir que mais de 60% dos casos de violência nos anos de 2010 e 2011 foram contra pessoas 20 e 59 anos, já em 2012 teve uma queda de 20% nos casos, sendo que em 2014 manteve-se abaixo de 60%.

A violência contra crianças e adolescentes de 0 a 9 e de 10 a 19 anos, em 2014 manteve-se abaixo de 20% dos casos, sendo que em 2012 a violência contra esse público ultrapassou 23% dos casos.



15

Fonte: SINAN / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em Maio/2015 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

**Gráfico 2:** O gráfico abaixo representa o número de violência no município de Pomerode, por gênero.

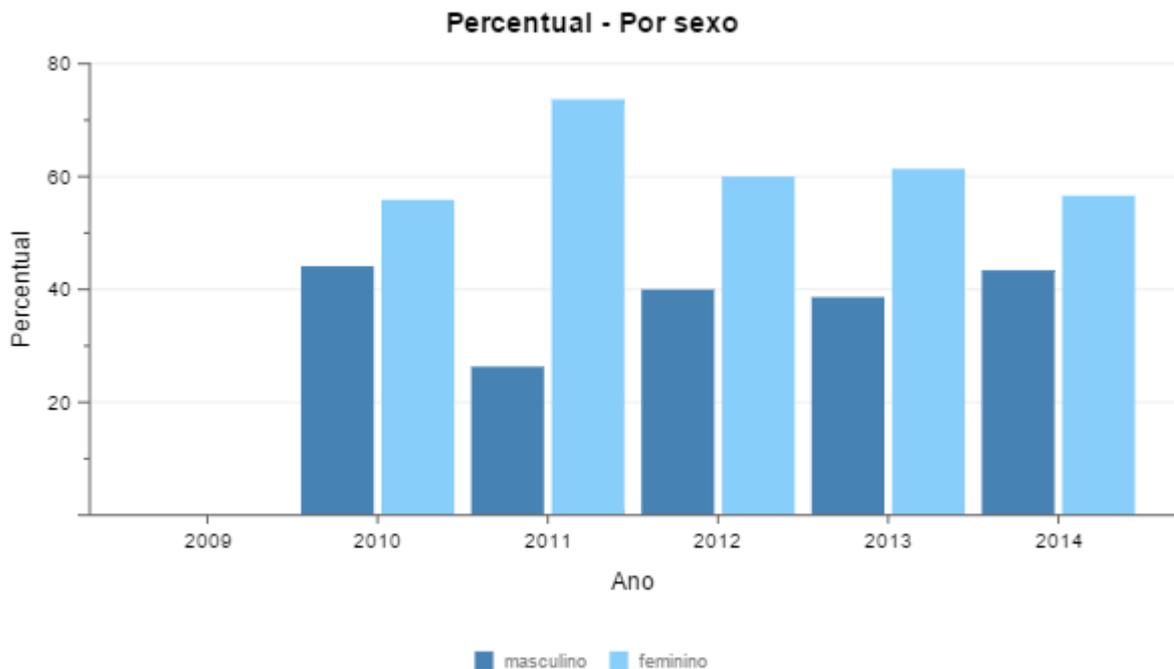
<sup>15</sup> Fonte: SINAN / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em Maio/2015 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Neste caso podemos definir que mais de 55% dos casos de violência neste município tem como vítima a mulher, sendo que no ano de 2011 os casos de violência contra o gênero masculino tem baixa de mais de 30% e a violência contra o gênero feminino tem alta de quase 80%.

E ainda podemos concluir que há mais casos não notificados, ou pela falta de cobertura da rede de atenção básica de saúde e assistência social no município, ou ainda pelo medo de sofrer represálias por parte do agente violador, o que é muito comum em um município com pouco mais de 30 mil habitantes no ano de 2015. (IBGE)

O município de Pomerode aparece com indicadores dos municípios que abrigam de 2 a 8 unidades de saúde que atendem pessoas vítimas de violência.

16



Fonte: SINAN / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em Maio/2015 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

No Atlas do Desenvolvimento Humano<sup>17</sup>, Pomerode aparece com alto IDH – Índice do Desenvolvimento Humano de 2013, tendo entre 0,700 e 0,799 na tabela de ranking nacional. Segundo o Atlas “A dimensão que mais contribui para o

<sup>16</sup> Fonte: SINAN / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em Maio/2015 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

<sup>17</sup> [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/pomerode\\_sc](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pomerode_sc)

Desenvolvimento do município é a Longevidade com índice de 0,886, em seguida a Renda com índice de 0,780 e por fim a Educação com índice de 0,687”.

“A Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica nº10. 216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entre as principais mudanças para a saúde mental, trazidas pela lei, estão: a garantia dos direitos aos portadores de transtorno mental, a responsabilização do Estado pelo desenvolvimento de políticas para a área, pela previsão de serviços comunitários de saúde mental, a utilização da internação hospitalar como última alternativa para tratamento dos portadores de transtorno mental e a busca da reinserção social, como finalidade do tratamento.” (CRP, PR, 2010, p.30).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que muito ainda tenha a se falar, pesquisar e publicar sobre o tema tratado neste trabalho, portanto durante o período de pesquisa bibliográfica me possibilitou conhecer um outro lado da realidade vivida por crianças e adolescentes do nosso Brasil, que é além de os mesmo serem vulneráveis e indefesos, o olhar das políticas públicas do país estão com os olhos e com os desejos de mudanças direcionados para esse público.

Pois esse público, as crianças e os adolescentes são o futuro da humanidade e somente cuidando, prevenindo e protegendo-os dos risco sociais seja no âmbito da saúde, educação ou assistência social, é que podemos dizer que estamos fazendo o nosso papel enquanto profissionais e cidadão nesse sociedade.

Desse modo a discussão sobre saúde mental e serviço social surge a partir da necessidade de que a ação do assistente social seja contínua e progressivamente reflexiva, sobretudo por aqueles que diariamente se interrogam sobre as opções e rumos da ação profissional como resultante de um processo que confrontam autonomia técnica e condições de trabalho.

Podemos entender o indivíduo, vítima de sofrimento mental, excluído da sociedade em três dimensões distintas, sendo elas: dimensão política, dimensão cultural e dimensão humana.

Desse modo também mostramos serviços que devem ser ofertados pela rede de atenção à saúde mental que consiste em promoção e prevenção), atendimentos ambulatoriais nos CAPS, Ambulatórios de Psiquiatria e Ambulatórios Médicos Especializados em Psiquiatria e Internações, e Serviço Social inserida no âmbito da Saúde Mental traz consigo o desejo de evitar que cheguemos ao Nível Terciário, que é o da Internação do indivíduo.

Para isso, efetiva-se aos poucos a desospitalização psiquiátrica, tratando o paciente de saúde mental na sua integralidade, sendo que os CAPS abrangem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, não submetendo os indivíduos apenas no tratamento medicamentoso, e sim com psicoterapias grupais, atendimentos individuais não se restringindo ao usuário, mas abrangendo seu contexto familiar e comunitário, assembleias com os usuários, inserindo-os nas discussões a respeito dos serviços oferecidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, FENAM – FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS e SBNp – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA.** Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mantel no Brasil, Rio de Janeiro / 2014.

**CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL.** Atribuições Privativas do/a Assistente Social. 1ª edição ampliada. Brasília, 2012.

**CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL.** Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010.

**CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL.** Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas. Brasília, 2010.

**CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Lei nº 8.080 de 19 de novembro de 1990. Brasília, 1990.

**FIOCRUZ.** História da Saúde Pública no Brasil.

**MEDEIROS, A. B.** Indicadores de Avaliação do PSF de Joinville/SC.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO.** Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS. Tecendo Redes para Garantir Direitos. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília/Distrito Federa 2012.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.

**MINISTERIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME.** LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.

**NETO, Eleutério R.** A Reforma sanitária e o SUS.

**BASTOS, Angélica Barroso.** DIREITOS HUMANOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES: As contribuições do Estatuto da Criança e do Adolescente para a efetivação dos Direitos Humanos infanto-juvenis. Faculdade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Direito – Belo Horizonte, 2012.

**PEREIRA,** Potyara A.P. Necessidades Humanas – Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ª edição. Editora Cortez, 2002 – São Paulo.

**TILMANN,** Diane. **HSU,** Diana. Programa Vivendo Valores na Educação/Atividades com Valores para Crianças de 3 a 6 anos. 2ª edição Carol Gill. Editora Brahma Kumaris - São Paulo, 2002.

**VASCONCELOS,** Eduardo Mourão. Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Editora Cortez – São Paulo, 2000.

**YAMAMOTO,** Marilda V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2ª edição. Editora Cortez, 1999 – São Paulo.

**BARROS,** Nívia Valença. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social. Rio de Janeiro, 2005. 248f. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_ **Delgado, Paulo.** Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%c2%ba-10-216-de-6-de-abril-de-2001/#sthash.MdZun4DL.dpuf>

\_\_\_\_\_ **Delgado, Paulo.** Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/lei-no-10-708-de-31-de-julho-de-2003/#sthash.wkBVpidV.dpuf>

\_\_\_\_\_ **Portal da Saúde.** Disponível em: ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala\\_apoio\\_gestao\\_estrategica.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php)).