

Maria Isabel Barros Bellini e Fernanda Xavier Arena
Organizadoras

TRABALHO, SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

a produção de conhecimento científico
como desafio e resistência



**TRABALHO, SAÚDE E
INTERSETORIALIDADE**
**a produção de conhecimento científico
como desafio e resistência**

***WORK, HEALTH AND
INTERSECTORIALITY***
***the production of scientific knowledge
as a challenge and resistance***

REALIZAÇÃO:

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho Saúde e Intersetorialidade

Programa de Pós-graduação em Serviço Social/PUCRS

Programa de Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política/PUCRS



SENPINF



Maria Isabel Barros Bellini
Fernanda Xavier Arena
(Organizadoras)

**TRABALHO, SAÚDE E
INTERSETORIALIDADE**
**a produção de conhecimento científico
como desafio e resistência**

***WORK, HEALTH AND
INTERSECTORIALITY***
***the production of scientific knowledge
as a challenge and resistance***



ALEXA

Embu das Artes - SP
2025



COMITÊ CIENTÍFICO ALEXA CULTURAL

Presidente

Yvone Dias Avelino (PUC/SP)

Vice-presidente

Pedro Paulo Abreu Funari (UNICAMP)

Membros

Adailton da Silva (UFAM – Benjamin Constant/AM)
Alfredo González-Ruibal (Universidade Complutense de Madrid - Espanha)
Aldair Oliveira de Andrade (UFAM - Manaus/AM)
Ana Paula Nunes Chaves (UDESC – Florianópolis/SC)
Arlete Assumpção Monteiro (PUC/SP – São Paulo/SP)
Barbara M. Arisi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Benedicto Anselmo Domingos Vitoriano (Anhanguera – Osasco/SP)
Carmen Sylvia de Alvarenga Junqueira (PUC/SP – São Paulo/SP)
Claudio Carlan (UNIFAL – Alfenas/MG)
Denia Roman Solano (Universidade da Costa Rica - Costa Rica)
Débora Cristina Goulart (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Diana Sandra Tamburini (UNR – Rosário/Santa Fé – Argentina)
Edgard de Assis Carvalho (PUC/SP – São Paulo/SP)
Estevão Rafael Fernandes (UNIR – Porto Velho/RO)
Evandro Luiz Guedin (UFAM – Itaqui/AM)
Fábia Barbosa Ribeiro (UNILAB – São Francisco do Conde/BA)
Fabiano de Souza Gontijo (UFPA – Belém/PA)
Gilson Rambelli (UFS – São Cristóvão/SE)
Graziele Accolini (UFGD – Dourados/MS)
Iraíldes Caldas Torres (UFAM – Manaus/AM)
José Geraldo Costa Grillo (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Juan Álvaro Echeverri Restrepo (UNAL – Leticia/Amazonas – Colômbia)
Júlio Cesar Machado de Paula (UFF – Niterói/RJ)
Karel Henricus Langermans (USP/EcA – São paulo/SP)
Kelly Ludkiewicz Alves (UFBA – Salvador/BA)
Leandro Colling (UFBA – Salvador/BA)
Lilian Marta Grisólio (UFG – Catalão/GO)
Lucia Helena Vitalli Rangel (PUC/SP – São Paulo/SP)
Luciane Soares da Silva (UENF – Campos de Goitacazes/RJ)
Mabel M. Fernández (UNLPam – Santa Rosa/La Pampa – Argentina)
Marilene Corrêa da Silva Freitas (UFAM – Manaus/AM)
María Teresa Boschín (UNLu – Luján/Buenos Aires – Argentina)
Marlon Borges Pestana (FURG – Universidade Federal do Rio Grande/RS)
Michel Justamand (UNIFESP - Guarulhos/SP)
Miguel Angelo Silva de Melo - (UPE - Recife/PE)
Odenei de Souza Ribeiro (UFAM – Manaus/AM)
Patricia Sposito Mechi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Paulo Alves Junior (FMU – São Paulo/SP)
Raquel dos Santos Funari (UNICAMP – Campinas/SP)
Renata Senna Garraffoni (UFPR – Curitiba/PR)
Renilda Aparecida Costa (UFAM – Manaus/AM)
Roberta Ferreira Coelho de Andrade (UFAM - Manaus/AM)
Sebastião Rocha de Sousa (UEA – Tabatinga/AM)
Thereza Cristina Cardoso Menezes (UFRRJ – Rio de Janeiro/RJ)
Vanderlei Elias Neri (UNICSUL – São Paulo/SP)
Vera Lúcia Vieira (PUC – São Paulo/SP)
Wanderson Fabio Melo (UFF – Rio das Ostras/RJ)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Henrique dos Santos Pereira

Membros

Antônio Carlos Witkoski
Domingos Sávio Nunes de Lima
Edleno Silva de Moura
Elizabeth Ferreira Cartaxo
Spartaco Astolfi Filho
Valeria Augusta Cerqueira Medeiros Weigel

COMITÊ EDITORIAL DA EDUA

Louis Marmoz Université de Versailles
Antônio Cattani UFRGS
Alfredo Bosi USP
Arminda Mourão Botelho Ufam
Spartacus Astolfi Ufam
Boaventura Sousa Santos Universidade de Coimbra
Bernard Emery Université Stendhal-Grenoble 3
Cesar Barreira UFC
Conceição Almeida UFRN
Edgard de Assis Carvalho PUC/SP
Gabriel Conh USP
Gerusa Ferreira PUC/SP
José Vicente Tavares UFRGS
José Paulo Netto UFRJ
Paulo Emílio FGV/RJ
Élide Rugai Bastos Unicamp
Renan Freitas Pinto Ufam
Renato Ortiz Unicamp
Rosa Ester Rossini USP
Renato Tribuzy Ufam

Reitor

Sylvio Mário Puga Ferreira

Vice-Reitora

Therezinha de Jesus Pinto Fraxe

Editor

Sérgio Augusto Freire de Souza

© by Alexa Cultural

Direção

Gladys Corcione Amaro Langermans

Nathasha Amaro Langermans

Editor

Karel Langermans

Capa

Klanger

Crônicas das imagens de abertura de capítulos

Rosângela M. B. Costa Barbosa

Revisão técnica

Maria Isabel Barros Bellini e Fernanda Xavier Arena

Editoração Eletrônica

Alexa Cultural

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T759a Trabalho, Saúde e Intersetorialidade: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência. Maria Isabel Barros Bellini e Fernanda Xavier Arena (organizadoras). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2025.

Edição bilingue - português / inglês

14x21cm - 252 páginas

ISBN - 978-85-5467-478-6 - E-book em PDF

1. Serviço Social - 2. Assistência Social - 3. Trabalho - 4. Intersetorialidade - 5. Saúde - I. Bellini, Maria Isabel Barros - II. Arena, Fernanda Xavier - III. Sumário - IV. Bibliografia

CDD - 360

Índices para catálogo sistemático:

1. Serviço Social

2. Trabalho

3. Saúde

Todos os direitos reservados e amparados pela Lei 5.988/73 e Lei 9.610

É proibida a reprodução parcial ou integral sem a autorização das organizadores e/ou editora

Alexa Cultural Ltda

Rua Henrique Franchini, 256
Embú das Artes/SP - CEP: 06844-140
alex@alexacultural.com.br
alexacultural@terra.com.br
www.alexacultural.com.br
w.alexaloja.com

Editora da Universidade Federal do Amazonas

Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos,
n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgílio
Filho, Centro de Convivência - Setor Norte
Fone: (92) 3305-4291 e 3305-4290
E-mail: ufam.editora@gmail.com

PREFÁCIO

Prefaciando a obra **TRABALHO, SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência**, organizada pela Profa. Maria Isabel Bellini é uma grande honra para mim, porque sei do seu compromisso imenso com a pesquisa e a formação, da consistência de seus estudos, da qualidade das parcerias nacionais e internacionais que construiu e principalmente por reconhecer as importantes contribuições teóricas que tem aportado à área das Ciências Sociais Aplicadas e ao Serviço Social em particular, em diversas temáticas, seja na formação ou na produção de conhecimentos, mas especialmente no debate intersetorial sobre saúde e trabalho, de modo ousado e inovador.

Nessa obra muitos parceiros tecem os capítulos com a professora Maria Isabel, abordando Serviço Social, Saúde mental da população idosa, populações em situação de rua, autocuidado profissional, resistência nos processos de adoecimento e sofrimento mental de assistentes sociais, saúde mental no Brasil e na Austrália, suicídio. Essas produções são fruto de pesquisas nacionais e internacionais de fôlego, teses de doutorado que estiveram ou estão sob sua orientação, articulados coerentemente pelo fio condutor dos estudos intersetoriais sobre saúde e trabalho. Como dizia Marx (1989), referindo-se ao trabalho concreto “ele teceu e o trabalho é um tecido”.

Dito isso, passo a trazer algumas considerações sobre pesquisa e produção de conhecimentos, iniciando pelo processo investigativo. É importante reconhecermos que atitudes investigativas fazem parte do nosso cotidiano, porque avaliamos sistematicamente para tomar pequenas decisões na vida diária, com base em breves investigações. Avaliamos se está frio ou quente, ouvindo a previsão do tempo para planejar se vamos vestir uma roupa quente ou mais leve, não raras vezes abrimos a janela para verificar empiricamente a temperatura e tomar essa decisão. Quando preparamos a alimentação, avaliamos a quantidade de sal ou tempero que adicionamos aos pratos que estão sendo elaborados e provamos para verificar empiricamente se está a nosso gosto (a parte que destacamos do todo, é uma amostra que nos faz concluir sobre o todo, falta sal, está no ponto?), muitas vezes, na dúvida em relação a pratos que desejamos preparar, buscamos receitas em livros ou na internet para orientar nossa ação, ou seja buscamos orientações em fontes diversas para melhor entendermos e realizarmos os processos. Os ele-

mentos de problematização, análise, breves sínteses, opções, portanto, fazem parte de nossa rotina, não há como planejar, agir de modo melhor direcionado, senão pautados por avaliações sobre a realidade que implicam necessariamente em atitudes investigativas (Prates, 2017).

Mas ao tratarmos do trabalho profissional e da produção de conhecimentos científicos estamos nos reportando a um nível bem mais complexo de análise que extrapola a esfera privada e cujos impactos são coletivos. Nesse sentido precisamos das ferramentas da ciência, de uma avaliação mais consistente, de fontes fidedignas, de superarmos as aparências.

Parto de uma concepção dialética de conhecimento como reflexo, ou seja, uma reflexão acerca da natureza pelo ser social. Como afirma Lefebvre (1991, p 226) “Não é um reflexo imediato e total, mas um processo de conhecimento por abstrações, conceitos, leis, isto é por graus sucessivamente conquistados de objetividade, a partir de um começo (prático, histórico, social e lógico)”.

A teoria emerge da prática e a ela retorna. A ideia representa essa unidade indissolúvel entre prática e da teoria. O entendimento (Inteligência) analisa, separa, divide, e deve fazê-lo. A razão une, agrupa, esforça-se por encontrar o conjunto e a relação. Mas a contradição entre o entendimento e a razão renasce sempre e deve sempre renascer, e isso porque, incessantemente o entendimento precisa separar e a razão unir” para que o processo de conhecer siga seu curso. Portanto, o processo de conhecimento se dá também pela contradição (Lefebvre, idem)

A simples ou complexa coleta de dados não significa produção de conhecimentos, os dados precisam ser organizados, representados, analisados, implicados com outros dados, conectados as inferências de quem os analisa e às teorias explicativas que lhes aportam significado. Sua contextualização é de fundamental importância, o não reconhecimento dos múltiplos fatores que se interconectam pra consubstanciar os fenômenos limita a análise do real, ou do concreto pensado. Afinal, se o real é movimento e contradição nosso pensamento precisa acompanhar o movimento (totalizações provisórias) desvendamento as contradições. A história é chave heurística para se conhecer em profundidade, sujeitos, grupos, instituições, políticas, sociedades, desastres. Como se pode observar até aqui destaquei as categorias dialéticas centrais do método marxiano, quais sejam, historicidade, totalidade e contradição que precisam ser complementadas pela mediação que as articula.

Para produzir conhecimento é necessário movimentar uma cadeia de mediações ontológicas e reflexivas, quanto maior nossa cadeia

de mediações mais relações estabelecemos no processo de análise dos dados, maiores conexões estabelecemos entre teoria e prática, entre determinações que condicionam os fenômenos sociais, entre experiências sociais singulares e coletivas, portanto, melhor nos preparamos para, a partir desses subsídios, propor ou fundamentar nosso trabalho como práxis, ou seja com finalidade e direção definida.

As mediações para Cury (1986) são ao mesmo tempo relativas ao real e ao pensamento; buscam capturar o fenômeno na interconexão com os demais fenômenos e no contexto do qual ele faz parte, seja como fenômeno essencial ou não. Destaca ainda o educador que as mediações abrem espaço para a concretização das teorias, tornando-se guias das ações.

Mas é importante destacar que o conhecimento não é neutro, orienta-se por elementos axiológicos (valores), epistemológicos (modo de conhecer) e ontológicos (determinações do objeto).

No caso do Serviço Social brasileiro nos orientamos por um projeto Ético Político, que tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central, a liberdade concebida historicamente como possibilidade de escolher entre alternativas, daí o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Nesse sentido o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem societária sem nenhuma forma de dominação, subjugação e exploração. (Netto 1999).

Esses elementos ganham visibilidade através da produção de conhecimentos realizada pelo Serviço Social, das nossas instâncias político-organizativas que contemplam os fóruns de deliberação e nossas entidades organizativas, além da dimensão jurídico-política da profissão, expressa no arcabouço legal e institucional da profissão, composta por um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados pela profissão.

A Crítica da Economia Política de Marx mostra o processo de naturalização e fetichização, que conformam a alienação e o estranhamento, processos intrínsecos a esse modo de produção e que se expressam nas categorias econômicas, e no modo como apropriam-se do trabalho, elemento central ao processo de humanização que no capitalismo se restringe a produção do mais valor, naturalizando esse processo.

As Diretrizes Curriculares da ABEPSS (ABESS/CEDEPS, 1996) nessa direção, destacam a importância da investigação e de uma formação que privilegie a capacidade investigativa para o fortalecimento de nossa profissão e aprimoramento de nosso trabalho, produzindo conhecimentos sobre como se constitui, seus condicionantes, as con-

dições em que é realizado, os processos e resultados que desencadeia, dando visibilidade a suas contribuições para a sociedade.

Além da Investigação ser parte do instrumental de trabalho para desocultar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, no Estado, nas políticas públicas, no contexto social, nos processos sociais ela é importante ferramenta que viabiliza a elaboração de planos, a realização de diagnósticos familiares, territoriais, institucionais, permitindo a realização de sínteses e propostas mais consistentes e coerentes com os valores que fundamentam nosso Projeto Ético-Político, para o trato das refrações da questão social, nosso objeto de trabalho.

O debate acerca da questão social e de suas refrações na vida da sociedade e dos sujeitos que a conformam é central para o Serviço Social e para aqueles que almejam contribuir para a construção de processos sociais emancipatórios que tem na emancipação humana o seu inédito viável. Embora as refrações da questão social sejam matéria prima e objeto de trabalho dos assistentes sociais o trato acerca dessas expressões na forma de desigualdades ou de resistências não é tarefa de uma única área do conhecimento ou profissão. Contudo, na medida em que assumimos essas refrações fruto da contradição entre capital e trabalho como objeto de trabalho logo elemento articulador da formação e do trabalho profissional nos desafiamos como categoria profissional a dar conta do adensamento do debate acerca de sua conformação do seu significado e do seu movimento como elementos fundantes da própria profissão. (Prates, 2021)

Mas para além dos limites de uma categoria de trabalhadores e trabalhadoras o desvendamento da questão social e de suas refrações é de fundamental importância para a análise do capitalismo e de sua principal contradição qual seja o fato de produzir riqueza concentrada na mão de poucos e como contraponto produzir necessariamente grandes contingentes de pobreza e desigualdade para muitos em particular exatamente para aqueles que trabalham e constroem a riqueza da sociedade. Portanto o debate acerca da questão social e de seus impactos concretos na vida das classes sociais é um tema central para aqueles que almejam outro tipo de sociabilidade para além dos limites da sociedade de classes. E as classes sociais são heterogêneas, logo suas particularidades culturais, étnico-raciais, de gênero, de sexualidade, de ciclo vital precisam compor esse debate. Temos avançado muito nas pesquisas relacionadas a esses temas, contudo precisamos estar atentos a captura das pautas identitárias pela ideologia neoliberal que as desloca dos contextos, as fragmenta e opõe para fragilizar a necessária unidade da classe.

A produção de conhecimentos, se socializada para subsidiar estratégias de resistência, tem a potencialidade de desnaturalizar processos subalternizadores, de dar visibilidade aquilo que se oculta pela ausência de conexões, de contextualização, de mediações que utilizam a história como contraprova. Produzimos conhecimentos que não se limitam a ser apenas contemplativos, queremos conhecer para problematizar e propor alternativas de superação. Se não podemos fazer uma revolução que subverta hoje o modo de produção capitalista, embora reconheçamos o seu esgotamento, podemos tentar provocar o que Marx (1993) chama de pequenas convulsões revolucionárias, superações de menor amplitude mas igualmente relevantes para a vida de sujeitos e grupos.

Com nossos estudos e pesquisas podemos instigar uma apropriação mais fidedigna do real, menos ideológica, mais profunda, para que possamos planejar e propor de modo mais efetivo. A teoria marxiana, que tem no trabalho e na práxis a sua centralidade, nesse sentido se aproxima do Serviço Social, cujo caráter interventivo é uma de suas particularidades. Mas um trabalho capturado pela ideologia, sem a mediação de uma teoria científica potente que o fundamente, sem direção social definida, não pode se constituir como práxis. Produzir conhecimentos é ir além da reprodução do já produzido, é o compromisso com o aporte de novos elementos ao conhecimento para subsidiar processos sociais emancipatórios.

Vivemos num tempo de capitalismo predatório da natureza que inclui a vida humana, a recente catástrofe climática e gerencial que acomete o Rio Grande do Sul é contraprova histórica desse processo. O negacionismo, a austeridade exacerbada que gerou um profundo sucateamento das políticas públicas, as sequelas de um processo neoliberal que apregoa o estado mínimo e o egocentrismo individualista, ampliaram as sequelas dramáticas da pandemia da covid-19 e hoje ampliam o desastre climático-gerencial sem precedentes que vivemos no sul do Brasil, cujas perdas e prejuízos ainda são difíceis de dimensionar. Seguramente os impactos dessa calamidade terão forte impacto na saúde e no trabalho da população gaúcha e as respostas não podem prescindir de protocolos intersetoriais.

Nesse sentido, a presente obra tem muito a contribuir para o aporte de conhecimentos e para o levantamento de novas dúvidas que instiguem o aprofundamento de estudos e novas produções sobre o tema.

Porto Alegre, outono de 2024.

Jane Cruz Prates

Referências

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Revista Serviço Social e sociedade n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

CURY, Carlos R. Jamil. Educação e contradição. São Paulo: Cortez, 1986.

LEFEBVRE, Henri. Lógica formal e lógica dialética. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MARX, K. O Capital. 13 ed. Livro I Vol. I Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARX, K. e ENGELS, F. A Ideologia Alemã. SP: Hucitec, 1993.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

PRATES, Jane C. A pesquisa e a extensão no processo de ensino-aprendizagem da Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 16, n. 1, p. 01, 2017

PRATES, J C. Desafios à formação e à pesquisa em Serviço Social em tempos de obscurantismo. Textos & Contextos Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-9, jan.-dez. 2021

PREFACE

Writing this foreword of the work **“WORK, HEALTH, AND INTERSECTORIALITY: The Production of Scientific Knowledge as a Challenge and Resistance”**, organized by Professor Maria Isabel Bellini, is a great honor for me because I know of her immense commitment to research and education, the consistency of her studies, the quality of the national and international partnerships she has built, and primarily for recognizing the important theoretical contributions she has made to the field of Applied Social Sciences and Social Work in particular, on various topics, whether in education or knowledge production, but especially in the interdisciplinary debate on health and work, boldly and innovatively.

In this work, many partners collaborate with Professor Maria Isabel, addressing social work and mental health of the elderly population, populations experiencing homelessness, professional self-care, resistance in processes of illness and mental suffering among social workers, mental health in Brazil and Australia, suicide. These productions are the result of large-scale national and international research, doctoral theses that have been or are under her supervision, coherently articulated by the guiding thread of interdisciplinary studies on health and work. As Marx (1989) said, referring to concrete work, “he weaves and work is a fabric”.

Having said that, I will now bring some considerations about research and knowledge production, starting with the investigative process. It is important to recognize that investigative attitudes are part of our day-to-day because we systematically evaluate to make small decisions in daily life, based on brief investigations. We evaluate whether it is cold or hot, listening to the weather forecast to plan whether we will wear warm or lighter clothing, often opening the window to empirically check the temperature and make that decision. When preparing food, we evaluate the amount of salt or seasoning we add to the dishes being prepared and taste to empirically check if it suits us (the part we highlight from the whole is a sample that allows us to conclude about the whole – is it lacking salt, is it done?). Often, in doubt about dishes we wish to prepare, we search for recipes in books or on the internet to guide our action – that is, we seek guidance from various sources to better understand and carry out processes. The elements of problematization, analysis, brief syntheses, and options, therefore, are part of our

routine; there is no way to plan, and act more accurately, except based on evaluations of reality that necessarily imply investigative attitudes (Prates, 2017).

But when dealing with professional work and the production of scientific knowledge, we are referring to a much more complex level of analysis that goes beyond the private sphere and whose impacts are collective. In this sense, we need the tools of science, a more consistent evaluation, and reliable sources, to overcome appearances.

I start from a dialectical conception of knowledge as reflection, that is, a reflection on nature by the social being. As Lefebvre (1991, p. 226) states, “It is not an immediate and total reflection, but a process of knowledge through abstractions, concepts, laws, that is, successively conquered degrees of objectivity, starting from a beginning (practical, historical, social, and logical)”.

Theory emerges from practice and returns to it. The idea represents this inseparable unity between practice and theory. Understanding (Intelligence) analyzes, separates, divides, and must do so. Reason unites, groups, and strives to find the whole and the relationship. But the contradiction between understanding and reason always arises again and must always arise, and this is because, incessantly, understanding needs to separate and reason needs to unite so that the process of knowing follows its course. Therefore, the process of knowledge also occurs through contradiction (Lefebvre, *ibid.*).

Simple or complex data collection does not mean knowledge production; data need to be organized, represented, analyzed, implicated with other data, connected to the inferences of those who analyze them and to the explanatory theories that give them meaning. Their contextualization is of fundamental importance; the failure to recognize the multiple factors that interconnect to substantiate phenomena limits the analysis of the real or the concrete thought. After all, if reality is movement and contradiction, our thinking needs to follow the movement (provisional totalizations), uncovering contradictions. History is a heuristic key to knowing in depth, individuals, groups, institutions, policies, societies, and disasters. As can be seen up to this point, I have highlighted the central dialectical categories of the Marxian method, namely, historicity, totality, and contradiction, which need to be complemented by the mediation that articulates them.

To produce knowledge, it is necessary to move a chain of ontological and reflexive mediations; the greater our chain of mediations, the more relationships we establish in the process of analyzing data, the

more connections we establish between theory and practice, between determinations that condition social phenomena, between singular and collective social experiences; therefore, the better we prepare ourselves to, based on these subsidies, propose or substantiate our work as praxis, that is, with a defined purpose and direction.

The mediations, according to Cury (1986), are simultaneously related to the real and to thought; they seek to capture the phenomenon in its interconnection with other phenomena and in the context of which it is a part, whether as an essential phenomenon or not. The educator also emphasizes that mediations provide space for the realization of theories, becoming guides for actions.

But it is important to highlight that knowledge is not neutral; it is oriented by axiological (values), epistemological (way of knowing), and ontological (object determinations) elements.

In the case of Brazilian Social Work, we are guided by an Ethical-Political project, which has at its core the recognition of freedom as a central ethical value, historically conceived as the possibility of choosing between alternatives, hence the commitment to autonomy, emancipation, and the full expansion of social individuals. In this sense, the professional project is linked to a societal project that proposes the construction of a new societal order without any form of domination, subjugation, or exploitation. (Netto, 1999).

These elements gain visibility through the production of knowledge carried out by Social Work, our political-organizational instances that include forums for deliberation and our organizing entities, in addition to the juridical-political dimension of the profession, expressed in the legal and institutional framework of the profession, composed of a set of laws and resolutions, documents, and political texts consecrated by the profession.

Marx's Critique of Political Economy shows the process of naturalization and fetishization, which shape alienation and estrangement, processes intrinsic to this mode of production and expressed in economic categories, and in how they appropriate labor, a central element in the process of humanization that in capitalism is restricted to the production of surplus value, naturalizing this process.

The Curricular Guidelines of ABEPSS (ABESS/CEDEPS, 1996), in this direction, emphasize the importance of research and a training that privileges investigative capacity for the strengthening of our profession and the improvement of our work, producing knowledge about how it is constituted, its determinants, the conditions under which

it is carried out, the processes and results it triggers, giving visibility to its contributions to society.

In addition to Research being part of the working tool to unveil the changes that have occurred in the world of work, in the State, in public policies, in the social context, and in social processes, it is an important tool that enables the elaboration of plans, the realization of family, territorial, and institutional diagnostics, allowing the realization of syntheses and proposals more consistent and coherent with the values that substantiate our Ethical-Political Project, for dealing with the refractions of the social issue, our object of work.

The debate about the social issue and its refractions in society's life and the subjects that shape it is central to Social Work and for those who aim to contribute to the construction of emancipatory social processes that have human emancipation as their feasible novelty. Although the refractions of the social issue are raw materials and objects of work for social workers, dealing with these expressions in the form of inequalities or resistances is not the task of a single area of knowledge or profession. However, as we assume these refractions, resulting from the contradiction between capital and labor, as the object of work, therefore an articulating element of professional training and work, we challenge ourselves as a professional category to account for the deepening of the debate about its conformation, its meaning, and its movement as founding elements of the profession itself (Prates, 2021).

But beyond the limits of a category of workers, the unveiling of the social issue and its refractions is of fundamental importance for the analysis of capitalism and its main contradiction, which is the fact of producing wealth concentrated in the hands of a few and as a counterpoint necessarily producing large contingents of poverty and inequality for many, particularly for those who work and build the wealth of society. Therefore, the debate about the social issue and its concrete impacts on the lives of social classes is a central theme for those who aspire to another type of sociability beyond the limits of class society. And social classes are heterogeneous, therefore their cultural, ethnic-racial, gender, sexuality, and life cycle particularities need to compose this debate. We have made great strides in research related to these themes, however, we need to be vigilant about the capture of identity agendas by neoliberal ideology, which displaces them from contexts, fragments them, and opposes them to weaken the necessary unity of the class.

The production of knowledge, when socialized to support strategies of resistance, has the potential to denaturalize subalternizing

processes, to give visibility to what is hidden by the absence of connections, contextualization, and mediations that use history as a counterproof. We produce knowledge that is not limited to being merely contemplative; we want to know in order to problematize and propose overcoming alternatives. If we cannot make a revolution that subverts the capitalist mode of production today, although we recognize its exhaustion, we can try to provoke what Marx (1993) calls small revolutionary convulsions: smaller-scale overcoming equally relevant to the lives of individuals and groups.

With our studies and research, we can encourage a more faithful appropriation of reality, less ideological, and more profound, so that we can plan and propose more effectively. Marxian theory, which has labor and praxis at its core, in this sense, approaches Social Work, whose interventionist character is one of its particularities. But work captured by ideology, without the mediation of a powerful scientific theory that underpins it, without a defined social direction, cannot constitute praxis. Producing knowledge means going beyond the reproduction of what has already been produced; it is a commitment to providing new elements of knowledge to support emancipatory social processes.

We live in a time of predatory capitalism of nature that includes human life; the recent climatic and managerial catastrophe that has befallen Rio Grande do Sul is historical evidence of this process. Denialism, exacerbated austerity that has led to the profound dismantling of public policies, the aftermath of a neoliberal process that advocates for minimal state, and individualistic egocentrism, have exacerbated the dramatic aftermath of the COVID-19 pandemic and now amplify the unprecedented climatic-managerial disaster we are experiencing in southern Brazil, whose losses and damages are still difficult to quantify. Surely, the impacts of this calamity will have a strong impact on the health and work of the population of Rio Grande do Sul, and the responses cannot be done without intersectoral protocols.

In this sense, the present work has much to contribute to the provision of knowledge and to the raising of new questions that stimulate the deepening of studies and new productions on the subject.

Porto Alegre, 2024

Jane Cruz Prates

References

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Revista Serviço Social e sociedade n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

CURY, Carlos R. Jamil. Educação e contradição. São Paulo: Cortez, 1986.

LEFEBVRE, Henri. Lógica formal e lógica dialética. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MARX, K. O Capital. 13 ed. Livro I Vol. I Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARX, K. e ENGELS, F. A Ideologia Alemã. SP: Hucitec, 1993.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

PRATES, Jane C. A pesquisa e a extensão no processo de ensino-aprendizagem da Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 16, n. 1, p. 01, 2017

PRATES, J C. Desafios à formação e à pesquisa em Serviço Social em tempos de obscurantismo. Textos & Contextos Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-9, jan.-dez. 2021

SUMÁRIO / SUMMARY

PREFÁCIO

Jane Cruz Prates

- 9 -

PREFACE

Jane Cruz Prates

- 13 -

APRESENTAÇÃO

Maria Isabel Barros Bellini e Fernanda Xavier Arena

- 22 -

PRESENTATION

Maria Isabel Barros Bellini e Fernanda Xavier Arena

- 25 -

Capítulo 1

A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA:

o sofrimento que ninguém vê

Carin Otilia Kaefer Lisbôa e Maria Isabel Barros Bellini

- 28 -

Capítulo 2

THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY:

the suffering that nobody sees

Carin Otilia Kaefer Lisbôa e Maria Isabel Barros Bellini

- 43 -

Capítulo 3

CASA DE PAPELÃO E A LIBERDADE EM TRAPÓS:

a integralidade, intersetorialidade e o cuidado da população em
situação de rua

Gisele Selistre Ramon e Maria Isabel Barros Bellini

- 57 -

Capítulo 4
CARDBOARD HOUSE AND FREEDOM IN RAGS:
comprehensive care, intersectoral action, and care for the homeless
population

Gisele Selistre Ramon e Maria Isabel Barros Bellini

- 71 -

Capítulo 5
FATORES ASSOCIADOS A PRÁTICA DE AUTOCUIDADO
PROFISSIONAL

*Fernanda Xavier Arena, Maria Isabel Barros Bellini e Maria Elena Cuartero-
Castañer (Espanha)*

- 83 -

Capítulo 6
FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DEL
AUTOCUIDADO PROFESIONAL

*Fernanda Xavier Arena, Maria Isabel Barros Bellini e Maria Elena Cuartero-
Castañer (Espanha)*

- 101 -

Capítulo 7
O AUTOCUIDADO COMO RESISTENCIA NOS
PROCESSOS DE ADOECIMENTO E SOFRIMENTO
MENTAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

Lidiany Lima Cavalcante e Maria Isabel Barros Bellini

- 120 -

Capítulo 8
SELF-CARE AS RESISTANCE IN THE PROCESSES
OF ILLNESS AND MENTAL SUFFERING OF SOCIAL
WORKERS

Lidiany Lima Cavalcante e Maria Isabel Barros Bellini

- 135 -

Capítulo 9
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA
AUSTRALIA:
desafios para uma abordagem digna e efetiva das pessoas com
transtorno mentais

*Barbara Domingues Nunes, Maria Isabel Barros Bellini, Niki Edwards(Australia),
Julie King(Australia) e Ros Darracott (Australia)*

- 150 -

Capítulo 10
MENTAL HEALTH POLICY IN BRAZIL AND AUSTRALIA:
Challenges for a Dignified and Effective Approach to Individuals
with Mental Disorders

*Barbara Domingues Nunes, Maria Isabel Barros Bellini, Niki Edwards(Australia),
Julie King(Australia) e Ros Darracott (Australia)*

- 169 -

Capítulo 11
POR QUE A MATÉRIA VIDA É TÃO FINA?
Indagações em um tempo em que o suicídio se apresenta como
resposta ao sofrimento humano

Laurem Janine Pereira de Aguiar e Maria Isabel Barros Bellini

- 188 -

Capítulo 12
WHY IS LIFE MATTER SO THIN?
Questions at a time when suicide presents itself as a response to
human suffering

Laurem Janine Pereira de Aguiar e Maria Isabel Barros Bellini

- 199 -

Capítulo 13
SILENCIAMENTO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL:
repercussões no uso de álcool e outras drogas

Barbara Domingues Nunes e Maria Isabel Barros Bellini

- 210 -

Capítulo 14
INSTITUTIONAL VIOLENCE SILENCING:
implications for alcohol and other drug use

Barbara Domingues Nunes e Maria Isabel Barros Bellini

- 230 -

NOTAS SOBRE AS AUTORAS

- 249 -

APRESENTAÇÃO

A coletânea **“Trabalho, Saúde e Intersetorialidade: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência”**, organizada pela equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) dos programas de Pós-graduação em Serviço Social e Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política da PUCRS, devolve à sociedade os resultados das teses e dissertações, discussões em aulas, reuniões e outros espaços de encontro. Os capítulos refletem as escolhas, ações e energias investidas por autoras e autores, que vêm de diferentes áreas do conhecimento e de diversos países, incluindo Brasil, Austrália, Itália e Espanha. A obra desafia a integração de perspectivas diversas em que a diversidade é o adubo para os diálogos entre esses diferentes pontos de vista que, mesmo distintos ou antagônicos convergem para a compreensão da questão social, expressa nas desigualdades e nos processos de resistência. A realidade impõe diálogos interdisciplinares e intersetoriais e em dimensão global, como uma possibilidade tênue para minimamente enfrentar essa realidade cada vez mais desafiadora em que feminicídios, guerras, genocídios, desastres socioambientais, formas cada vez mais perversas de exploração dos trabalhadores se apresentam em nosso cotidiano.

A relatividade da escrita acadêmica em uma realidade que se metamorfoseia a cada instante e, portanto, a relatividade dos conhecimentos aqui socializados instiga que essas produções criem asas para além das autorias, que sejam lidas, conhecidas, contrariadas, apoiadas, ganhem novos horizontes e inspirem outras produções. Por outro lado, a finalização de uma tese e até mesmo de um artigo pode dar uma sensação de que aquele conhecimento foi cimentado e que se chegou ao ponto final e que não há mais o que se dizer/escrever a respeito. Essa coletânea, porém, reconhece que nenhum estudo, pesquisa, artigo tem a capacidade de esgotar um tema ou abordá-lo em todas as dimensões, complexidade, intensidade.

Autores e autoras nessa coletânea não tem a pretensão de oferecer respostas definitivas ou esgotar as discussões, pelo contrário, apresentam tanto consensos quanto dissensos e reconhecem a importância de continuar refletindo sobre as temáticas abordadas e de propor novos estudos e investigações. Nesse contexto, a coletânea

busca não apenas costurar experiências profissionais, mas também dar sentido a elas, envolvendo todos os participantes em uma direção social comum. Assim, a obra não apenas contribui para o campo do Serviço Social, mas também para as Ciências Sociais de maneira mais ampla, incentivando o debate e a produção de conhecimento.

Destaca-se que a equipe do NETSI é formada majoritariamente por assistentes sociais, o que repercute nos capítulos que debatem sobre as interfaces do trabalho de assistentes sociais em contextos adversos, em situações de desastres naturais e, também, em um sistema sociotécnico complexo, como o da indústria de óleo e gás. Outros capítulos abordam a temática da saúde mental contemplando a população idosa e a população em situação de rua, grupos cada vez mais vulneráveis em uma dinâmica social que degrada o trabalho e retira as formas clássicas de proteção dos trabalhadores a favor dos interesses do mercado. Para o mercado idosos e pessoas em situação de rua não interessam, são descartáveis. Não produzem, não geram lucro, não merecem viver, em uma dinâmica social perversa com deliberado descaso em relação as formas de viver e de morrer de alguns segmentos da sociedade. As formas de morrer ou deixar morrer nem sempre são perceptíveis para o olho desavisado ou ingênuo, pois se expressam na ausência de condições objetivas e materiais, negação de direitos básicos e possibilidades concretas para seguir vivendo.

Ainda sobre o tema saúde mental, mas voltado a diferentes categorias profissionais e espaços sócio-ocupacionais, capítulos abordam o autocuidado como uma prática desenvolvida por trabalhadores (e instituições) na perspectiva de “cuidar de quem cuida”. O autocuidado é considerado fator de proteção da qualidade de vida profissional e um ato de resistência frente a situações de adoecimento físico e emocional de trabalhadores. O capítulo que aborda as políticas de saúde mental na Austrália e no Brasil aponta desafios e limites das políticas públicas de saúde mental os quais atravessam continentes e tem em comum as vulnerabilidades de indivíduos que necessitam de proteção em sua saúde mental, vulnerabilidades que se ampliam em sociedades capitalistas em que há vidas que não importam. Nesse sentido o suicídio cada vez mais assombra nossa sociedade ceifando de forma dramática a vida daqueles que não encontram esperança em uma sociedade que rouba sonhos e possibili-

dades. Mas, se há “tanta vida lá fora” como canta a canção há que se lutar para que essa “matéria vida tão fina” encontre energia e sentido aqui dentro, nas relações, nos afetos e nas condições objetivas de vida.

Enfim essa Coletânea representa um compromisso ético de um grupo de “curiosos intelectuais” que pretendem compartilhar esperanças e possibilidades por intermédio do conhecimento. Deseja-se que “ao fim e ao cabo” essa Coletânea contribua para que as populações que por suas condições de vida deram sentido as investigações e reflexões de nossos estudos e pesquisas tenham uma existência mais digna.

Maria Isabel e Fernanda

Maio/2024

Mês trágico em que as águas invadiram o Rio Grande do Sul denunciando vulnerabilidades e (i)responsabilidades que não imaginávamos possíveis.

PRESENTATION

The collection **“Work, Health and Intersectoriality: the production of scientific knowledge as a challenge and resistance”**, organized by the team of the Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersectorialidade (Center for Studies and Research in Work, Health and Intersectoriality -NETSI) of the Pos-graduate Programs in Social Work and Pos-graduate Studies in Sociology and Political Science/PUCRS, returns to society the results of theses and dissertations, discussions in classes, meetings and other meeting spaces. The chapters reflect the choices, actions, and energies invested by authors, who come from different areas of knowledge and from different countries, including Brazil, Australia, Italy, and Spain.

The work challenges the integration of diverse perspectives in which diversity is the fertilizer for the dialogues between these different points of view that, even if distinct or antagonistic, converge to the understanding of the social question, expressed in inequalities and processes of resistance. Reality imposes interdisciplinary and intersectoral dialogues on a global scale, as a tenuous possibility to minimally face this increasingly challenging reality in which femicides, wars, genocides, socio-environmental disasters, increasingly perverse forms of exploitation of workers are present in our daily lives.

The relativity of academic writing in a reality that metamorphoses at every moment and, therefore, the relativity of the knowledge socialized here instigates that these productions grow wings beyond the authorships, that they are read, known, contradicted, supported, gain new horizons and inspire other productions. On the other hand, the completion of a thesis and even an article can give a feeling that the knowledge has been cemented and that the end point has been reached and that there is nothing more to say/write about it. This collection, however, recognizes that no study, research, or article has the capacity to exhaust a theme or address it in all dimensions, complexity, and intensity.

The authors in this work do not intend to offer definitive answers or exhaust the discussions. On the contrary, they present both consensus and disagreement, and recognize the importance of con-

tinuing to reflect on the themes addressed and proposing new studies and investigations. In this context, the collection seeks not only to stitch together professional experiences, but also give meaning to them, involving all participants in a common social direction. Thus, the work not only contributes to the field of Social Work, but also to the Social Sciences more broadly, encouraging debate and the production of knowledge.

The fact that the NETSI team is mostly made up of social workers has repercussions in the chapters that discuss the interfaces of the work of social workers in adverse contexts, in situations of natural disasters, and also in a complex socio-technical system, such as that of the oil and gas industry. Other chapters address the theme of mental health, contemplating the elderly population and the homeless population, increasingly vulnerable groups in a social dynamic that degrades work and removes the classic forms of protection of workers in favor of the interests of the market. For the market, the elderly and the homeless people are not of interest, they are disposable. They do not produce, they do not generate profit, they do not deserve to live, in a perverse social dynamic with deliberate disregard for the ways of living and dying of some segments of society. The ways of dying or letting die are not always perceptible to the unsuspecting or naïve eye, as they are expressed in the absence of objective and material conditions, denial of basic rights and concrete possibilities to continue living.

Still on the theme of mental health, but focused on different professional categories and socio-occupational spaces, chapters address self-care as a practice developed by workers (and institutions) from the perspective of “caring for those who care”. Self-care is considered a protective factor for the quality of professional life and an act of resistance in the face of situations of physical and emotional illness of workers. The chapter that addresses mental health policies in Australia and Brazil points out challenges and limits of public mental health policies that cross continents and have in common the vulnerabilities of individuals who need protection in their mental health, vulnerabilities that are amplified in capitalist societies in which there are lives that do not matter.

In this sense, suicide increasingly haunts our society, dramatically claiming the lives of those who find no hope in a society that

steals dreams and possibilities. But, if there is “so much life out there”, as the song sings, we have to fight so that this “matter, life so fine” finds energy and meaning here, in relationships, in affections and in the objective conditions of life.

In short, this Collection represents an ethical commitment of a group of “curious intellectuals” who intend to share hopes and possibilities through knowledge. It is hoped that “at the end of the day” this Collection will contribute so that the populations that, due to their living conditions, have given meaning to the investigations and reflections of our studies and research can have a more dignified existence.

Maria Isabel e Fernanda

May/2024

A tragic month in which the waters invaded Rio Grande do Sul, denouncing vulnerabilities and (ir)responsibilities that we did not imagine possible.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA: o sofrimento que ninguém vê¹

Carin Otilia Kaefer Lisbôa
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema central a Saúde Mental da População Idosa. Nossa análise parte da compreensão de que a saúde mental da pessoa idosa deve ser compreendida para além da medicalização e patologização, ou seja, reconhecer os impactos sociais próprios de uma estrutura de sociedade excludente e com latentes desigualdades sociais. Assim, contextualizamos o tema em que os aspectos da vida social são considerados, tendo como pano de fundo o modo de produção capitalista sob a hegemonia neoliberal.

O método utilizado é o dialético histórico crítico, pois nos proporcionará uma leitura de realidade condizente com os preceitos teórico metodológicos do Serviço Social, onde a leitura crítica e o desvelamento do real são constitutivas para uma visão de homem e mundo que contribua para uma sociedade mais justa e igualitária. Como recurso metodológico utilizamos pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, esta última, por meio de bancos de dados públicos e internacionais.

As evidências apresentadas por meio do estudo em questão, demonstram a necessidade de maiores avanços teóricos e problematizações no que diz respeito à saúde mental da população idosa. As políticas sociais públicas são defendidas como um mecanismo de proteção social que impera na realidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade e que perpassa pelo contexto do abandono social da pessoa idosa.

¹ Esta produção compõe o projeto de pesquisa de doutorado titulado “Esquecida ‘mente’: um estudo destinado às políticas de saúde mental para a população idosa no Brasil e no Uruguai”. Bolsa GD CNPq. A pesquisa encontra-se em andamento e apresentaremos parte de nossa produção não concluída, mas em processo de construção. Assim, o presente artigo versa sobre a produção acadêmica sobre Políticas de Saúde Mental e população idosa no Brasil e Uruguai.

A preocupação social com a população idosa, mais especificamente a sua saúde mental incide na defesa de políticas sociais como medidas de proteção social, pois são “mediação necessária para o atendimento das necessidades sociais dos segmentos das classes trabalhadoras, neles incluídos a população excedente, que condensam em suas vidas as múltiplas expressões das desigualdades sociais e da luta das mesmas” (IAMAMOTO, 2007, p. 195). As políticas sociais são uma resposta do Estado no cumprimento de seus deveres no reconhecimento dos direitos que devem ser garantidos. Ainda que as políticas sociais não mudem a estrutura da sociedade elas têm potência para minimizar as tensas contradições entre capital e trabalho.

A pesquisa que ampara esse artigo tem como objetivo central problematizar sobre a saúde mental da população idosa no Brasil e Uruguai com vistas a contribuir para a promoção de estratégias voltadas à saúde integral. A motivação para realizar a pesquisa se deu pela constatação do escasso material disponível seja livros, artigos, teses, dissertações, editoriais sobre o tema o que inspirou o título: o sofrimento que ninguém vê e, portanto, não escreve a respeito.

Acredita-se que estudos científicos que incidam sobre as políticas sociais, desvelando as contradições e potencialidades tem fôlego para contribuir na qualificação e defesa dessas políticas sociais. Especialmente nesse artigo as políticas sociais que têm como sujeito prioritário à pessoa idosa e como enfoque a sua saúde mental e está em consonância com o preconizado pelas políticas de saúde mental como o direito à saúde na integralidade e orientada para o campo da saúde, mas também para outras esferas de atenção.

É necessário esclarecer, que referente aos termos adequadamente utilizados, será preconizado aqueles que não reproduzem a estigmatização dos sujeitos e de acordo com o projeto ético político profissional do Assistente Social. Seguimos as orientações do Conselho Federal de Serviço Social- CFESS.

Conforme o caderno “Assistente Social no combate ao preconceito: discriminação contra a população usuária da saúde mental” lançado em 2022, “[...] o termo sofrimento ou adoecimento psicossocial nos remete àqueles que sofrem intensamente, permitindo que a experiência-sofrimento não seja reduzida a uma desordem e/ou periculosidade.” (CFESS, 2022, p.13). Deste modo, as expressões, doença mental e transtorno mental colaboram para o estigma e

o preconceito que envolvem as pessoas em sofrimento psicossocial, pois fortalecem a imagem de um sujeito em desordem. Por esta razão, não serão utilizadas nesse trabalho.

BRASIL E URUGUAI: onde e como está a pessoa idosa?

A eleição dos países Brasil e Uruguai para realização da pesquisa se justifica serem países com elevada população de idosos jovens (60-80 anos) e longevos (80 anos e mais) e cuja expectativa de vida vem aumentando em virtude do desenvolvimento de novas tecnologias medicinais e dos cuidados com a saúde, ainda que a realidade brasileira e uruguaia em relação à extensão territorial, geográfica e demográfica seja muito diferente.

No Brasil, há crescimento vertiginoso com duplicação da população brasileira “nos primeiros 40 anos do século XX” (IBGE, 2016, p. 24) já no Uruguai, a população não cresce muito além dos 3 milhões de habitantes há três décadas (INE, 2021). Assim, uma vez que há um número menor de pessoas em idade ativa e um número crescente de pessoas idosas inativas, o país enfrenta preocupações quanto aos sistemas de previdência, de saúde, de integração social e intergeracional, e obviamente de saúde mental. Importante destacar que o Uruguai apresenta crescimento populacional diferente da maioria dos países da América Latina.

As mudanças nas pirâmides demográficas no Brasil e no Uruguai também ocasionam alterações nas medidas de proteção social porque a expectativa de vida aumentou com a longevidade humana.

Culturalmente, associa-se a qualidade de vida ao bem-estar e a aparência física à saúde biológica, mas uma atenção menor é dada à saúde mental, a qual está vinculada às questões subjetivas, situações socioeconômicas, suporte social, relações intrafamiliares, modo e condições de vida, acesso aos serviços públicos, ao lazer, ao convívio social, dentre outros.

Os modos de envelhecer são heterogêneos e não decorre apenas de uma característica cronológica do organismo humano, “o envelhecimento é uma produção social” (Giovanni Alves, 2021). Viver por mais tempo não significa viver com qualidade, os desafios de envelhecer são determinados pelas dificuldades em manter uma qualidade de vida da maioria da classe trabalhadora, que depende da

venda de sua força de trabalho para a subsistência, o que se confirma em países com grande desigualdade social. De acordo com Giovanni Alves,

No curso da vida como pessoa que trabalha, a desefetivação da capacidade de trabalho aparece com o envelhecimento do trabalho vivo. Adoecer e no limite, morrer é expressão suprema do estranhamento como desefetivação da força de trabalho. Morre-se do trabalho capitalista; ou envelhecemos por conta do consumo destrutivo da força de trabalho pelo capital (ALVES, 2021, p. 114).

Tanto no Brasil, como no Uruguai, a população depende de mecanismos de proteção social para qualidade de vida, em que saúde, assistência social e previdência social são políticas básicas para a dignidade humana. Para tanto, há grandes desafios. Primeiro, porque quem sobrevive da garantia de trabalho e renda, ou seja, a classe trabalhadora, além de pagar altos tributos e impostos, não tem garantias de trabalho e ao chegar na velhice, a manutenção de uma qualidade de vida é mais cara. Segundo desafio é a concepção de Estado frente a velhice, existe uma desvalorização a pessoa idosa, pois como afirma Giovanni Alves, “os mais velhos e idosos tornam-se irremediavelmente sem valor, desvalorizados como humanidade-de-lixo - tal tendência estrutural verifica-se de modo explícito nos países de capitalismo dependente como o Brasil. (ALVES, 2021, p.116).

Para tanto, essa realidade não é só no Brasil. No Uruguai, notícias recentes (22 de abril de 2023) vieram a público com a seguinte reportagem: “Aposentados uruguaios exigem pensões dignas e reajustes dos beneficiários” (HORA DO POVO, 2023). Segue o destaque da notícia:

Manifestantes liderados pela Organização Nacional de Aposentados e Pensionistas do Uruguai (Onaipu) protestam “contra o ajuste fiscal dissimulado pela reforma da Previdência”, exigir um aumento de 3% nos benefícios e melhores condições de vida. Denunciando o “desrespeito e o abandono” a que vêm sendo submetidos pelo governo do presidente Luis Lacalle Pou, os representantes da entidade entregaram um documento ao mandatário em que assinalam a necessidade de que seja feito “já a partir de primeiro de julho”, a garantia de moradias dignas, um sistema integral de cuidados, assim como o fim da violência e dos maus-tratos aos idosos. (HORA DO POVO, abril, 2023, tradução nossa).

Constantemente a pessoa idosa é palco de lutas, desafios, contestações. Há barreiras implícitas e explícitas na atuação do Estado no que se refere a garantias de direitos a este segmento populacional. A sociedade tem um papel preponderante na defesa destes direitos, em que a mobilização política não é apenas advinda da pessoa idosa, mas de todos nós, pois “velhice” todos chegarão, faz parte do ciclo vital, é inevitável, irremediável, algo natural. Destarte, é preciso despertar para este fato e desmistificar a velhice como algo negativo.

A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA: uma compreensão para além da medicalização e patologização

A estrutura social deve ser considerada, assim como as refrações da questão social, objeto de nosso trabalho do assistente social e essas refrações na interface com o envelhecimento podem se expressar em estereótipos negativos, abandono social, negligência por parte do Estado, sociedade e instituições, diferentes violações de direitos, conflitos intergeracionais, precarização nas relações de trabalho, pobreza, entre outros.

As condições econômicas, políticas, sociais e culturais, portanto, estão intrinsecamente vinculadas à trajetória no processo de envelhecimento, em que a chegada da velhice é permeada por condições sócio-históricas particulares, mas dentro de uma dinâmica social contraditória. No momento em que o homem identifica as contradições existentes no real, ele é capaz de refletir, tendo como princípio buscar explicá-lo, sendo “a consciência da contradição o momento em que a contradição se torna princípio explicativo do real” (CURY, 1985, p.32). Assim, a consciência da contradição permitirá que o sujeito reflita e reveja o real em seus aspectos mais abrangentes, estabelecendo, dialeticamente, conhecimentos do fenômeno² em questão.

O sofrimento psicossocial é considerado uma construção social, heterogênea e que pode ou não ser progressiva e acarretar sérios problemas na saúde mental do sujeito. A dinâmica da sociedade, suas mudanças permeadas de contradições conduzem a um repensar crítico sobre a saúde mental da população idosa, que não se limita

² Segundo Kosik (1976, p.12), o fenômeno não é, portanto, outra coisa senão aquilo, que, diferentemente de essência oculta, manifesta-se imediatamente, primeiro e com maior frequência.

a diagnósticos protocolados de acordo com os interesses do capital, mas a uma lógica de universalização de direitos, que irá desde a prevenção, a promoção e a integralidade da saúde. Assim, a escolha dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa bibliográfica baseou-se nesta concepção.

Trata-se de um tema transversal, que requer diversas articulações entre as políticas sociais públicas para sua promoção, proteção, prevenção, atenção, recuperação e reabilitação na rede de atenção. Ela é multifacetada e deve ser compreendida para além dos aspectos físicos e patológicos.

O nosso olhar é voltado às refrações da questão social, tendo como referencial teórico, o dialético histórico crítico.

O PASSO A PASSO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação está sendo realizada em banco de dados públicos nacionais e internacionais reconhecidos cientificamente. O alcance dos estudos foi desenvolvido em um marco temporal de janeiro de 2013 a janeiro de 2023 e os descritores escolhidos para o levantamento bibliográfico são os seguintes: Descritor A (*D.A*) “Envelhecimento e Saúde Mental”, Descritor B (*D.B*) “Idoso e Saúde mental”, Descritor C (*D.C*) “*Política de Saúde mental e Idoso*” e Descritor D (*D. D*) “Saúde Integral e Idoso”. Os bancos de dados pesquisados foram: CAPES (teses e dissertações); Scielo Brasil e Scielo Uruguay; Scopus.

Para buscar tendência de publicações do tema em estudo em âmbito nacional e internacional, optou-se pela plataforma Scopus, pois trata-se da maior do mundo. A escolha intencional dos bancos de dados é relevante pois permite conhecer e avaliar a produção de conhecimento existente e possíveis lacunas contribuindo para novas pesquisas no campo da saúde mental e envelhecimento, uma vez que os índices de sofrimento mental a pessoa idosa é um debate ainda incipiente e que necessita de reconhecimento no campo das políticas sociais.

Destarte, quando selecionados os artigos pesquisados no banco de dados Scielo, após a leitura do título, palavras-chaves e resumo, delimitamos como critério de inclusão, temáticas que versam sobre os descritores *A*, *B*, *C* e *D* numa perspectiva ampliada.

Como critério de exclusão, artigos direcionados a questões de saúde mental neurológicas/clínicas/patológicas como: “demências” e “déficit cognitivo”, foram descartados. Mesmo incluídas no campo da saúde mental, elas são situações neurológicas, onde as ações são clínicas, pois é uma doença específica, progressiva, considerada um declínio geral das habilidades mentais e em geral, receitados por orientação médica. Artigos sem consonância com o tema, também foram excluídos, uma vez que não atendem aos objetivos propostos da pesquisa.

Os artigos que abordam a temática sobre demência e outras doenças degenerativas vinculam o debate a respeito do tratamento e ações clínicas. Há poucos estudos vinculados à relação com as determinações da saúde. O que nos leva a pensar na importância sobre o assunto, uma vez que as situações de demência vêm aumentando significativamente e acredita-se estar também relacionado às situações de desigualdade social, que afetam a qualidade de vida da população.

Ainda que se reconheça que a pessoas com demência também podem sofrer processos discriminatórios, de precarização de serviços, incipiente acesso a recursos, buscamos delimitar o tema saúde mental no viés psicossocial, incorporado e de acordo com as políticas de saúde mental, foco central do tema em estudo.

Para tanto, é necessário esclarecer que a nossa base teórica de análise é o método dialético histórico crítico. A escolha pelo referencial histórico dialético crítico se fundamenta na sua concepção de sujeito e sociedade e no modo de intervenção na realidade. Lefebvre (1975, p. 238) afirma que “nada é isolado. Isolar um fato, um fenômeno, e depois conservá-lo pelo entendimento nesse isolamento, é privá-lo de sentido, de explicação, de conteúdo”.

O método histórico dialético-crítico, mais do que um referencial epistemológico, é uma ferramenta que proporciona uma visão de homem e de mundo que contribui para uma melhor compreensão da realidade, numa perspectiva de totalidade, possibilitando um pensar mais crítico e reflexivo diante das contradições entre capital e trabalho. Esse método nos aproxima da realidade social, viabilizando a compreensão das interferências sociais, econômicas, políticas e culturais que regem a sociedade, traduzindo contradições que precisam ser desveladas para futuras ações efetivas e de alcance social. Vislumbrar

ações sociais que incluam a ampliação de políticas sociais efetivas de responsabilidade do Estado requer uma análise contextual.

RESULTADOS

Destacamos a seguir o resultado de nossa sistematização “levantamento bibliográfico”, banco de dados *Scielo Brasil*. O marco temporal da pesquisa é de 2013 a janeiro de 2023. Aberto a todas as áreas do conhecimento e revistas.

Referente ao *Descritor A (D.A) Envelhecimento AND Saúde Mental*, foram 73 artigos encontrados, destes, 21 foram selecionados. Quanto aos autores/as, 01 é das ciências sociais aplicadas, 01 da área das ciências humanas e sociais, e os outros da área da saúde.

Quanto aos artigos publicados, 19 em revistas nacionais e 02 em revistas internacionais, todos vinculados à área da saúde. O ano de publicação é bastante diversificado: Ano de 2022 (3), Ano de 2021 (02). Ano de 2019 (04), Ano de 2018 (02), Ano de 2016 (02), Ano de 2015 (02), Ano de 2014 (03) e Ano de 2013 (03). Não há publicações no ano de 2023 (janeiro), 2020 e 2017.

Número de publicações *D.A*:

De 2018 a 2022 - 11 publicações

De 2013 a 2016 - 10 publicações

Referente ao *Descritor B (D.B) Idoso AND Saúde Mental*, foram 169 artigos encontrados, destes, 47 selecionados. Também verificamos que 04 artigos estavam repeditos, pois eram os mesmos destacados no D.A. Quanto aos autores/as, todos são da área da saúde. Todos os artigos são publicados em revistas nacionais, da área da saúde. O ano de publicação, temos: Ano de 2022 (12), Ano de 2020 (06), Ano 2018 (04), Ano 2017 (08), Ano 2016 (03), Ano 2015 (07), Ano 2014 (04), Ano 2013 (03). Não encontramos publicações no ano de 2023 (janeiro), 2021 e 2019.

Número de publicações *D.B*:

De 2018 a 2022 - 22 publicações

De 2013 a 2016 - 25 publicações

Quanto ao *Descritor C (D.C) Política de Saúde Mental AND Idoso*, encontramos 03 artigos. Todos da área da saúde e publicados em revistas nacionais. Os artigos não abordam a Política de Saúde Mental. Não foi encontrado nenhum artigo que abordasse sobre o *D.C*. Consideramos um indicativo argumentativo importante, uma vez que o tema proposto se torna cada vez mais necessário e relevante socialmente.

Podemos verificar no quadro a seguir que os artigos não contemplam o *D. C*.

TÍTULO	PALAVRAS-CHAVE	AUTORIA	REVISTA	ANO
Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial https://www.scielo.br/rj/reben/a/c74c4v6K7bbSQpdQnQ5S55c/?lang=en	Saúde Mental; Enfermagem; Psiquiátrica; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Saúde do Idoso	Tatiana Gomes da Silva; Rosimere Ferreira Santana; Virginia Faria Damásio Dutra; Priscilla Alfradique de Souza.	Rev. Bras. Enfermagem, 2020;73.	2020
Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência https://www.scielo.br/j/cs/c/a/3yLR9FbB6NtDcjb6v9pZxQq/?lang=pt	Violência; Saúde; Idoso; Mortalidade.	Edimilsa Ramos de Souza; Bruna Soares Chaves Correia.	Ciência & Saúde Coletiva, 15(6): 2753-2762.	2010
Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária https://www.scielo.br/j/tce/a/q7HbWFNKM7CQtcPx5wJmMJc/?lang=pt	Saúde mental; Idosos; Atenção primária à saúde; Enfermagem	Fábia Barbosa de Andrade; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Djair Dias; Antônia Oliveira Silva; Iris do Céu Clara Costa; Édija Anália Rodrigues de Lima; Cristina Kátia Torres; Teixeira Mendes.	Texto Contexto – Enfermagem, 19 (1).	2010

Referente ao *Descritor D (D.D) Saúde Integral AND Idoso*, foram encontrados 17 artigos. O objetivo deste levantamento é analisar o entendimento sobre saúde integral; se a saúde mental está incluída na saúde integral, assim como, quais as demandas existentes no campo da saúde integral da população idosa. A análise para responder a estes questionamentos será realizada numa outra etapa da pesquisa. Por tanto, não será apresentado neste artigo. O intuito

aqui é justificar o porquê da escolha do *Descritor D*.

Conforme o levantamento bibliográfico, verificamos que todos os autores são da área da saúde e um artigo publicado em conjunto com a *University of East Anglia*. Todos foram publicados em revistas nacionais da área da saúde.

Quanto ao ano de publicação, temos: Ano de 2022 (01), Ano de 2021 (02), Ano 2020 (04), Ano 2018 (2), 2017 (02), Ano 2016 (01), Ano 2015 (01), Ano 2014 (02), Ano 2013 (02). Não encontramos publicação no ano de 2019 e em 2023 (janeiro).

Número de publicações *D.D*:

De 2018 a 2022 - 09 publicações

De 2013 a 2017 - 08 publicações

Destacamos a seguir o “levantamento bibliográfico” do banco de dados *SciELO Uruguay*. O marco temporal da pesquisa é de 2013 a novembro de 2022. Aberto a todas as áreas do conhecimento e revistas. Os descritores foram incluídos em espanhol:

Descritor A (D.A): “Envejecimiento y Salud Mental”. Foram achados, 112 produções no total. Os países que apareceram foram: Brasil (22); Colombia (15); España (14); Rve (Revista *Ver a Educação*) (12); Salud Pública (12); Portugal (09); Cuba (8); Pimenta (7); Chile (7); México (5); Perú (3); Venezuela (2); Argentina (1); Ecuador (1); Paraguay (1). O país Uruguay não aparece, ou seja, não consta nenhuma produção científica.

Descritor B (D.B): “Ancianos y Salud Mental”. Encontramos um total de 151 produções. Os países que apareceram foram: Brasil (50), Rve (35), Saúde Pública (15), Portugal (14), Espanha (8), Colombia (10), Cuba (9), México (3), Chile (2), Argentina (1), Bolívia (1), Costa Rica (1), Peru (1), Paraguai (1). O país Uruguay não aparece, ou seja, não consta nenhuma produção científica.

Descritor C (D.C): “Politica de Salud Mental y Personas Mayores” Encontramos 04 no total (sendo que 02 repetem o descritor anterior. Colombia (1); Brazil (1); Rve (1); Saúde Pública (1).

Descritor D (D.D) “Salud Integral y Ancianos”: Brasil (28); Rve (22); Cuba (11); Colômbia (7) (dois repetem); Espanha (6); Saúde Pública (3); Mexico (1); Portugal (1); Chile (1); Peru (1); Uruguai (1); Índias Ocidentais (1).

Destacamos a seguir o resultado do “levantamento bibliográfico” do banco de dados **CAPE** (*dissertações e teses*). O marco temporal da pesquisa é de 2013 a janeiro de 2023. Aberto a todas as áreas do conhecimento.

Encontramos 08 teses e 13 dissertações referentes ao *D.A.* Todos vinculados à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sendo 01 do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e os outros do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Quanto ao ano de publicação: 2013 (02), 2014 (05), 2015 (05), 2016 (01), 2017 (02), 2019 (01), 2020 (02) e 2021 (03). Não encontramos publicações dos anos 2018, 2022 e 2023 (janeiro).

Número de publicações *D.A* (*dissertações e teses*):

De 2018 a 2022 - 06 publicações

De 2013 a 2017 - 15 publicações

Quanto ao *D.B.*, encontramos 28 no total, sendo que 21 são produções repetidas, as mesmas do *D.A.* Assim, sobrou um total de 07. Destas, 04 são teses e 03 dissertações. Todos vinculados a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em que 06 são do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica e 01 vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. As publicações ocorreram nos anos de 2019 (01), 2018 (02), 2017(01) e 2014 (03). Não encontramos produções nos anos de 2023 (janeiro), 2022, 2021, 2016, 2015 e 2013.

Quanto ao *D.C* (*Política de Saúde Mental AND Idoso*), há um total de 03 produções, sendo 02 dissertações (ano de 2015 e 2017) e 01 tese (ano de 2021). Todas as 03 produções repetem as anteriores e não contemplam sobre a Política de Saúde Mental. Conforme consta no quadro a seguir:

TÍTULO	PALAVRAS-CHAVES	AUTORIA	PROGRAMA	UNIVERSIDADE	ANO
Para além dos muros do manicômio: a atenção aos idosos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (REPETE DESCRITOR A, B)	serviço social; idosos; envelhecimento - aspectos sociais; transtornos mentais; qualidade de vida; saúde mental.	Alves, Vanessa Castro Bulla, Leonia Capaverde	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2015
Psicologia positiva e envelhecimento: propriedades psicométricas da escala de gratidão para idosos brasileiros. (Tese) (REPETE DESCRITOR A, B)	idosos (psicologia); avaliação psicológica; gratidão; gerontologia; psicologia.	Viana, Susy Ane Ribeiro Argimon, Irani Iracema de Lima	Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2021
As experiências sociais de idosos que fazem uso de álcool e outras drogas em municípios de fronteira (REPETE DESCRITOR A, B)	alcooolismo; assistência social; abuso de drogas; envelhecimento; serviço social.	Fonseca Junior, Roberto da Cruz Grossi, Patricia Krieger	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2017

Referente ao *D.D*, encontramos 01 dissertação (2013) e 02 teses (ano de 2018 e 2019). Uma tese repete o *D. A*. Todas são da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. O programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica é referência no Estado do RS, existe desde 2000 e é credenciado no Sistema Nacional de Pós-graduação da CAPES na área interdisciplinar. Justifica a centralidade de publicações na área do envelhecimento humano e saúde mental neste programa, uma vez que a Universidade PUCRS, conta também com Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG), sendo esta uma unidade acadêmica da PUCRS com diferentes ações interdisciplinares na área do envelhecimento, assim como Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental (GPESM). O que verificamos é pouca pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social quanto as produções acadêmicas vinculadas a esta temática, uma vez que ela compõe o campo da saúde.

O Serviço Social como uma profissão interventiva e investigativa pode contribuir muito nestes espaços acadêmicos, principalmente no que se refere ao campo das políticas sociais. Assim, faz-se necessário ampliar as produções de pesquisa e processos investigatórios que promovam maior visibilidade à profissão e contribuição no campo do envelhecimento humano.

Destacamos a seguir o “levantamento bibliográfico”, banco de dados **Scopus**. O marco temporal da pesquisa é de 2013 a janeiro de 2023. As áreas de conhecimento filtradas foram: medicina, enfermagem, psicologia, profissões da saúde, ciências sociais, multidisciplinar, artes e humanidades. Os países escolhidos foram da América Latina e os cinco países que estão no ranking como os mais envelhecidos do mundo: Japão, Itália, Grécia, Finlândia e Portugal. Segundo o Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade de Juiz de Fora (2019).

Este é o ranking dos cinco países com mais idosos do mundo e em que Portugal entra pela primeira vez, substituindo a Alemanha na quinta posição. Os dados são da mais recente pesquisa do Euromonitor International, que destaca Portugal “que tem facilitado sua política de imigração, num esforço para reverter a tendência de despovoamento”, mas que, apesar disso, “ainda é esperado um forte aumento da sua população acima dos 65 anos até 2030”. (UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA, 23 de abril de 2019).

No banco de dados internacional **Scopus**, encontramos referente ao *Descritor A (D.A)* “Ageing and Mental Health” 369 publicações, sendo que 145 foram selecionadas. O *Descritor B (D.B)* “Elderly and Mental Health” encontramos 828 resultados e destes, 170 repetem o D.A. Selecionamos 109 publicações. Quanto ao *Descrito C (D.C)* “Mental Health policies and elderly” encontramos apenas 04 resultados e 01 selecionado. Por último, o *Descrito D (D.D)* “Comprehensive health and Elderly” encontramos 64 resultados, sendo que 01 repete o D.A e 02 repetem o D.B. Foram selecionadas 06 publicações. A pesquisa não foi totalmente concluída até o momento, estamos analisando os autores dos artigos, sua Universidade, Instituição vinculada. Também estamos verificando os anos de publicação e a procedência das revistas.

A pesquisa documental segue sendo realizada. Até o momento foi apresentado o que realizamos de momento e que por hora consideramos relevante publicizar. O que podemos afirmar, no entanto, é que quanto às Políticas Sociais de Saúde Mental e População idosa é praticamente inexistente estudos. E que no que se refere a saúde mental da população idosa, a grande maioria ainda impera sobre os efeitos patológicos e medicamentosos. A saúde mental da população idosa é associada na maioria dos estudos a aspectos demências,

doenças degenerativas, suas consequências, sequelas e possíveis medicações e estratégias retardatárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento gradativo e acelerado da população idosa e sua saúde mental são questões de saúde pública. Há indícios conforme apontado no decorrer do trabalho que demonstram situações de sofrimento psicossocial à pessoa idosa e que carecem de maiores investigações e pesquisas a respeito.

A seriedade do problema considerado social, ultrapassa fatores biológicos e medicinais, de cunho patológico. Deve ser considerada as determinações sociais da saúde, ou seja, considerar a estrutura de sociedade a qual vivemos, sob ideologia neoliberal.

Existe uma concepção de Estado que determina o que é e não é garantidor de investimento público. Assim, existe uma preocupação no apagamento social da população idosa e suas condições de sofrimento psicossocial, pois há uma tendência em naturalizar o sofrimento humano e estigmatizar o idoso.

Defender a saúde mental da população idosa requer um posicionamento ético-político, com embasamento teórico à luz do método histórico dialético crítico. Mostrar evidências científicas que comprovem a necessidade imediata de políticas sociais públicas que previnam e promovam saúde mental a um segmento populacional crescente e ainda inviabilizado socialmente. Desvendar as contradições existentes frente a uma realidade do envelhecimento humano na era do “capitalismo senil” (ALVES, 2021).

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O Trabalho Envelhecido**: as contradições metabólicas do capital no século XXI. Volume 1. Marília SP: Praxis, 2021.

CFESS. **Série assistente social no combate ao preconceito**: discriminação contra a população usuária da saúde mental. Caderno 8, Brasília: CFESS, 2022.

CURY, C. R. J. **Educação e Contradição**. São Paulo: Cortez e autores associados, 1985.

HORA DO POVO. **Aposentados uruguaios exigem pensões dignas e reajuste dos benefícios.** 22 de abril de 2023. Disponível em: <https://horadopovo.com.br/aposentados-uruguaios-exigem-pensoes-dignas-e-reajuste-dos-beneficios/>. Acesso em: 10 de junho de 2023.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto.** 1. Reedição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal e lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

URUGUAY-INE. Instituto Nacional de Estatística. **Estatísticas sócio demográficas.** Disponível em: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/>. Acesso em: 09 de junho de 2023.

UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA. **Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade de Juiz de Fora.** Data: 23 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/>. Acesso em: janeiro de 2023.

CAPITULO 2

THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY: the suffering that nobody sees¹

Carin Otilia Kaefer Lisbôa
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUCTION

The central theme of this article is the Mental Health of the Elderly Population. Our analysis is based on the understanding that the mental health of the elderly must be understood beyond medicalization and pathologization, in other words, recognizing the social impacts of an exclusionary society with latent social inequalities. Thus, we contextualize the theme, in which aspects of social life are considered, against the backdrop of the capitalist mode of production under neoliberal hegemony.

The method used is the critical historical dialectic method, as it will provide us with a reading of reality that is consistent with the theoretical and methodological precepts of Social Work, where a critical reading and unveiling of reality are essential for a vision of man and the world that contributes to a fairer and more egalitarian society. As a methodological resource, we used bibliographical research and documentary research, the latter through public and international databases.

The evidence presented in this study demonstrates the need for greater theoretical advances and problematization with regard to the mental health of the elderly population. Public social policies are defended as a mechanism of social protection that prevails in the reality of subjects in situations of vulnerability and that permeates the context of the social abandonment of the elderly.

The social concern with the elderly population, more specifically their mental health, has led to the defense of social policies as

¹ This production forms part of the doctoral research project entitled “Forgotten mind: a study aimed at mental health policies for the elderly population in Brazil and Uruguay”. GD CNPq Scholarship. The research is ongoing and we will present part of our production that is not completed, but is in the process of construction. Thus, this article deals with academic production on Mental Health Policies and the elderly population in Brazil and Uruguay.

measures of social protection, since they are a “necessary mediation for meeting the social needs of segments of the working classes, including the surplus population, who condense in their lives the multiple expressions of social inequalities and their struggle” (Iamamoto, 2007, p. 195). Social policies are a response from the state in fulfilling its duties to recognize the rights that must be guaranteed. Although social policies do not change the structure of society, they have the power to minimize the tense contradictions between capital and labour.

The central aim of the research behind this article is to problematize the mental health of the elderly population in Brazil and Uruguay with a view to contributing to the promotion of strategies aimed at comprehensive health. The motivation to carry out the research came from the fact that there was very little material available, whether books, articles, theses, dissertations or editorials on the subject, which inspired the title: the suffering that nobody sees and therefore doesn’t write about.

It is believed that scientific studies that focus on social policies, revealing their contradictions and potential, can contribute to their qualification and defense. Particularly in this article, social policies that have the elderly as a priority subject and focus on their mental health and are in line with what is advocated by mental health policies, such as the right to health in its entirety and not only oriented towards the field of health, but also towards other spheres of care.

It is necessary to clarify that regarding the terms properly used, those that do not reproduce the stigmatization of the subjects and are in accordance with the Social Worker’s professional ethical and political project will be recommended. We follow the guidelines of the Federal Council of Social Services (CFESS).

According to the booklet “Social Worker in the fight against prejudice: discrimination against the mental health user population” released in 2022, “[...] the term suffering or psychosocial illness refers to those who suffer intensely, allowing the experience-suffering not to be reduced to a disorder and/or dangerousness.” (CFESS, 2022, p.13). In this way, the terms mental illness and mental disorder contribute to the stigma and prejudice surrounding people in psychosocial distress, as they strengthen the image of a subject in disorder. For this reason, they will not be used in this work.

BRAZIL AND URUGUAY: Where and how are the elderly?

Brazil and Uruguay were chosen as the countries to carry out the research because they have a high population of young (60-80 years) and long-lived (80 years and over) elderly people, whose life expectancy has been increasing due to the development of new medicinal technologies and health care, even though the reality in Brazil and Uruguay is very different in terms of territory, geography and demographics.

In Brazil, there has been vertiginous growth, with the Brazilian population doubling “in the first 40 years of the 20th century” (IBGE, 2016, p. 24), while in Uruguay, the population has not grown much beyond 3 million inhabitants for three decades (INE, 2021). As a result, since there are fewer people of working age and a growing number of inactive older people, the country faces concerns about its social security and health systems, social and intergenerational integration, and, of course, mental health. It is important to note that Uruguay’s population growth is different from most Latin American countries.

The changes in the demographic pyramids in Brazil and Uruguay have also led to changes in social protection measures because life expectancy has increased with human longevity. Culturally, quality of life is associated with well-being and physical appearance and biological health, but less attention is paid to mental health, which is linked to subjective issues, socio-economic situations, social support, intra-family relationships, way of life and living conditions, access to public services, leisure, social interaction, among others.

The ways of growing old are heterogeneous and are not just the result of a chronological characteristic of the human organism: “ageing is a social production” (Alves, 2021). Living longer doesn’t mean living with quality. The challenges of growing old are determined by the difficulties in maintaining a quality of life for the majority of the working class, who depend on selling their labor power for subsistence, which is confirmed in countries with great social inequality. According to Giovanni Alves,

In the course of life as a working person, the de-effectivization of work capacity appears with the ageing of living labor. Falling ill and, ultimately, dying is the supreme expression of estrangement

as the de-effectivization of the workforce. We die from capitalist work; or we grow old because of the destructive consumption of labor power by capital (ALVES, 2021, p. 114).

In both Brazil and Uruguay, the population depends on social protection mechanisms for quality of life, in which health, social assistance and social security are basic policies for human dignity. To this end, there are major challenges. Firstly, because those who survive on guaranteed work and income, i.e. the working class, in addition to paying high taxes, have no job guarantees and, when they reach old age, maintaining a quality of life is more expensive. The second challenge is the state's conception of old age. There is a devaluation of the elderly, because, as Giovanni Alves says, "the oldest and oldest old become irremediably worthless, devalued as humanity-garbage - this structural tendency can be seen explicitly in dependent capitalist countries like Brazil". (ALVES, 2021, p.116). And this is not just the case in Brazil. In Uruguay, recent news (April 22, 2023) came out with the following report: "Uruguayan pensioners demand decent pensions and readjustments for beneficiaries" (HORA DO POVO, 2023). Here's the headline:

Demonstrators led by the National Organization of Retirees and Pensioners of Uruguay (Onaipu) are protesting "against the fiscal adjustment disguised by the pension reform", demanding a 3% increase in benefits and better living conditions. Denouncing the "disrespect and abandonment" to which they have been subjected by the government of President Luis Lacalle Pou, the representatives of the organization delivered a document to the president in which they point out the need to guarantee decent housing, a comprehensive care system, as well as an end to violence and mistreatment of the elderly "as of July 1st" (HORA DO POVO, April 2023).

The elderly are constantly faced with struggles, challenges and disputes. There are implicit and explicit barriers in the actions of the state when it comes to guaranteeing the rights of this segment of the population. Society has a leading role to play in defending these rights, and political mobilization is not just for the elderly, but for all of us, because "old age" will come to everyone, as it is part of the life cycle, it is inevitable, irremediable, something natural. We need to wake up to this fact and demystify old age as something negative.

THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY: an understanding beyond medicalization and pathologization

The social structure must be considered, as well as the refractions of the social question, which is the object of our work as social workers. These refractions at the interface with ageing can be expressed in negative stereotypes, social abandonment, negligence on the part of the state, society and institutions, various rights violations, intergenerational conflicts, precarious working relationships, poverty, among others.

Economic, political, social, and cultural conditions are therefore intrinsically linked to the ageing process, in which the arrival of old age is permeated by particular socio-historical conditions, but within a contradictory social dynamic. The moment one identifies the contradictions that exist in reality, one is able to reflect, with the principle of seeking to explain it, “the awareness of contradiction being the moment when contradiction becomes an explanatory principle of reality” (CURY, 1985, p.32). Thus, awareness of the contradiction will allow the subject to reflect and review reality in its broadest aspects, dialectically establishing knowledge of the phenomenon in question. According to Kosik (1976, p.12), the phenomenon is therefore nothing other than that which, unlike the hidden essence, manifests itself immediately, first and most often.

Psychosocial suffering is considered to be a social construction, heterogeneous and which may or may not be progressive and lead to serious problems in the subject’s mental health. The dynamics of society, its changes permeated by contradictions, lead to a critical rethinking about the mental health of the elderly population, which is not limited to protocol diagnoses according to the interests of capital, but to a logic of universalization of rights, which will range from prevention, promotion and comprehensive health. Thus, the choice of inclusion and exclusion criteria for the bibliographical research was based on this concept.

This is a cross-cutting issue, which requires various links between public social policies for its promotion, protection, prevention, care, recovery and rehabilitation in the care network. It is multifaceted and must be understood beyond the physical and pathological aspects. Our gaze is focused on the refractions of the social question, using the critical historical dialectic as a theoretical framework.

THE STEP-BY-STEP INVESTIGATION

The research is being carried out in national and international scientifically recognized public databases. The scope of the studies was developed in a time frame from January 2013 to January 2023 and the descriptors chosen for the bibliographic survey are as follows: Descriptor A (D.A) “Ageing and Mental Health”, Descriptor B (D.B) “Elderly and Mental Health”, Descriptor C (D.C) “Mental Health Policy and the Elderly” and Descriptor D (D. D) “Comprehensive Health and the Elderly”. The databases searched were: CAPES (theses and dissertations); Scielo Brasil and Scielo Uruguay; Scopus.

The Scopus platform was chosen to search for trends in national and international publications on the subject under study, as it is the largest in the world. The intentional choice of databases is relevant because it allows us to know and evaluate the production of existing knowledge and possible gaps, contributing to new research in the field of mental health and ageing, since the rates of mental suffering in the elderly is still an incipient debate that needs recognition in the field of social policies.

Thus, when selecting the articles researched in the Scielo database, after reading the title, keywords and abstract, we delimited as inclusion criteria themes that deal with the descriptors A, B, C and D in an expanded perspective.

As an exclusion criterion, articles aimed at neurological/clinical/pathological mental health issues such as “dementia” and “cognitive impairment” were discarded. Even though they are included in the field of mental health, they are neurological situations, where the actions are clinical, as it is a specific, progressive disease, considered to be a general decline in mental abilities and generally prescribed by medical advice. Articles not in line with the theme were also excluded, as they did not meet the research objectives.

The articles on dementia and other degenerative diseases link the debate to treatment and clinical actions. There are few studies on the relationship with health determinants. This leads us to think about the importance of the subject, since dementia has been increasing significantly and is also believed to be related to situations of social inequality, which affect the population’s quality of life.

Although it is recognized that people with dementia can also suffer from discriminatory processes, precarious services and incipient access to resources, we sought to delimit the topic of mental health from

a psychosocial perspective, incorporated into and in accordance with mental health policies, as the central focus of the topic under study.

To this end, it is necessary to clarify that our theoretical basis for analysis is the critical historical dialectical method. The choice of the critical historical dialectical framework is based on its conception of the subject and society and the way in which it intervenes in reality. Lefebvre (1975, p. 238) states that “nothing is isolated. To isolate a fact, a phenomenon, and then preserve it through understanding in this isolation, is to deprive it of meaning, of explanation, of content”.

The dialectical-critical historical method, more than an epistemological reference, is a tool that provides a vision of man and the world that contributes to a better understanding of reality, from a perspective of totality, enabling more critical and reflective thinking in the face of the contradictions between capital and labor. This method brings us closer to social reality, making it possible to understand the social, economic, political, and cultural interferences that govern society, translating contradictions that need to be unveiled for future effective actions with a social reach. To envision social actions that include the expansion of effective social policies that are the responsibility of the state requires a contextual analysis.

RESULTS

Below we highlight the result of our systematization “bibliographic survey”, Scielo Brazil database. The time frame of the research is from 2013 to January 2023. Open to all areas of knowledge and journals.

Regarding Descriptor A (D.A) Ageing AND Mental Health, 73 articles were found, of which 21 were selected. As for the authors, one was from the applied social sciences, one from the humanities and social sciences, and the others from the health area.

As for the articles published, 19 were in national journals and 02 in international journals, all linked to the health area. The year of publication is quite diverse: Year 2022 (3), Year 2021 (02). Year 2019 (04), Year 2018 (02), Year 2016 (02), Year 2015 (02), Year 2014 (03) and Year 2013 (03). There were no publications in 2023 (January), 2020 and 2017. Number of publications D. A:

From 2018 to 2022 – 11 publications

From 2013 to 2016 - 10 publications

With regard to Descriptor B (D.B) Elderly AND Mental Health, 169 articles were found, of which 47 were selected. We also found that 04 articles were republished, as they were the same as those highlighted in the D.A. As for the authors, all of them are from the health area. All the articles were published in national health journals. The year of publication was: Year 2022 (12), Year 2020 (06), Year 2018 (04), Year 2017 (08), Year 2016 (03), Year 2015 (07), Year 2014 (04), Year 2013 (03). We found no publications in the year 2023 (January), 2021 and 2019. Number of publications D.B:

From 2018 to 2022 – 22 publications

From 2013 to 2016 - 25 publications

As for Descriptor C (D.C) Mental Health Policy AND Elderly, we found 03 articles. All were from the health sector and published in national journals. The articles do not address Mental Health Policy. We did not find any articles dealing with DC. We consider this to be an important argumentative indicator, since the proposed topic is becoming increasingly necessary and socially relevant.

We can see in the table below that the articles do not include the D.C.

TITLE	KEYWORDS	AUTHOR	REVIEW	YEAR
Implementing the nursing process in mental health: convergent care research	Mental Health; Nursing; Psychiatric; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Elderly Health	Tatiana Gomes da Silva; Rosimere Ferreira Santana ; Virginia Faria Damásio Dutra; Priscilla Alfradique de Souza.	Rev. Bras. Enferm. 2020;73.	2020
Construction of evaluation indicators for health care policies for elderly victims of accidents and violence	Violence; Health; Elderly; Mortality.	Edinila Ramos de Souza; Bruna Soares Chaves Correia.	Ciência & Saúde Coletiva, 15(6): 2753- 2762.	2010
Promoting the mental health of the elderly in primary care: the contributions of community therapy	Mental health; Elderly; Primary health care; Nursing	Fábia Barbosa de Andrade; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Djair Dias; Antônia Oliveira Silva; Iris do Céu Clara Costa; Edija Analia Rodrigues de Lima; Cristina Kátya Torres; Teixeira Mendes.	Texto Contexto – Enferm. 19 (1).	2010

With regard to Descriptor D (D.D) Comprehensive Health AND Elderly, 17 articles were found. The aim of this survey is to analyze the understanding of integral health; whether mental health is included in integral health, as well as what demands exist in the field of integral health for the elderly population. The analysis to answer these questions will be carried out in another stage of the research. Therefore, it will not be presented in this article. The aim here is to justify why Descriptor D was chosen.

According to the bibliographic survey, all the authors are from the health area and one article was published jointly with the University of East Anglia. All were published in national health journals.

As for the year of publication, we have: Year 2022 (01), Year 2021 (02), Year 2020 (04), Year 2018 (2), 2017 (02), Year 2016 (01), Year 2015 (01), Year 2014 (02), Year 2013 (02). We found no publications in 2019 and 2023 (January). Number of publications D.D:

From 2018 to 2022 - 09 publications

From 2013 to 2017 - 08 publications

The following is a “bibliographic survey” of the Scielo Uruguay database. The time frame of the research is from 2013 to November 2022. Open to all areas of knowledge and journals. The descriptors were included in Spanish:

Descriptor A (D.A): “Envejecimiento y Salud Mental”. A total of 112 articles were found. The countries that appeared were: Brazil (22); Colombia (15); Spain (14); Rve (Revista Ver a Educação) (12); Salud Pública (12); Portugal (09); Cuba (8); Pimenta (7); Chile (7); Mexico (5); Peru (3); Venezuela (2); Argentina (1); Ecuador (1); Paraguay (1). The country of Uruguay does not appear, i.e. there is no scientific production.

Descriptor B (D.B): “Ancianos y Salud Mental”. We found a total of 151 productions. The countries that appeared were: Brazil (50), Rve (35), Public Health (15), Portugal (14), Spain (8), Colombia (10), Cuba (9), Mexico (3), Chile (2), Argentina (1), Bolivia (1), Costa Rica (1), Peru (1), Paraguay (1). The country of Uruguay does not appear, i.e. there is no scientific production.

Descriptor C (D.C): “Política de Salud Mental y Personas Mayores” We found 04 in total (02 of which repeat the previous

descriptor. Colombia (1); Brazil (1); Rve (1); Saúde Pública (1).

Descriptor D (D.D) “Salud Integral y Ancianos”: Brazil (28); Rve (22); Cuba (11); Colombia (7) (two repeats); Spain (6); Public Health (3); Mexico (1); Portugal (1); Chile (1); Peru (1); Uruguay (1); West Indies (1).

The following are the results of the “bibliographic survey” of the CAPES database (dissertations and theses). The time frame of the research is from 2013 to January 2023. Open to all areas of knowledge.

We found 08 theses and 13 dissertations related to the D.A. All were linked to the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), 01 from the Graduate Program in Social Work and the others from the Graduate Program in Biomedical Gerontology. As for the year of publication: 2013 (02), 2014 (05), 2015 (05), 2016 (01), 2017 (02), 2019 (01), 2020 (02) and 2021 (03). We found no publications from the years 2018, 2022 and 2023 (January). Number of publications D.A (dissertations and theses):

From 2018 to 2022 - 06 publications

From 2013 to 2017 - 15 publications

As for the D.B, we found 28 in total, 21 of which are repeated productions, the same as the D.A. This leaves a total of 07. Of these, 4 are theses and 3 dissertations. All are linked to the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, 06 of which are from the Graduate Program in Biomedical Gerontology and 01 is linked to the Graduate Program in Psychology. The publications took place in 2019 (01), 2018 (02), 2017 (01) and 2014 (03). We found no publications in the years 2023 (January), 2022, 2021, 2016, 2015 and 2013.

As for D.C (Mental Health Policy AND the Elderly), there are a total of 03 productions, 02 dissertations (2015 and 2017) and 01 thesis (2021). All 03 productions repeat the previous ones and do not cover Mental Health Policy.

As shown in the table below:

TITLE	KEYWORDS	AUTHOR	REVIEW	YEAR
Beyond the walls of the asylum: care for the elderly in Psychosocial Care Centers - CAPS (REPEAT DESCRIPTOR A, B)	social services; elderly; ageing; social aspects; mental disorders; quality of life; mental health	Alves, Vanessa Castro Bulla, Leonia Capaverde	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2015
Positive psychology and ageing: psychometric properties of the gratitude scale for elderly Brazilians. (Thesis) (REPEAT DESCRIPTOR A, B)	elderly people; (psychology) psychological; assessment gratitude; gerontology; psychology	Viana, Susy Ane Ribeiro Argimon, Irani Iracema de Lima	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2021
The social experiences of elderly people who use alcohol and other drugs in border towns (REPEAT DESCRIPTOR A, B)	Alcoholism; social assistance; drug abuse; ageing; social work	Fonseca Junior, Roberto da Cruz Grossi, Patricia Krieger	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2017

Regarding the D.D., we found 01 dissertation (2013) and 02 theses (2018 and 2019). One thesis repeats the D.A. All are from the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Graduate Program in Biomedical Gerontology. The Graduate Program in Biomedical Gerontology is a reference in the state of Rio Grande do Sul. It has existed since 2000 and is accredited by the National Graduate System of CAPES in the interdisciplinary area. It justifies the centrality of publications in the area of human ageing and mental health in this program, since PUCRS University also has the Institute of Geriatrics and Gerontology (IGG), which is an academic unit of PUCRS with different interdisciplinary actions in the area of ageing, as well as the Ageing and Mental Health Research Group (GPESM). What we found is that there is little research in the Post-graduate Program in Social Work on academic productions linked to this theme, since it is part of the health field.

As an interventionist and investigative profession, Social Work can make a huge contribution in these academic spaces, especially in the field of social policies. It is therefore necessary to expand research and investigative processes that give greater visibility to the profession and contribute to the field of human ageing.

The “bibliographic survey”, Scopus database, is highlighted below. The time frame of the research is from 2013 to January 2023. The areas of knowledge filtered were: medicine, nursing, psychology, health professions, social sciences, multidisciplinary, arts and humanities. The countries chosen were from Latin America and the

five countries ranked as the oldest in the world: Japan, Italy, Greece, Finland and Portugal. According to the Demography and Population Studies Laboratory at the University of Juiz de Fora (2019).

This is the ranking of the five countries with the most elderly people in the world and Portugal has entered it for the first time, replacing Germany in fifth place. The data comes from the latest Euromonitor International survey, which highlights that Portugal “has eased its immigration policy in an effort to reverse the depopulation trend”, but that, despite this, “a sharp increase in its population over 65 is still expected by 2030”. (UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA, April 23, 2019).

In the international database Scopus, we found 369 publications for Descriptor A (D.A) “Ageing and Mental Health”, of which 145 were selected. We found 828 results for Descriptor B (D.B) “Elderly and Mental Health”, of which 170 repeated D.A. We selected 109 publications. As for Descriptor C (D.C) “Mental Health policies and elderly”, we found only 04 results and selected 01. Finally, we found 64 results for Descriptor D (D.D) “Comprehensive health and Elderly”, 01 of which repeated D.A and 02 repeated D.B. Six publications were selected. The research has not been fully completed at the moment, we are analyzing the authors of the articles, their University and Institution. We are also checking the years of publication and the origin of the journals.

Documentary research is still underway. So far, we have presented what we have done hitherto and what we consider relevant to publicize. What we can say, however, is that there are practically no studies on Social Policies on Mental Health and the Elderly Population. Besides, when it comes to the mental health of the elderly population, the vast majority still focus on pathological effects and medication. In most studies, the mental health of the elderly population is associated with aspects of dementia, degenerative diseases, their consequences, sequelae and possible medications and delaying strategies.

FINAL CONSIDERATIONS

The gradual and rapid increase in the elderly population and their mental health are public health issues. There is evidence, as

pointed out in the course of this work, of situations of psychosocial suffering for the elderly, which require further investigation and research.

The seriousness of the problem, which is considered to be social, goes beyond biological and medicinal factors of a pathological nature. The social determinants of health must be taken into account, i.e. the structure of society in which we live, or under neoliberal ideology.

There is a conception of the state that determines what does and does not guarantee public investment. Thus, there is concern about the social erasure of the elderly population and their conditions of psychosocial suffering, as there is a tendency to naturalize human suffering and stigmatize the elderly.

Defending the mental health of the elderly population requires an ethical-political stance, with a theoretical basis in the light of the critical historical dialectical method. Showing scientific evidence that proves the immediate need for public social policies that prevent and promote mental health for a growing population segment that is still socially unviable. Unveil the contradictions that exist in the face of the reality of human ageing in the era of “senile capitalism” (ALVES, 2021).

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

ALVES, G. **O Trabalho Envelhecido**: as contradições metabólicas do capital no século XXI. Volume 1. Marília SP: Praxis, 2021.

CFESS. **Série assistente social no combate ao preconceito**: discriminação contra a população usuária da saúde mental. Caderno 8, Brasília: CFESS, 2022.

CURY, C. R. J. **Educação e Contradição**. São Paulo: Cortez e autores associados, 1985.

HORA DO POVO. **Aposentados uruguaios exigem pensões dignas e reajuste dos benefícios**. 22 de abril de 2023. Disponível em: <https://horadopovo.com.br/aposentados-uruguaios-exigem-pensoes-dignas-e-reajuste-dos-beneficios/>. Acesso em: 10 de junho de 2023.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 1. Reedição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal e lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

URUGUAY-INE. Instituto Nacional de Estatística. **Estatísticas sócio demográficas**. Disponível em: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/>. Acesso em: 09 de junho de 2023.

UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA. **Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade de Juiz de Fora**. Data: 23 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/>. Acesso em: janeiro de 2023.

CAPÍTULO 3

CASA DE PAPELÃO E A LIBERDADE EM TRAPOS: a integralidade, intersetorialidade e o cuidado da população em situação de rua¹

Gisele Selistre Ramon
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUÇÃO

*Ele era um andarilho.
Ele tinha um olhar cheio de sol de águas de árvores de aves.
Ao passar pela Aldeia
Ele sempre me pareceu a liberdade em trapos.
O silêncio honrava a sua vida. (Barros 2004, p. 75).*

Caminhar pelas ruas das cidades brasileiras é se aventurar em um agitado aleidoscópio de pessoas, cores, cheiros, vozes, suspiros, lamentos, risos e sorrisos... são crianças, jovens, adultos, idosos, trabalhadores, estudantes. Movimentam-se pessoas que vem e vão com um destino planejado e pessoas que não vem nem vão pois já chegaram ao seu destino!...a rua não é caminho para algum lugar. A rua é o lugar!

São pessoas que tem nas ruas sua morada, o seu local de trabalho e sobrevivência. Sujeitos que encontram nas marquises a proteção, na calçada o leito, no papelão o calor e no cão o carinho... Alguns os denominam andarilhos, termo que o dicionário significa como “os que andam sem um rumo”. Alguns como o poeta Manoel de Barros veem neles poesia: “O andarilho é um ser errático — igual a poesia” (Barros, 2006).

É sobre essas pessoas e/o lugar que elas ocupam que esse artigo pretende contribuir com algumas reflexões. Talvez nos falte a poesia do Manoel de Barros e nos transborde a leitura de uma rea-

¹ Esse artigo é produto das reflexões instigadas pela pesquisa de doutorado intitulada “As faces perversas da (des)proteção social e sua interface com a saúde mental” da acadêmica Gisele Selistre Ramon orientada pela Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini do PPGSS-PUCRS. Este doutorado é financiado através de bolsa da CAPES.

lidade fria e, por vezes, desumana, através da análise de dados, das ponderações sobre esse segmento populacional e sobre as limitações das políticas que deveriam protegê-los. Somos assistentes sociais, pesquisadoras, docentes, trabalhadoras que tem no seu objeto de intervenção a superação das diferentes manifestações de desigualdades, o fortalecimento dos processos de resistências e a defesa dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora.

Como o trabalho do assistente social acontece em grande parte, mas não exclusivamente, vinculado a políticas públicas, somos ambas trabalhadoras da política de saúde ou da política de assistência social, e nessas políticas ao não encontramos as condições e ferramentas para realizar nosso trabalho, muitas vezes questionamos e resistimos aos desmandos e contradições das próprias políticas para as quais vendemos nossa força de trabalho. Nos amparamos no projeto ético político da nossa profissão que tem como norte e horizonte a defesa intransigente dos direitos, da dignidade, do acesso a serviços de qualidade.

A partir destes pressupostos, elaboramos esse artigo no intuito de fomentar a reflexão acerca da materialização dos princípios de integralidade e da intersetorialidade, no que se refere ao cuidado disponibilizado pelas políticas públicas para a população em situação de rua, segmento populacional que por vezes é invisibilizado em seus direitos e em suas demandas. Realizamos revisão de literatura preliminar sobre o tema população em situação de rua, com enfoque nos desafios do atendimento em saúde mental para essa população. O entendimento de população em situação de rua abarca uma caracterização plural, utilização do espaço urbano e dos logradouros públicos em decorrência da ausência de moradia, da realização de atividades laborativas informais ou de ambos e, para alguns desses sujeitos, o espaço para uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

O espaço da rua, ao romper com o socialmente estabelecido, convoca os profissionais das diferentes políticas públicas a realizarem seu trabalho junto a essa população de maneira singular a essa realidade ausentando-se de suas paredes e tetos, substituindo os consultórios por marquises, asfalto e calçadas. Ressalta-se a importância da intersetorialidade para atendimento desta população, e a necessidade de compreensão dos sujeitos de maneira integral, pois

“as linhas invisíveis” que permeiam as políticas públicas se mostram tênues diante da complexidade que envolve o cuidado para e com a população em situação de rua.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: o necessário reconhecimento da heterogeneidade

Olhos nos olhos sem dar sermão
Nada na boca e no coração
Seus amigos são um cachimbo e um cão
Casa de papelão
(Casa de Papelão – Criolo.)

Este breve excerto da música “Casa de Papelão” do rapper Criolo descortina uma imagem parte do cenário urbano das grandes metrópoles: alguém sozinho, tendo como teto uma marquise, como paredes uma caixa de papelão, como cama trapos e papéis e como companheiro/amigo/família um cão. A realidade da “casa de papelão” feita de caixas, restos de madeira, lonas e cobertores ajuda a proteger da intempérie e do frio soma-se o senso comum de que o sujeito que vive na rua é violento e usuário de alguma substância psicoativa (“cachimbo”). Essa imagem e essa crença podem alimentar a falsa e, talvez, confortável ideia de que tudo sobre essa população já é sabido e nada mais há a saber e a fazer, negando-se assim o reconhecimento da sua heterogeneidade e as singularidades de suas necessidades.

Reconhecendo que essa é uma população que, se em alguns aspectos possui similaridades, cada sujeito que se encontra em situação de rua possui uma história de vida, e necessidades singulares, bem como possui direito a proteção foi instituída a “Política Nacional para a População em Situação de Rua” pelo Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009. O texto da política evidencia que se trata de,

grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória ([Brasil, 2009]).

O reconhecimento da heterogeneidade nos convoca a compreender a trajetória de vida nas ruas através de uma série de especificidades como gênero, raça, etnia e sexualidade e que apresentam diferentes contornos, desafios, riscos e vulnerabilidades. Encontrar-se em situação de rua moradia ou sobrevivência, apresenta experiências com características diferenciadas e singulares para mulheres, transexuais, homossexuais, pessoas com deficiência e pessoas com transtornos mentais. Afirma-se que a vulnerabilidade desencadeada pela situação de rua tem em comum todas as possíveis violações de direitos para esses sujeitos (violência de gênero, homofobia, transfobia, capacitismo etc.).

Contemplando as similaridades das experiências destes sujeitos e reiterando que essa caracterização não exaure as diversas formas possíveis de vivência de rua, Andrade e Andrade (2022) apresentam alguns elementos classificatórios comuns das vivências da população em situação de rua:

1. Trabalhadores na rua – Pessoas que vão à rua sozinhas ou em família e retornam para casa ao fim do dia. Suas táticas de sobrevivência são desenvolvidas individualmente ou em grupo, destacando principalmente a mendicância, a prostituição e a coleta de materiais recicláveis;
2. Mantendo os vínculos familiares – Pessoas que passaram a residir na rua, mas ainda mantêm vínculos com as famílias que possuem residência fixa, visitando-as regularmente. Em muitos casos as famílias residem em cidades diferentes das que as pessoas em situação de rua estão, o que torna menos frequente a visita;
3. A rua como moradia – Pessoas que perderam os vínculos familiares que foram rompidos por fatores diversos (distância, brigas, exploração, abusos, falta de comida e/ou uso de álcool e drogas). Na rua, vivem em grupos que delimitam espaços, regras de convivência e funções. Desenvolvem táticas de sobrevivência diversas: roubo, mendicância, malabares, consumo e venda de drogas, relações sexuais consentidas ou pagas. Muitos formam famílias e gestam filhos, mesmo estando em situação de rua. Há casos em que bebês são alugados para outros membros do grupo, para que estes, fazendo-se passar por família da criança, a use como sensibilizador na mendicância. Assim, para eles, a rua se torna um lugar de dinâmicas variadas;
4. Usuários e passadores – Pessoas que além de estarem em situação de rua também fazem uso constante ou comercializam drogas. A maior parte do dinheiro que ganham é destinado à compra de drogas ilícitas como crack, thinner, cola e outras. São pessoas que necessitam de políticas públicas de saúde e estão mais vulneráveis às violências e à morte;

5. Trecheiros – São as pessoas em situação de rua que não tem residência fixa e circulam entre as cidades, “correm trecho”. A permanência em cada cidade normalmente é curta e está vinculada ao ganho de dinheiro. Quando o ganho reduz, mudam para outra. A escolha de cada cidade também segue um calendário de festas locais, onde o ganho é mais significativo (Andrade; Andrade, 2022, p. 16-17).

De maneira geral, a trajetória das ruas se divide entre a rua moradia e a rua sobrevivência. Na rua moradia, o espaço urbano, os logradouros públicos, as praças, parques, marquises, imóveis e prédios públicos e privados tornam-se espaços de constituição da moradia dos sujeitos. A situação de rua moradia pode ocorrer de forma perene ou eventual quando os sujeitos retornam para habitação junto a familiares ou outra rede primária de apoio. Com relação a rua sobrevivência, o espaço da rua abre-se para as atividades laborais dos sujeitos de maneira informal. O trabalho pode ocorrer de forma lícita ou ilícita e, nesta configuração, é a maneira adotada pelos sujeitos para garantia de sua subsistência. O consumo e a venda de substâncias psicoativas se confundem entre os locais de venda de drogas e as cenas de uso. Os limiares da Segurança Pública, Saúde e Assistência Social muitas vezes se esbarram e se atravessam denunciando a fluidez das responsabilidades de cada política e a importância da intersetorialidade.

Embora o fenômeno da situação de rua, nos grandes centros urbanos, não seja uma realidade recente, os insuficientes dados disponibilizados sobre essa população indicam um aumento. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA informa que o número de pessoas em situação de rua no Brasil cresceu 211% no período correspondente entre 2012 e 2022, sendo que no período entre 2019 e 2022 esse crescimento foi de 38% (IPEA, 2022). A crise social, econômica e sanitária, decorrente da pandemia de covid-19, iniciada em 2020, auxiliou no processo de pauperização da população brasileira e, conseqüentemente, no aumento dramático do processo de rualização. Em Porto Alegre, os dados disponibilizados ainda se referem ao Censo da População de Rua de 2016, realizado em parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e a Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC. Naquele ano foram identificadas 2.115 pessoas em situação de rua na capital gaúcha (Gehlen et. al, 2017).

Os dados anteriormente informados evidentemente não correspondem mais a realidade de Porto Alegre, o que torna ainda mais desafiador debater a realidade da população em situação de rua e as possibilidades de enfrentamento de suas vulnerabilidades.

A INTEGRALIDADE E A INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO: além dos tetos, paredes e salas de atendimento.

Considerando que o espaço da rua rompe com o socialmente estabelecido e o esperado, a realização de duas atividades cotidianas, o morar e o trabalhar, são realizados sem paredes ou tetos. Impõem-se a reflexão sobre a adequação da abordagem dessa população pelas políticas públicas estar em sintonia com essa realidade, e ser realizada para além das paredes e tetos aproximando-se das marquises, asfalto e calçadas pois esse é o espaço de vida dessa população.

Com recorte específico para a política de saúde mental brasileira, o atendimento da população usuária no espaço da rua tem uma perspectiva revolucionária, considerando que historicamente a saúde mental esteve vinculada a institucionalização total em manicômios. O cuidado em liberdade é uma perspectiva relativamente atual, e inicia na década de 1970 no período da redemocratização brasileira sendo tema na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). O Brasil tem marcos históricos nessa luta com participação ativa na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em 1990 em Caracas-Venezuela. Outro marco significativo foi a instituição da Lei nº 10.216 que preconizou a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Hirdes, 2009) e dispôs sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). A legislação passa então a conceber o cuidado em liberdade privilegiando o tratamento em âmbito ambulatorial, territorial e através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são “*serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação*”

psicossocial". ([BRASIL, 2022]). A legislação brasileira ao questionar o modelo hospitalocêntrico focado na institucionalização, no encarceramento da "loucura" como estratégia de tratamento mudou de paradigma e passou a privilegiar cuidado a partir do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos usuários e no atendimento na rede básica de saúde. Esse modelo de cuidado em saúde mental enfrentou e enfrenta desafios em especial o preconceito histórico dirigido aos sujeitos com transtornos mentais que se multiplica quando ao transtorno mental se soma a situação de rua. Segundo Pagot (2012),

A vida na rua, para os doentes mentais em particular, reveste-se de maiores dificuldades com relação a outros habitantes na mesma condição. Isso porque são criminalizados pela polícia e objeto de agressão da comunidade, transeuntes e inclusive de outros 'sem teto', com quem não chegam a desenvolver laços sociais [...] apresentam como um de seus sintomas característicos o fato de fugir dos lares; esse sair pela rua esta associado, muitas vezes, à falta de condições que a família tem de dar conta de sua enfermidade; assim eles acabam vagando pelas ruas [...] (Pagot, 2012, p. 87).

Se a vida nas ruas é uma situação adversa, a adversidade é potencializada para as pessoas com transtorno mental pois sua rua/moradia fragiliza os vínculos familiares e comunitário, os sintomas psiquiátricos acirram as dificuldades na adesão a tratamentos e atendimentos tradicionais dificultando o cumprimento de agendas e consultas com horários pré-estabelecidos tornando-os mais suscetíveis às violências. A fragilidade nos vínculos se materializa na solidão e/ou ausência de pessoas que auxiliem na organização e acompanhamento de agendas, uso de medicações, realização de exames etc.

Em pesquisa realizada junto a população em situação de rua de Porto Alegre o aumento do uso de substâncias psicoativas foi pontuado pelos participantes: 58,1% dos entrevistados informaram problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, sendo que 24,6% informaram fazer uso de álcool todos os dias (SCHUCH et al, 2017). Ressalta-se que 24% dos entrevistados referiram que se encontravam em situação de rua devido ao uso de álcool e drogas e 32% relacionaram sua ida para as ruas por "instabilidade familiar" (Schuch et al, 2017, p. 85).

Historicamente há um "não lugar" de atendimento para população em situação de rua nas Unidades Básicas de Saúde - UBSs

portanto, o cuidado em saúde para a população em situação de rua exige a criação de outras estratégias ou estratégias alternativas que superem esse “não lugar”. Embora o Sistema Único de Saúde tenha como princípios doutrinários a universalidade e a integralidade, a negativa de atendimento para usuários “não domiciliados” se expressa em relatos antigos e persiste ainda hoje. Pagot (2012), apresenta este panorama histórico na cidade de Porto Alegre:

Temos conhecimento da existência de sujeitos em situação de rua que permanecem defronte hospitais e UBSs, estando os mesmos não incluídos nas agendas de trabalho das equipes como parte de sua tarefa de atendimento. Em geral, a inclusão desses sujeitos só acontece mesmo após um contato intersetorial da equipe do CAPS [...], no sentido de responsabilização da UBS [...] UBSs e PSFs, conforme orientação da gerência de saúde e da coordenação de saúde mental da SMS, devem atender à população de rua. Entretanto, o que fazem cotidianamente é prestar atendimento apenas a pessoas que tem domicílio próprio (Pagot, 2012, p. 99).

A concretização de uma política de saúde universalizante e integral que contemplasse a singularidade da população em situação de rua exigiu a implementação de equipamentos específicos o que corroborou na criação dos Consultórios na Rua. Em 2011 a Portaria nº 2.488 instituiu a Política Nacional de Atenção Básica a qual propôs uma mudança substancial na lógica dos tratamentos ao defender a necessidade para essa população de atendimento itinerante e no espaço da rua. Ao reconhecer as particularidades e necessidades desta população, o Consultório na Rua compõe com os outros serviços e equipamentos já existentes na rede de saúde, atuando como serviço de travessia e ampliação da possibilidade de acesso aos usuários. Essa composição aponta para o desafio da constituição de atendimentos e acompanhamentos em saúde mental na Atenção Primária em Saúde – APS que ocorram de maneira corresponsável com os CAPS e garantam a integralidade. Para Bosi (2016) a integralidade do cuidado segue sendo um desafio no cotidiano da política de saúde na medida em que *“convoca e interpela não somente a dimensão técnica, mas a dimensão ético-política do cuidado e suscita o embate de muitas vozes sociais”* (Bosi, 2016, p. 16). E como a integralidade não se constrói sozinha e tão pouco solitariamente ela vai impor *“revisões no modelo formador de profissionais em compasso*

com a construção de modelos de atenção que conjuguem essas dimensões” (Bosi, 2016, p. 16), portanto para a “efetividade de um programa de atenção às pessoas em situação de rua, independentemente de nomenclatura ou a que política esteja vinculada, se faz necessário rever a composição multidisciplinar das equipes, bem como a qualificação destes profissionais para este trabalho diferenciado” (Santana, 2014, p.1800).

E, ainda que se entenda que a integralidade “*não se reduz a ações técnicas de combate à doença*” (Bosi, 2016, p.16), afirma-se aqui que a rede de saúde deve oferecer equipamentos que deem conta das demandas de saúde da população, o que não ocorre de maneira plena nos Consultórios na Rua e CAPS em Porto Alegre, uma vez que esses equipamentos são em número insuficiente para atendimento da população. A fragmentação da rede e a escassez de recursos além de não oferecer respostas adequadas a essa população pode ter um efeito ainda mais deletério contribuindo para “culpabilização do sujeito que se sente incapaz de se inserir nessa estrutura complexa. A atuação desarticulada e deficiente em termos de materiais, recursos humanos, organização dos serviços e outros, somada às barreiras e preconceitos existentes entre os profissionais, refletem os limites das políticas setoriais” (Santana, 2014, p.1798)

O site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre ([2023a]) informa a existência de duas equipes de Consultório na Rua no Município, sendo que uma atua em parte da Zona Norte e outra atua na região Centro o que evidencia um grande vazio assistencial em grande parte da cidade. Ainda no site da Prefeitura de Porto Alegre ([2023b]) com relação aos CAPS II, (acompanhamento de adultos com transtornos mentais) há menção de 04 equipamentos e CAPSad (acompanhamento de maiores de 16 anos com uso de álcool e outras drogas) há menção de 08 equipamentos para todo o município de Porto Alegre e com recorte territorial de atendimento. Com exceção dos Consultórios na Rua, os serviços disponibilizados não são de uso exclusivo pela população em situação de rua, o que torna a demanda ainda superior à sua oferta.

Nesse cenário inquietante e pouco promissor evoca-se a importância da intersetorialidade a fim de superar “as linhas invisíveis” que permeiam as políticas públicas que se mostram mais fluidas e complexas quando o cuidado envolve a população em situação de

rua e com transtorno mental para que, de forma convergente, possa oferecer respostas concretas às vulnerabilidades em saúde e saúde mental da população em situação de rua. Desta forma, entendemos que “o êxito para a atenção integral à população de rua depende de uma abordagem intersetorial, aberta e consciente das demandas que emergem dos indivíduos que se encontram nas ruas, desempenhando a função do acolhimento e da educação em saúde” (Santana, 2014, p.1800)

Os princípios doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade, iluminam e direcionam a política de saúde, foram consagrados na Constituição Federal de 1988 e estão inscritos na Lei 8080 de setembro de 1990. A recenticidade não reduz a sua importância, mas indica o desafio para sua consolidação (Bellini; Scherer; Ferreira; Faler, 2016).

Assim como a integralidade, a intersetorialidade é um termo polissêmico e plural, portanto sujeito a diferentes compreensões e usos. A intersetorialidade no seu sentido mais simples pressupõe diálogo profícuo entre diferentes setores a fim de construir respostas articuladas e efetivas às demandas da população. O termo intersetorialidade ou ações intersetoriais consta nas agendas e pautas internacionais das políticas de saúde sendo identificado com maior vigor no “*arcabouço legal dos documentos oficiais das Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, especialmente na declaração de Alma-Ata de 1978, em Otawa no ano de 1986 e na Declaração de Adelaide em 1988*” (Faler, Schleiniger, 2016, p.32).

O fato de ser tema em conferências nacionais e internacionais ampliou seu valor mas não a sua efetivação e o artigo “Intersetorialidade como possibilidade de concertação entre as políticas sociais: desafios postos a realidade brasileira” (Bellini et al, 2017), já apontava a complexidade dessa concertação descrita como “*decidir por um acordo comum, formar um concerto*” (2017, p.20). A concertação dependeria de uma “*interdependência generosa em que a intersetorialidade não é apenas a instalação de arranjos multisetoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum*” (Akerman, 2014, p.298 apud Bellini et al, 2017, p.20).

REFLEXÕES FINAIS

Considerando as vulnerabilidades a que a população em situação de rua que sofre de transtornos mentais está exposta, a heterogeneidade em suas demandas e necessidades, a responsabilidade e os limites das políticas públicas em proteger essa população, acredita-se que a intersetorialidade e a integralidade podem fomentar encontros convergentes a partir da escuta, tendo como estofo o respeito, a alteridade, a dignidade, a compreensão dessas pessoas na sua integridade e o direito a saúde como direito a vida. Nessa perspectiva, a integralidade e intersetorialidade se entrelaçam e transbordam “as linhas invisíveis” que permeiam as políticas públicas.

Cabe ressaltar que os princípios do Sistema Único de Saúde e o cuidado integral dos sujeitos, se materializam apenas quando há o reconhecimento de sua importância e a oferta de serviços em número adequado as demandas da população. Como destacado ao longo deste artigo, a oferta de serviços de saúde mental, bem como serviços de atendimento específicos para população em situação de rua, ainda demonstra ser aquém da demanda, que após a pandemia de covid-19 tem aumentado.

Amparadas em Bosi (2017, p.16) defendemos que “*Somente a assunção do home² como um ser integral pode levar à compreensão plena de um cuidado com base em um sistema integrado, no qual não somente o combate à doença, mas a produção de vida ganhe força*”. E parafraseando o poeta “*devemos conhecer algumas poucas cousas sobre a fisiologia dos andarilhos. Avaliar até onde o isolamento tem o poder de influir sobre seus gestos, sobre a abertura de sua voz etc. Estudar talvez a relação desse homem com as suas árvores, com as suas chuvas, com as suas pedras. ...Saber enfim qual o momento em que esse homem começa a adivinhar*” (Barros, 2000a, p. 84).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, FS; ANDRADE, SV. Quanto vale uma vida? O massacre de pessoas em situação de rua no Brasil in ANDRADE, FS; ANDRADE, SV; SANTOS, GSN; OLIVEIRA, MAC [Orgs.] Invisíveis: pes-

2 Homem no sentido genérico.

soas em situação de rua no Brasil – significantes e significados. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 242p.

AKERMAN, M et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Ciência Saúde Coletiva, v.19, n.11, nov.2014.

BARROS, M. Livro sobre nada. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BARROS, M. Poemas rupestres. Rio de Janeiro: Record, 2004.

BELLINI, MIB.; SCHERER, PT; FERREIRA, GG; FALER, C. Intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

BELLINI, MIB.; SCHERER, PT; FERREIRA, GG; FALER, C. Universalidade na universidade e na política de saúde: interfaces possíveis In Intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

BELLINI, MIB; SCHERER, PT; FALER, C. in Intersetorialidade e políticas sociais: uma concertação possível. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2017.

BELLINI, MIB. et al. Intersetorialidade como possibilidade de concertação entre as políticas sociais: desafios postos a realidade brasileira in Intersetorialidade e políticas sociais: uma concertação possível. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2017. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

BOSI, MLM. A sempre complexa tarefa de promover saúde: para além da objetivação (prefácio) in FROTA, MA.; SILVA, RM. (org.) Promoção da saúde na integralidade do cuidado. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm> Acesso em: 18 de novembro de 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 05 de março de 2022.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção

e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 14 de dezembro de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 21 de abril de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. 2022, Online. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps>> Acesso em: 14 de dezembro de 2022.

FALER, C.; S, CS. Educação na saúde: enfoque na intersetorialidade em intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

FROTA, MA.; SILVA, RM. (org.) Promoção da saúde na integralidade do cuidado. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.

GEHLEN, I et al. Dinâmicas, estratégias e Munda da População em Situação de Rua de Porto Alegre. in SCHUCH, P; GEHLEN, I; SANTOS, SR [Orgs.] População de Rua: políticas públicas, práticas e vivências. Porto Alegre: Cirkula, 2017. 317p.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº 103: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). 2023. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=faa83eb1-f7fb-44d9-ba91-341a7672611d>> Acesso em: 31 de março de 2023.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão in Ciência & Saúde Coletiva. nº 14, 2009. p. 297-305. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXXF9mkPwxvK9HXvFL39Nf/?lang=pt>> Acesso em 19 de dezembro de 2022.

PAGOT, AM. O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 230 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Consultório na Rua. 2023a. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/consultorio-na-rua>>. Acesso em: 21 de abril de 2023.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. 2023b. Disponível em: <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686> Acesso em: 21 de abril de 2023.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014.

SCHUCH, P. et al. População adulta em situação de rua em Porto Alegre: uma síntese. in SCHUCH, P; GEHLEN, I; SANTOS, SR [Orgs.] População de Rua: políticas públicas, práticas e vivências. Porto Alegre: Cirkula, 2017. 317p.

CAPÍTULO 4

CARDBOARD HOUSE AND FREEDOM IN RAGS: comprehensive care, intersectoral action, and care for the homeless population¹

Gisele Selistre Ramon
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUCTION

He was a wanderer.
He had a gaze filled with sun, water, trees, and birds.
As he passed through the Village,
He always seemed to me like freedom in rags.
Silence honored his life (Barros 2004, p. 75).

Walking through the streets of Brazilian cities is to venture into a bustling kaleidoscope of people, colors, smells, voices, sighs, laments, laughs, and smiles... there are children, youth, adults, elders, workers, students. There are people who come and go with a planned destination and people who neither come nor go because they have already reached their destination!... The street is not a path to somewhere. The street is the place!

These are people who make the streets their home, their workplace, and their means of survival. Individuals who find shelter under awnings, a bed on the sidewalk, warmth in cardboard, and affection in dogs... Some call them wanderers, a term that the dictionary defines as “those who wander aimlessly.” Some, like the poet Manoel de Barros, see poetry in them: “The wanderer is an erratic being — just like poetry” (Barros, 2006).

These people and the place they occupy is what this article intends to contribute some reflections about. Perhaps we lack the poetry of Manoel de Barros and are overwhelmed by the reading of a

¹ This article is the product of reflections instigated by the doctoral research titled “The perverse faces of (un) social protection and its interface with mental health” by the academic Gisele Selistre Ramon, supervised by Prof. Dr. Maria Isabel Barros Bellini from PPGSS-PUCRS. This doctoral program is funded through a scholarship from CAPES.

cold and sometimes inhumane reality, through data analysis, reflections on this population segment, and the limitations of policies that should protect them. We are social workers, researchers, educators, workers whose intervention object involves overcoming different manifestations of inequalities, strengthening resistance processes, and defending the social rights conquered by the working class.

As the work of social workers largely, but not exclusively, happens within public policies, we are both workers in health policy or social assistance policy, and within these policies, when we do not find the conditions and tools to carry out our work, we often question and resist the arbitrariness and contradictions of the very policies for which we sell our labor power. We rely on the ethical-political project of our profession, which has as its north and horizon the uncompromising defense of rights, dignity, and access to quality services.

Based on these assumptions, we have prepared this article with the intention of fostering a reflection on the materialization of the principles of comprehensiveness and intersectoral action, regarding the care provided by public policies for the homeless population, a population segment that is sometimes rendered invisible in terms of their rights and demands. We conducted a preliminary literature review on the topic of the homeless population, focusing on the challenges of mental health care for this population. The understanding of the homeless population encompasses a plural characterization, the use of urban space and public places due to lack of housing, engaging in informal work activities, or both, and for some of these individuals, space for the use of psychoactive substances (licit or illicit).

The space of the street, by breaking with the socially established, calls upon professionals from different public policies to carry out their work with this population in a unique way, moving away from their walls and roofs, replacing consulting rooms with awnings, asphalt, and sidewalks. The importance of intersectoral action for the care of this population is emphasized, as well as the need to understand individuals in a comprehensive manner, as the “invisible lines” that permeate public policies prove to be faint in the face of the complexity involved in caring for and with the homeless population.

HOMELESS POPULATION: the necessary recognition of heterogeneity.

Eye to eye without sermon
Nothing in the mouth and in the heart
Their friends are a pipe and a dog
Cardboard house
(Casa de Papelão - Criolo)

This brief excerpt from the song “Casa de Papelão” by rapper Criolo reveals a part of the urban scenario of large cities: someone alone, with a marquee as a roof, a cardboard box as walls, rags and papers as a bed, and a dog as a companion/friend/family. The reality of the “cardboard house” made of boxes, pieces of wood, tarpaulins, and blankets helps protect against the elements and the cold, adding to the common sense that the person living on the street is violent and uses some psychoactive substance (“pipe”). This image and this belief may feed the false and perhaps comfortable idea that everything about this population is already known, and there is nothing more to know and do, thus denying the recognition of its heterogeneity and the singularities of its needs.

Recognizing that this is a population that, while in some aspects has similarities, each individual in a situation of homelessness has a life story and unique needs, as well as the right to protection, the “National Policy for the Homeless Population” was instituted by Decree 7,053 of December 23, 2009. The policy text shows that it is a

heterogeneous population group that has in common extreme poverty, interrupted or weakened family ties, and the absence of regular conventional housing, and that uses public places and degraded areas as living and livelihood spaces, temporarily or permanently, as well as shelter units for temporary overnight stays or as temporary housing ([Brasil, 2009]).

Recognizing heterogeneity calls us to understand the life trajectory on the streets through a series of specificities such as gender, race, ethnicity, and sexuality, which present different contours, challenges, risks, and vulnerabilities. Being in a situation of homelessness presents experiences with different and unique characteristics for women, transsexuals, homosexuals, people with disabilities,

and people with mental disorders. It is stated that the vulnerability triggered by homelessness has in common all possible violations of rights for these individuals (gender violence, homophobia, transphobia, ableism, etc.).

Acknowledging the similarities in the experiences of these individuals and reiterating that this characterization does not exhaust the various possible forms of street living, Andrade and Andrade (2022) present some common classificatory elements of the experiences of the homeless population:

1 - Workers on the street - People who go out alone or with their families and return home at the end of the day. Their survival tactics are developed individually or in groups, highlighting mainly begging, prostitution, and collecting recyclable materials;

2 - Maintaining family ties - People who have started living on the street but still maintain ties with families who have fixed residences, visiting them regularly. In many cases, families live in different cities from those where people experiencing homelessness are, which makes visits less frequent;

3 - Street as home - People who have lost family ties that were broken by various factors (distance, fights, exploitation, abuse, lack of food and/or use of alcohol and drugs). On the street, they live in groups that define spaces, rules of coexistence, and functions. They develop various survival tactics: theft, begging, juggling, consumption and sale of drugs, consensual or paid sexual relationships. Many form families and have children, even while experiencing homelessness. There are cases where babies are rented to other members of the group, so that they, posing as the child's family, use them as a sympathy tool for begging. Thus, for them, the street becomes a place of various dynamics;

4- Users and passers-by - People who, in addition to being homeless, also constantly use or sell drugs. Most of the money they earn is spent on buying illicit drugs such as crack, thinner, glue, and others. They are people who need public health policies and are more vulnerable to violence and death;

5- Wayfarers - These are people experiencing homelessness who have no fixed residence and move between cities, "run routes". The stay in each city is usually short and is linked to earning money. When earnings decrease, they move to another city. The choice of each city also follows a schedule of local festivals, where earnings are more significant (Andrade; Andrade, 2022, p. 16-17).

In general, the trajectory of the streets is divided between street housing and street survival. In street housing, urban spaces, public places, squares, parks, marquees, buildings, and public and

private properties become spaces for the subjects' housing. The situation of street housing can occur permanently or occasionally when subjects return to housing with relatives or another primary support network. Regarding street survival, the street space opens up for the subjects' informal work. Work can occur legally or illegally, and in this configuration, it is the way adopted by subjects to guarantee their subsistence. The consumption and sale of psychoactive substances blur between drug sales locations and scenes of use. The boundaries of Public Safety, Health, and Social Assistance often collide and intersect, denouncing the fluidity of the responsibilities of each policy and the importance of intersectoral action.

Although the phenomenon of homelessness in large urban centers is not a recent reality, the insufficient data available on this population indicates an increase. The Institute of Applied Economic Research - IPEA reports that the number of people experiencing homelessness in Brazil increased by 211% in the period between 2012 and 2022, with an increase of 38% in the period between 2019 and 2022 (IPEA, 2022). The social, economic, and health crisis resulting from the COVID-19 pandemic, which began in 2020, contributed to the process of impoverishment of the Brazilian population and, consequently, to the drastic increase in the process of urbanization. In Porto Alegre, the data available still refers to the Homeless Population Census of 2016, carried out in partnership between the Federal University of Rio Grande do Sul - UFRGS and the Foundation for Social Assistance and Citizenship - FASC. In that year, 2,115 people experiencing homelessness were identified in the capital of Rio Grande do Sul (Gehlen et. al, 2017).

The previously reported data obviously no longer correspond to the reality of Porto Alegre, which makes it even more challenging to discuss the reality of the homeless population and the possibilities of addressing their vulnerabilities.

INTEGRATION AND INTERSECTORIALITY IN CARE: beyond roofs, walls, and consulting rooms.

Considering that the street space breaks with the socially established and expected, the realization of two daily activities, living and working, are carried out without walls or ceilings. It requires

reflection on whether the approach to this population by public policies is in tune with this reality, and is carried out beyond walls and ceilings, approaching the marquees, asphalt, and sidewalks because this is the living space of this population.

With a specific focus on Brazilian mental health policy, the care of the user population in the street space has a revolutionary perspective, considering that historically mental health has been linked to total institutionalization in asylums. Care in freedom is a relatively current perspective, starting in the 1970s during the Brazilian redemocratization period, being a theme in the 8th National Health Conference (1986) and the 1st National Mental Health Conference (1987). Brazil has historical landmarks in this fight with active participation in the Regional Conference for the Restructuring of Psychiatric Assistance held in 1990 in Caracas, Venezuela. Another significant milestone was the institution of Law No. 10,216, which advocated the Brazilian Psychiatric Reform (Hirdes, 2009) and provided for the “protection and rights of people with mental disorders and redirected the mental health care model” (Brasil, 2001). The legislation then conceives care in freedom by privileging treatment on an outpatient basis, territorially, and through the Psychosocial Care Centers - CAPS, which are “open and community-based health services aimed at providing care for people with mental suffering or disorder, including those with needs resulting from the use of alcohol, crack, and other substances, who are in crisis situations or in psychosocial rehabilitation processes” ([Brasil, 2022]). Brazilian legislation, by questioning the hospital-centric model focused on institutionalization, on the imprisonment of “madness” as a treatment strategy, changed its paradigm and began to prioritize care based on strengthening the family and community ties of users and care in the basic health network. This mental health care model has faced challenges, especially the historical prejudice directed at individuals with mental disorders, which multiplies when mental disorders are added to the situation of being homeless. According to Pagot (2012),

Life on the street, especially for the mentally ill, is even more difficult compared to other inhabitants in the same condition. This is because they are criminalized by the police and subjected to aggression from the community, passers-by, and even other homeless people, with whom they fail to develop social ties [...] they present,

as one of their characteristic symptoms, the fact of fleeing from homes; this wandering through the streets is often associated with the lack of conditions that the family has to cope with their illness; thus, they end up wandering the streets [...] (Pagot, 2012, p. 87).

If life on the streets is an adverse situation, the adversity is intensified for people with mental disorders because their street/home weakens family and community ties, psychiatric symptoms exacerbate difficulties in adhering to traditional treatments and appointments, making it difficult to comply with scheduled appointments and consultations, making them more susceptible to violence. The fragility in ties materializes in loneliness and/or the absence of people to assist in organizing and monitoring schedules, medication use, conducting exams, etc.

In a survey conducted among the homeless population of Porto Alegre, the increase in the use of psychoactive substances was highlighted by the participants: 58.1% of the interviewees reported health problems resulting from the abusive use of alcohol and drugs, with 24.6% reporting daily alcohol use (Schuch et al, 2017). It is noteworthy that 24% of the interviewees reported being homeless due to alcohol and drug use, and 32% related their homelessness to “family instability” (Schuch et al, 2017, p. 85).

Historically, there has been a “non-place” for homeless people to receive care at Basic Health Units - UBSs, therefore, health care for the homeless population requires the creation of other strategies or alternative strategies that overcome this “non-place.” Although the Unified Health System has doctrinal principles of universality and integrality, the denial of care for “non-domiciled” users is expressed in old reports and still persists today. Pagot (2012) presents this historical panorama in the city of Porto Alegre:

We are aware of the existence of homeless individuals who remain in front of hospitals and UBSs, these individuals are not included in the work agendas of the teams as part of their care tasks. In general, the inclusion of these individuals only happens after an intersectoral contact from the CAPS team [...], in the sense of holding the UBS accountable [...] UBSs and PSFs, according to the guidance of the health management and the coordination of mental health of the SMS, must serve the homeless population. However, what they do daily is to provide care only to people who have their own homes (Pagot, 2012, p. 99).

The realization of a universalizing and integral health policy that contemplates the singularity of the homeless population required the implementation of specific equipment, which corroborated in the creation of Street Clinics. In 2011, Ordinance No. 2,488 instituted the National Primary Care Policy, which proposed a substantial change in the logic of treatments by advocating the need for this population to receive itinerant care and in the street space. By recognizing the particularities and needs of this population, the Street Clinic is composed with the other existing services and equipment in the health network, acting as a crossing service and expanding the possibility of access to users. This composition points to the challenge of establishing mental health care in Primary Health Care - PHC that occurs responsibly with the CAPS and guarantees integrality. For Bosi (2016), the integrality of care remains a challenge in the daily life of health policy, as it “calls and challenges not only the technical dimension but also the ethical-political dimension of care and raises the clash of many social voices” (BOSI,2016, p. 16). And since integrality is not built alone, nor solitarily, it will require “revisions in the professional training model in line with the construction of care models that combine these dimensions” (Bosi, 2016, p. 16), therefore, for the “effectiveness of a program for the care of homeless people, regardless of nomenclature or which policy it is linked to, it is necessary to review the multidisciplinary composition of the teams, as well as the qualification of these professionals for this differentiated work” (Santana,2014, p. 1800).

The doctrinal principles of SUS, universality, comprehensiveness, and equity, illuminate and guide health policy, enshrined in the Federal Constitution of 1988 and in Law 8080 of September 1990. Recency does not diminish its importance but indicates the challenge for its consolidation (Bellini; Scherer; Ferreira; Faler, 2016).

Like comprehensiveness, intersectoriality is a polysemic and plural term, therefore subject to different understandings and uses. Intersectoriality in its simplest sense presupposes fruitful dialogue among different sectors in order to build articulated and effective responses to the population's demands. The term intersectoriality or intersectoral actions appear in the international agendas and guidelines of health policies, being identified more vigorously in the “legal framework of the official documents of the International Conferen-

ces on Health Promotion, especially in the declaration of Alma-Ata in 1978, in Ottawa in 1986, and in the Adelaide Declaration in 1988” (Faler, Schleininiger, 2016, P.32).

The fact that it is a topic in national and international conferences has increased its value but not its effectiveness, and the article “Intersectoriality as a possibility for coordination between social policies: challenges posed to the Brazilian reality” (Bellini et al, 2017), already pointed out the complexity of this coordination described as “deciding on a common agreement, forming a concert” (2017, p.20). Coordination would depend on a “generous interdependence in which intersectoriality is not only the installation of multisectoral arrangements, but the deliberate ethical-political decision that the State and its management and policies serve the common interest” (Akerman,2014, p.298 Apud Bellini et al,2017, p.20).

FINAL THOUGHTS

Considering the vulnerabilities to which the homeless population suffering from mental disorders is exposed to, the heterogeneity in their demands and needs, the responsibility and limits of public policies in protecting this population, it is believed that intersectoriality and comprehensiveness can foster convergent encounters through listening, with the basis of respect, otherness, dignity, understanding these individuals in their entirety, and the right to health as the right to life. In this perspective, comprehensiveness and intersectoriality intertwine and transcend “invisible lines” permeating public policies.

It is worth noting that the principles of the Unified Health System and the comprehensive care of individuals are materialized only when their importance is recognized, and services are provided in adequate numbers to meet the demands of the population. As highlighted throughout this article, the provision of mental health services, as well as specific care services, for the homeless population still appears to fall short of demand, which has increased after the COVID-19 pandemic.

Drawing on Bosi (2017, p.16), we argue that “Only the assumption of man as an integral being can lead to the full understanding of care based on an integrated system, in which not only the

fight against disease, but the production of life gains strength.” And paraphrasing the poet, “we must know a few things about the physiology of wanderers. Assess to what extent isolation has the power to influence their gestures, the openness of their voice, etc. Perhaps study the relationship of this man with his trees, with his rains, with his stones. ...To know at last at what moment this man begins to guess” (Barros, 2000a, p. 84).

REFERENCES

ANDRADE, FS; ANDRADE, SV. Quanto vale uma vida? O massacre de pessoas em situação de rua no Brasil in ANDRADE, FS; ANDRADE, SV; SANTOS, GSN; OLIVEIRA, MAC [Orgs.] **Invisíveis: pessoas em situação de rua no Brasil – significantes e significados**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 242p.

AKERMAN, M et al. **Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!** Ciência Saúde Coletiva, v.19, n.11, nov.2014.

BARROS, M. **Livro sobre nada**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BARROS, M. **Poemas rupestres**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

BELLINI, MIB.; SCHERER, PT; FERREIRA, GG; FALER, C. **Intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde**. Porto Alegre. EDIPUCRS,2016.

BELLINI, MIB.;SCHERER, PT; FERREIRA, GG; FALER, C. **Universalidade na universidade e na política de saúde: interfaces possíveis** In Intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde. Porto Alegre. EDIPUCRS,2016.

BELLINI, MIB; SCHERER, PT; FALER, C. in **Intersetorialidade e políticas sociais: uma concertação possível**. Porto Alegre.EDIPUCRS,2017.

BELLINI, MIB. at all. **Intersetorialidade como possibilidade de concertação entre as políticas sociais: desafios postos a realidade brasileira** in Intersetorialidade e políticas sociais: uma concertação possível. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2017. Porto Alegre. EDIPUCRS,2016.

BOSI, MLM. **A sempre complexa tarefa de promover saúde: para além da objetivação** (prefácio) in FROTA, MA.; SILVA, RM. (org.) **Promoção da saúde na integralidade do cuidado**. Rio de Janeiro: DOC

Saberes, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm> Acesso em: 18 de novembro de 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 05 de março de 2022.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 14 de dezembro de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 21 de abril de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial**. 2022, Online. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps>> Acesso em: 14 de dezembro de 2022.

FALER, C.; S, CS. Educação na saúde: enfoque na intersetorialidade in **intersetorialidade e políticas sociais: educação na saúde**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

FROTA, MA.; SILVA, RM. (org.) **Promoção da saúde na integralidade do cuidado**. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.

GEHLEN, I et al. Dinâmicas, estratégias e Munda da População em Situação de Rua de Porto Alegre. in SCHUCH, P; GEHLEN, I; SANTOS, SR [Orgs.] **População de Rua: políticas públicas, práticas e vivências**. Porto Alegre: Cirkula, 2017. 317p.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica nº 103**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). 2023. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=faa83eb1-f7fb-44d9-ba91-341a7672611d>> Acesso em: 31

de março de 2023.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão in **Ciência & Saúde Coletiva**. nº 14, 2009. p. 297-305. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxfk9HXvfL39Nf/?lang=pt>> Acesso em 19 de dezembro de 2022.

PAGOT, AM. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 230 p.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Consultório na Rua. 2023a. Disponível em: < <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/consultorio-na-rua>>. Acesso em: 21 de abril de 2023.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. 2023b. Disponível em: <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686> Acesso em: 21 de abril de 2023.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014.

SCHUCH, P. et al. População adulta em situação de rua em Porto Alegre: uma síntese. in SCHUCH, P; GEHLEN, I; SANTOS, SR [Orgs.] **População de Rua**: políticas públicas, práticas e vivências. Porto Alegre: Cirkula, 2017. 317p.

CAPÍTULO 5

FATORES ASSOCIADOS A PRÁTICA DE AUTOCUIDADO PROFISSIONAL

Fernanda Xavier Arena
Maria Isabel Barros Bellini
Maria Elena Cuartero-Castañer

INTRODUÇÃO

A prática de ações de autocuidado refere-se as atividades que o indivíduo desempenha para seu próprio benefício, visando a manutenção de sua vida, saúde e bem-estar. Também pode estar relacionada com as atividades que os indivíduos, as famílias e as comunidades realizam para melhorar, restaurar a saúde e/ou prevenir/limitar enfermidades (WHO, 1984). E “ato auto praticado” é entendido como o ato que o indivíduo elege incorporar para a manutenção da sua totalidade (Radwany et al., 2012; Sherman, 2004). Nessa perspectiva, destaca-se que o autocuidado profissional é entendido como a utilização, pelos trabalhadores, de habilidades e estratégias sociais para preservação de suas necessidades, sejam elas pessoais, familiares, emocionais e/ou espirituais enquanto prestam atendimento as necessidades e demandas dos indivíduos a quem destinam seu trabalho (Figley, 2002a; Stamm, 1999). A utilização desses recursos exerce uma importante função na segurança de profissional em diferentes sistemas sociotécnicos complexos ou não, podendo fomentar um “processo de engajamento proposital em práticas que promovem a saúde holística e o bem-estar do próprio profissional” (Lee; Miller, 2013, p. 98).

Vários autores utilizam diferentes categorizações para abordar o conceito de autocuidado. Alguns distinguem entre autocuidado pessoal, que se refere às práticas individuais de cuidado, e autocuidado profissional, que é influenciado pelo ambiente de trabalho, regulamentos, políticas internas, dinâmicas interpessoais e tipo de trabalho. Outros autores preferem integrar ambas as dimensões dentro do âmbito laboral, reconhecendo que um autocuidado adequado depende tanto da disposição do profissional quanto dos fatores contextuais e organizacionais associados ao trabalho.

Evidências sugerem que a prática do autocuidado profissional, especialmente em campos/categorias profissionais que existem práticas vinculadas ao cuidado e atenção ao próximo, pode amenizar algumas das condições laborais nocivas as que se enfrentam em seu cotidiano profissional. Sendo uma estratégia de cuidado considerada essencial para manter a energia positiva e aumentar a capacidade empática (McCann; Pearlman, 1990; Neumann; Gamble, 1995). Seu exercício, bem como potenciais benefícios, tem sido associado a diferentes fatores que implicam na condição de bem-estar/qualidade de vida dos trabalhadores, como por exemplo, melhoria na eficácia da prática laboral (Bradley et al, 2013), satisfação compassiva (Grise-owens; Miller; Eaves, 2016), da rotatividade no local de trabalho (Miller et al., 2018), entre outros. Por outro lado, a ausência destas práticas está diretamente relacionada ao surgimento de enfermidades vinculadas ao campo da saúde mental (Figley, 2002b; Skovholt; Trotter-Mathison, 2014).

A pergunta que conduz esse estudo “*quais são fatores associados a prática de autocuidado profissional presentes na literatura?*”, norteou a definição dos critérios de inclusão e exclusão, delimitou a busca e a seleção dos resultados. Optou-se por uma revisão de literatura a fim de examinar a produção científica existente em bases previamente selecionadas, mas também podendo amparar estudos futuros.

O objetivo desse estudo foi sistematizar o conhecimento científico sobre os fatores associados a prática do autocuidado profissional por diferentes categorias profissionais e campos de atuação diversos, identificando potencialidades e identificando as lacunas existentes com a intenção de serem abordadas em pesquisas futuras.

MÉTODO

A revisão analisou a produção científica que abordava fatores associados ao autocuidado profissional na dimensão laboral de trabalhadores em diferentes contextos de atuação. O estudo foi conduzido utilizando-se as bases de dados *Web of Science*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *ScienceDirect*, *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scopus*, utilizando na busca os descritores “autocuidado profissional”, “autocuidado profissional” e

“professional self-care”, acompanhados dos operadores booleanos AND e OR Como critério de inclusão, foram considerados apenas estudos em português, inglês e espanhol, em publicação até o ano de 2023. Foram excluídos da seleção: a) documentos produzidos a nível internacional, nacional, regional, local que não tenham natureza de publicação científica; b) documentos produzidos por organizações internacionais e nacionais públicas e privadas (working papers, relatórios, reportagens etc.) que não tenham natureza de publicação científica; c) trabalhos de conclusão de curso de graduação, mestrado, doutorado, materiais didáticos para uso acadêmico etc.

Inicialmente, efetuou-se o cruzamento dos descritores em cada base de dados, eliminando-se as referências duplicadas. Em seguida, foram selecionadas as referências que cumpriam os critérios de inclusão/exclusão, a partir da revisão dos títulos e resumos encontrados. Após este procedimento, realizou-se a busca do texto completo de cada artigo, buscando eleger os estudos de interesse a partir da leitura dos trabalhos na íntegra. Todas as exclusões realizadas foram justificadas. Ademais, em todas as etapas, as divergências na seleção dos estudos foram sanadas por meio de discussão e consenso entre os pares.

Utilizando-se os termos de busca, foram encontradas 219 referências. Após a eliminação das duplicações (82 artigos), foi realizada a leitura dos títulos e resumos (138 artigos), resultando em 62 estudos relevantes. Com a leitura dos textos na íntegra, 34 artigos foram eliminados devido às seguintes justificativas: impossibilidade de acesso ao texto completo; não correspondência ao critério de inclusão de idioma; não correspondência ao critério de tipo de publicação; inexistência de evidências sobre relação das variáveis estudadas com o autocuidado profissional; e, incongruência com os objetivos do estudo. Assim sendo, foram identificados 28 artigos relevantes para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objeto de estudo centrou-se em processos de trabalho e as relações de satisfação, sofrimento e adoecimento bem como as estratégias elaboradas pelos profissionais para enfrentamento e suas evidências. Como fatores associados ao autocuidado identificou-se

os seguintes: burnout, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão.

A **síndrome de burnout** é reconhecida como um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida dos profissionais de diversos campos de atuação. Ocasionalmente, por sua vez, uma importante questão ocupacional e social, visto que o seu surgimento compromete a prática profissional frente a qualidade de assistência prestada (Rosa; Carlotto, 2005). Ainda que estudada há décadas, não se tem uma conceitualização unanimemente aceita entre os autores, mas, em sua maioria, concordam que se trata de estresse crônico vivenciado pelo indivíduo no seu ambiente de trabalho (Carlotto; Camara, 2008; Garces de los Fayos; Vives Benedicto, 2002; Gil-monte; Peiró, 1997).

A partir dos anos 80, após o surgimento de escalas de mensura para identificação dos níveis desta síndrome nos trabalhadores, Maslach, Jackson e Leiter (1981) explicaram o burnout a partir de três dimensões, que são: Esgotamento emocional, relacionado aos sentimentos de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com situações de estresse; Despersonalização, expressa no distanciamento afetivo que o profissional desenvolve em relação aqueles que presta atendimento, apresentando atitudes negativas, descrença, insensibilidade e despreocupação (Benetti et al., 2009); e baixa realização pessoal, evidenciada na tendência em avaliar-se negativamente, especialmente em relação ao seu trabalho.

Em todos os estudos analisados em que se identifica o burnout como um fator associado, foi perceptível a relação inversa que a realização de atitudes voltadas ao autocuidado por parte dos trabalhadores pode acarretar a prevenção/desenvolvimento desta síndrome. Com base em diferentes tipos de abordagens – instrumentos de mensura e/ou entrevistas semiestruturadas – as diferentes investigações apontam que profissionais que possuem níveis elevados de autocuidado apresentam níveis baixos para o burnout (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Caleshu et al., 2022; Eaves; Megan; Robinson, 2020; Galiana et al., 2015; Li et al., 2023; Salloum et al., 2015; 2018; 2019; Sansó et al., 2015; Vidal-Blanco et al., 2018). Para além disso, os estudos aplicados em profissionais na Eslováquia (Hricová, 2020; Hricová; Nezkusilova; Raczona, 2020) mostram a relação inversa entre o autocuidado com duas das dimensões deste fator, o esgo-

tamento emocional e despersonalização. Portanto, a sua prática de ações deste cunho pode ser considerada um fator protetivo para o desenvolvimento desta condição no espaço de trabalho (Dorociack et al, 2017) e, por consequência, beneficiar o próprio profissional e aqueles aos quais se presta serviço.

A **fadiga por compaixão** foi introduzida na literatura por Charles Figley (1995a) quando estudava a perturbação de estresse pós-traumático secundário em veteranos da guerra. Em seus estudos concluiu que os familiares dos ex-combatentes eram igualmente afetados pelas experiências traumáticas, denominando estresse traumático secundário (estresse de compaixão). Sua descrição engloba conceitos de estresse traumático secundário como sendo comportamentos e emoções naturais resultantes de um acontecimento traumatizante experimentado/vivenciado por outra pessoa (Figley, 1995a;2002). Assim, a fadiga por compaixão é o resultado direto a uma exposição com pessoas em sofrimento, caracterizado por fadiga física e emocional, consequente da compaixão (Radey; Figley, 2007). E é identificada quando o profissional se percebe incapaz de administrar o sofrimento dos indivíduos que necessitam de seus serviços e experimenta profundo sofrimento psicológico, medo e até alterações cognitivas e funcionais. Pode haver fuga de temas que lhe são profundos e até desapego emocional (Dutton; Rubinstein, 1995) como medida de autoproteção, esvaziando as possibilidades de sucesso na abordagem profissional (Perkins; Sprang, 2013). Na fadiga da compaixão a narrativa de uma situação traumática pode desencadear ansiedade, depressão e sentimento de desamparo (Figley, 1995b).

Considerando o contexto profissional, Coetzee e Klopper (2010) referem como

O resultado final de um processo progressivo e cumulativo causado pelo contato prolongado, contínuo e intenso com pacientes, o uso de si e a exposição ao estresse... um estado em que a energia compassiva que os profissionais gastam supera seus processos de restauração com maior capacidade de crescimento (p.237).

Nos artigos analisados, foi possível identificar que a utilização de práticas de autocuidado apresenta relação negativa e estatisticamente significativa com a fadiga por compaixão (Cuartero;-Campos-Vidal, 2018; Salloum et al., 2015;2018;2019), ou seja, está

positivamente relacionado com o menor risco de sofrer de fadiga por compaixão prevenindo o seu desenvolvimento (Vidal-Blanco et al., 2018). Inclusive, nos estudos que avaliam as variáveis em trabalhadores de cuidados paliativos (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Sansó et al., 2015), é possível identificar os índices de correlação das dimensões do autocuidado (externo, interno e social) com esta modalidade de esgotamento profissional.

A **satisfação por compaixão** está caracterizada pelo sentimento de satisfação pelo trabalho assistencial, com sentimentos positivos sobre a capacidade de ajudar². É definida por Simon et al. (2006) como “a capacidade de receber gratidão por cuidar” (p.6), sendo conceitualizada como um polo oposto da fadiga por compaixão (Stamm, 2010), que diferente de conceitualizar-se pelo custo de prestar algum tipo de assistência aos que se atende, é o prazer e/ou positividade procedente de ajudar ao próximo (Kearney et al., 2009; Phelps et al., 2009). Relaciona-se com a consequência saudável do desempenho de atividades de ajuda, a recompensa pela tensão e pelo desgaste que o tipo de atividade desenvolve naqueles que a executam (Lago, 2013). Sacco e Copel (2017) referem que ela ocorre quando a empatia conduz a comportamentos altruístas por parte dos trabalhadores, resultando no alívio do sofrimento daqueles que são atendidos, permitindo que, desta forma, o “cuidador” encare os aspectos negativos da sua vida profissional.

Dentre a relação de estudos analisados, ao contrário do que foi apresentado com relação a fadiga por compaixão, o autocuidado apresenta uma relação positiva e estatisticamente significativa com a satisfação por compaixão (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Cuartero; Campos-vidal, 2018; Salloum et al, 2015; 2018; Sansó et al., 2015), ou seja, aqueles trabalhadores que mais praticavam estratégias de autocuidado também foram os que apresentaram maiores níveis de satisfação por compaixão.

Além disso, ainda que o estudo de Killian (2008) mencione em seus resultados que as estratégias de autocuidado não foram fato-

2 Em português a palavra ‘ajudar’ parece carregar um conceito que não está necessariamente ligado a uma atividade profissional. Por outro lado, em inglês há profissionais denominados de ‘*helpworkers*’ ou ‘*helpers*’. O mesmo não ocorre na língua portuguesa, onde o sentido do termo “ajudar” é mais amplo e relacionado a comportamentos altruístas, portanto, não sendo comumente utilizado para se referir a ofícios (LAGO; CODO, 2013).

res significativos em modelos de regressão múltipla, no dependente da satisfação por compaixão, apresenta dados de que o nível de apoio social (relatado por amigos, família e comunidade) dos trabalhadores foi o preditor mais significativo de satisfação com compaixão. Categoria pela qual interpretamos que está diretamente relacionada com uma das dimensões do autocuidado, o autocuidado social.

Na literatura, diferentes estudos apresentam os possíveis benefícios que o desenvolvimento da satisfação por compaixão pode vir a proporcionar aos profissionais, como: maior sentido de responsabilidade e controle sobre a saúde de seus pacientes/clientes/atendidos (Lloyd; Carson, 2011; Van der Cingel, 2011); aumento de confiança entre profissional - pacientes/clientes/atendidos (Lown; Rosen; Marttila, 2011); aumento do reconhecimento pessoal e impacto positivo na vida das pessoas, elevado sentido de empatia, maior coesão entre grupos e uma compreensão mais profunda sobre a natureza humana (Stamm et al., 2002). Portanto, a satisfação por compaixão se expressa em uma relação em que está presente a satisfação, gratificação e realização profissional e pessoal com o trabalho mesmo que não apague o negue os efeitos negativos que circundam a realidade do trabalho.

A literatura aponta que há diferenças nos processos de sofrimento e adoecimento no trabalho sendo que fatores como o investimento emocional e a sintonia entre profissional e o indivíduo que depende de seu trabalho é o que singulariza o burnout diferenciando o estresse ocupacional mais generalizado (Maslach, Jackson; Leiter, 1997). Os sentimentos de desilusão, desamparo, desesperança, cansaço contínuos denunciam o esgotamento do profissional em relação ao seu trabalho (Sorgaard et al. 2007). O tipo de trabalho e as expectativas geradas no seu entorno criam um ambiente fértil para sentimentos e exigências irrealistas resultando em profundo desencantamento e frustração. Essas frustrações quando contínuas alimentam processos de sofrimento e adoecimento por vezes cronificados.

Em relação as estratégias de enfrentamento, os artigos revelaram diferentes tipos de lidar com o autocuidado, tal como o autocuidado externo, autocuidado interno e o autocuidado social (Bloomquist et al., 2015; Galiana et al., 2015; Grise-Owens; Miller; Eaves, 2016; Sansó et al., 2015). Essas dimensões estão presentes na vida dos indivíduos tanto no espaço pessoal como profissional (Arena;

Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Hernández, 2015; Vidal-Blanco et al., 2019).

A bibliografia analisada problematizou as dimensões do autocuidado com as relações apresentadas no quadro 1:

Quadro 1: Variáveis associadas ao autocuidado

Tipo de autocuidado	O autocuidado interno associado as seguintes estratégias	O autocuidado externo associado as seguintes estratégias	O autocuidado social associado as seguintes estratégias
<i>Variáveis associadas</i>	Bem estar psicológico; auto-consciência emocional; autonomia; aumento da autoestima; enfrentamento (coping) afetivo; ampliação do conhecimento, de habilidades e de interesses adicionais; desenvolvimento de valores associados ao autocuidado; satisfação com a vida, esperança; saúde mental; (auto)consciência/atenção plena; empoderamento; compaixão e auto-compaixão; autocuidado como competência; desenvolvimento de qualidades e atributos pessoais/fé/ bom humor.	Manutenção da saúde e bem-estar; prevenção de doenças; capacidade de lidar com o estresse; investimento em outras funções; envolvimento em pesquisas/estudos e aprimoramento nas áreas de crescimento aspiradas.	Investimento em recursos organizacionais para incremento da qualidade de vida laboral; oferta de supervisão/supervisor de práticas/comportamento e conscientização; oportunidades informais de esclarecimentos (acompanhamento dos profissionais); comportamento de cidadania organizacional; oferta de treinamento em autocuidado no trabalho ou na formação; capital social do local de trabalho; estratégias no encaminhamento de casos aos profissionais evitando situações traumáticas; ações de promoção do bem-estar; oferta de ações para promoção do autocuidado físico/emocional e espiritual; promoção do apoio social e interpessoal de colegas profissionais; criação de estruturas de apoio pessoal; desenvolvimento da confiança/aliança terapêutica; participação em workshops/treinamentos de desenvolvimento profissional; participação em atividades de apoio de colegas, estabelecimento de limites e compartilhamento das próprias necessidades no local de trabalho buscando respostas coletiva.
<i>Referência dos estudos</i>	Arena; Oliver; Galiana, 2019; Cuartero; Campos-Vidal, 2018; Dorociack et al, 2017; Galiana et al, 2015; Miller, 2020; Miller et al., 2019b; Oliver et al., 2019; Salloum et al., 2015; 2018; 2019; Sansó et al., 2015; Vidal-Blanco et al., 2018	Kirkcaldy, Van Rensburg; Du Plooy, 2020; Vidal-Blanco et al., 2018	Apostol; Cranwell; Gallagher; Cooper, 2023; Hitch, 2021; Miller et al., 2018; Perkins; Reyre et al., 2017; Sprang, 2013; Salloum; Choi; Stover, 2018; Wang; Zhang; Yang, 2020

Fonte: Elaborado pelas autoras

Alguns artigos analisados apontam fatores que, associados ao perfil dos profissionais, podem aumentar o coeficiente de insatisfação, sofrimento e adoecimento como: perfil sociodemográficos, gênero (observam que mulheres tem mais propensão ao adoecimento), identificação com as experiências vivenciadas pelos indivíduos que atendem e que remete a experiências de sofrimento pessoal ou de familiares (ex: uso abusivo e prejudicial de substâncias, perda de

entes queridos, etc.) e aspectos do funcionamento individual da saúde mental (Cassie; Dubose, 2023; Miller et al., 2018; 2019a; 2019b; Perkins; Sprang, 2013).

CONCLUSÕES

A escolha pela revisão de literatura como metodologia orientou a condução do estudo quanto a identificação da produção científica sobre o tema nas bases definidas pelos pesquisadores.

As análises possibilitaram reflexões sobre o que a produção científica aponta como fatores associados ao autocuidado profissional, sendo a fadiga por compaixão, a satisfação por compaixão e o burnout, assim como outras características pessoais dos profissionais.

Ainda que o autocuidado, seja inicialmente entendido como um conjunto de habilidades e/ou estratégias que os trabalhadores desenvolvem para - frente aos desafios postos pelo tipo de trabalho e pela demanda que atendem - preservar suas necessidades pessoais/emocionais/espirituais, e/ou familiares/sociais, o autocuidado também tem uma dimensão externa e social envolvendo, para além do trabalhador, aspectos que podem ser desenvolvidos pelas empresas onde o trabalho se realiza. Por exemplo, no caso de profissionais da área da saúde, as instituições estabelecem normativas e políticas que condicionam seu âmbito de trabalho. Isto pode incluir a determinação de turnos de trabalho, a carga laboral executada, os descansos, entre outros aspectos. De maneira similar, as entidades sociais, o volume de demandas e a organização do trabalho também podem influenciar na capacidade dos trabalhadores de cuidarem-se.

É necessário que as empresas, independentemente de sua natureza, reconheçam sua responsabilidade na promoção do autocuidado de seus trabalhadores e na criação de um entorno laboral que facilite as práticas saudáveis. Isto pode implicar em políticas que fomentem o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, programas de apoio emocional, acesso a recursos de saúde mental, entre outras iniciativas. Assim como apresentado nos resultados, ao priorizar o bem-estar de seus trabalhadores, as entidades não somente promovem um ambiente laboral mais saudável, mas também contribuem na eficácia e satisfação profissional da sua equipe.

Na produção científica analisada há centralidade no âmbito social e de saúde, o que impõe a realização de outros estudos a

fim de conhecer especificidades do trabalho que envolve o cuidar da saúde de outros como potencial para sofrimento e, de posse de conhecimentos mais aprofundados, propor estratégias para mitigar o sofrimento dos trabalhadores prevenindo processos de rupturas e adoecimento.

Também se destaca o campo de assistência a infância com produção significativa na temática o que permite algumas hipóteses quanto ao interesse nessa área estar vinculado a vulnerabilidade das crianças atendidas que despertaria no trabalhador sentimentos intensos como fadiga por compaixão, satisfação por compaixão ou burnout.

A significativa concentração da produção nas Equipes multidisciplinares, em que não há priorização de uma profissão, e nos assistentes sociais também acende sinal vermelho para adensar e ampliar o interesse científico para melhor entendimento desse acúmulo.

Em estudos anteriores são apontadas evidências quanto ao efeito positivo que a prática do autocuidado profissional pode ter especialmente amenizando as condições laborais adversas nos cotidianos de trabalho e esse efeito positivo amplia em campos com categorias profissionais que interagem entre si. Estratégias de autocuidado podem fortalecer o sentido do trabalho, ampliar as condições de bem-estar, a qualidade de vida dos trabalhadores, prevenindo o surgimento de processos de adoecimento psíquico.

A maioria dos artigos selecionados é de natureza descritiva e analítica. No entanto, observa-se uma falta de estudos que não apenas identifiquem o problema da baixa qualidade de vida experimentada pelos trabalhadores em áreas da saúde, psicossociais ou outros campos onde se atende a pessoas que sofrem, mas também ofereçam soluções concretas e eficazes. Assim, torna-se necessário ampliar a pesquisa para estudos que proponham e avaliem práticas específicas destinadas a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida desses profissionais. Estas práticas podem abordar aspectos como o manejo do estresse, o fomento da resiliência, a promoção de um ambiente de trabalho saudável e o acesso a recursos de apoio emocional e psicológico. Ao identificar e compartilhar práticas bem-sucedidas, podemos avançar na implementação de intervenções mais eficazes e centradas no bem-estar dos trabalhadores, o que contribuirá não apenas para melhorar sua qualidade de vida, mas também para otimizar seu desempenho e sua capacidade de fornecer atendimento de qualidade às pessoas que mais precisam.

Em contranítência aos processos de sofrimento e adoecimento, há atividades de autocuidado profissional ou estratégias que podem ser desenvolvidas pelo trabalhador ou pela empresa e que requerem identificação, reflexão e planejamento para que possam trazer benefícios como: aprendizagem a partir de experiências, cultivo da autoconsciência, maior satisfação, crescimento profissional, melhora de perspectivas e de responsabilidades, menos esgotamento.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para o entendimento de que, o desenvolvimento da autoconsciência, das experiências individuais e coletivas e do autocuidado amplia as formas de aprender a enfrentar cotidianos de trabalho adversos, desgastantes, entediantes e/ou de risco, compondo indivíduos e trabalhadores mais seguros e satisfeitos.

REFERÊNCIAS

APOSTOL, Courtney; CRANWELL, Kathryn; HITCH, Danielle. Evaluating a multidimensional strategy to improve the professional self-care of occupational therapists working with people with life limiting illness. *BMC palliative care*, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2021.

ARENA, Fernanda; OLIVER, Amparo; GALIANA, Laura. Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicologia*, v. 28, n. 2, p. 33-45, 2019.

BENETTI, Eliane Raquel Rieth et al. Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 2, 2009.

BLOOMQUIST, Kori R. et al. Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work*, v. 16, n. 2, p. 292-311, 2015.

BRADLEY, Nicole et al. Creative approaches for promoting counselor self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, v. 8, n. 4, p. 456-469, 2013.

CALESHU, Colleen et al. Contributors to and consequences of burnout among clinical genetic counselors in the United States. *Journal of Genetic counseling*, v. 31, n. 1, p. 269-278, 2022.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, v. 39, n. 2, 2008.

CASSIE, Kimberly M.; DUBOSE, Erika M. An exploratory

examination of the effect of self-care practices on job satisfaction and organizational commitment. *Journal of Evidence-Based Social Work*, v. 20, n. 2, p. 258-271, 2023.

COETZEE, Siedine Knobloch; KLOPPER, Hester C. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, v. 12, n. 2, p. 235-243, 2010.

CUARTERO, M. Elena; CAMPOS-VIDAL, José F. Self-care behaviours and their relationship with satisfaction and compassion fatigue levels among social workers. 2018.

DOROCIAC, Katherine E. et al. Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of counseling psychology*, v. 64, n. 3, p. 325-334, 2017.

DUTTON, Mary Ann; RUBINSTEIN, Francine L. Working with people with PTSD: Research implications. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, p. 82-100, 1995.

EAVES, Tanika et al. The Professional Is the Personal: A Qualitative Exploration of Self-Care Practices in Clinical Infant Mental Health Practitioners. *Journal of Social Service Research*, v. 47, n. 3, p. 369-387, 2020.

FIGLEY, Charles R. (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel, Publishers, 1995(a).

FIGLEY, Charles R. *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. 1995b.

FIGLEY, Charles R. (Ed.). *Treating compassion fatigue*. Routledge, 2002a.

FIGLEY, Charles R. *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care*. *Journal of clinical psychology*, v. 58, n. 11, p. 1433-1441, 2002b.

GALIANA, Laura et al. Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish journal of psychology*, v. 18, 2015.

GALLAGHER, Suzi; COOPER, Lareen. Self-care methods of social workers working in end-of-life care. *Aotearoa New Zealand Social Work*, v. 35, n. 3, p. 89-100, 2023.

GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J.; VIVES BENE-DICTO, Laura. Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de burnout en el contexto deportivo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, v. 5, p. 11-12, 2002.

GIL-MONTE, Pedro R.; SILLA, José M. Peiró; DIR MAYOR, Juan. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. 1997.

GRISE-OWENS, Erlene (Ed.). The A-to-Z self-care handbook for social workers and other helping professionals. New Social Worker Press, 2016.

HERNÁNDEZ, Mabel Rocío. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista salud bosque*, v. 5, n. 2, p. 79-88, 2015.

HRICOVÁ, Monika. The mediating role of self-care activities in the stress-burnout relationship. *Health Psychology Report*, v. 8, n. 1, p. 1-9-1-9, 2020.

HRICOVÁ, Monika; NEZKUSILOVA, Jana; RACZOVA, Beata. Perceived Stress and Burnout: The Mediating Role of Self-Care and Job Satisfaction as Preventive Factors in Helping Professions. *European Journal of Mental Health*, v. 15, n. 1, p. 3-22, 2020.

KEARNEY, Michael K. et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *Jama*, v. 301, n. 11, p. 1155-1164, 2009.

KILLIAN, Kyle D. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, v. 14, n. 2, p. 32-44, 2008.

KIRKCALDY, Hanlé; VAN RENSBERG, Esmé; DU PLOOY, Kobus. "You can't bully me anymore": Coping strategies in a group of psychologists accused of professional misconduct. *Journal of Psychology in Africa*, v. 30, n. 3, p. 268-275, 2020.

LAGO, Kennyston Costa. *Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde*. 2013.

LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do Pro-Qol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 18, p. 213-221, 2013.

LEE, Jacquelyn J.; MILLER, Shari E. A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, v. 94, n. 2, p. 96-103, 2013.

Li, Q., Xu, L., Wang, Y., Zhu, Y., Huang, Y., & Tan, W. Occupational burnout and turnover intention of social workers under the context of epidemic prevention and control: The moderating effect of professional self-care. *Chinese Medical Ethics*, 36(2), 160-166. 2023.

LLOYD, Marjorie; CARSON, Alex. Making compassion count: Equal

recognition and authentic involvement in mental health care. *International Journal of Consumer Studies*, v. 35, n. 6, p. 616-621, 2011.

LOWN, Beth A.; ROSEN, Julie; MARTTILA, John. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, v. 30, n. 9, p. 1772-1778, 2011.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. MBI: Maslach burn-out inventory. Sunnyvale (CA): CPP, Incorporated. 1996.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E.; LEITER, Michael P. Maslach burnout inventory. Scarecrow Education, 1997.

MCCANN, I. Lisa; PEARLMAN, Laurie Anne. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, v. 3, n. 1, p. 131-149, 1990.

MILLER, J. Jay. Developing self-care competency among child welfare workers: A first step. *Children and Youth Services Review*, v. 108, p. 104529, 2020.

MILLER, J. Jay et al. Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*, v. 84, p. 137-142, 2018.

MILLER, J. Jay et al. Examining the self-care practices of child welfare workers: A national perspective. *Children and Youth Services Review*, v. 99, p. 240-245, 2019a.

MILLER, J. Jay et al. Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clinical Social Work Journal*, v. 47, n. 4, p. 321-331, 2019b.

MILLER, J. Jay et al. Exploring the self-care practices of social workers in Poland. 2019c.

NEUMANN, Debra A.; GAMBLE, Sarah J. Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, v. 32, n. 2, p. 341, 1995.

OLIVER, Amparo et al. An integrative model of the subjective well-being of staff working in intellectual disability services. *Research in developmental disabilities*, v. 87, p. 1-8, 2019.

PERKINS, Elizabeth B.; SPRANG, Ginny. Results from the Pro-QOL-

IV for substance abuse counselors working with offenders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, v. 11, n. 2, p. 199-213, 2013.

PHELPS, Andrea et al. Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 18, n. 3, p. 313-330, 2009.

RADEY, Melissa; FIGLEY, Charles R. The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, v. 35, n. 3, p. 207-214, 2007.

RADWANY, Steven et al. Poetry as self-care and palliative care. *Journal of palliative medicine*, v. 15, n. 12, p. 1394-1395, 2012.

REYRE, Aymeric et al. Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug and alcohol dependence*, v. 174, p. 30-38, 2017.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SACCO, Tara L.; COPEL, Linda Carman. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. In: *Nursing forum*. 2018. p. 76-83.

SALLOUM, Alison et al. The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, v. 49, p. 54-61, 2015.

SALLOUM, Alison; CHOI, Mi Jin; STOVER, Carla Smith. Development of a trauma-informed self-care measure with child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, v. 93, p. 108-116, 2018.

SALLOUM, Alison; CHOI, Mi Jin; STOVER, Carla Smith. Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. **Children and Youth Services Review**, v. 101, p. 299-306, 2019.

SANSÓ, Noemi et al. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. **Journal of pain and symptom management**, v. 50, n. 2, p. 200-207, 2015.

SHERMAN, Deborah Witt. Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. **AJN The American Journal of Nursing**, v.

104, n. 5, p. 48-56, 2004.

SIMON, Cassandra E. et al. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. **Journal of psychosocial oncology**, v. 23, n. 4, p. 1-14, 2006.

SKOVHOLT, Thomas M.; TROTTER-MATHISON, Michelle. **The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals**. Routledge, 2014.

SØRGAARD, Knut W. et al. Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs. community staff. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 42, n. 10, p. 794-802, 2007.

STAMM, Beth. **Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators**. The Sidran Press, 1995.

STAMM, B. Hudnall et al. The helper's power to heal and to be hurt-or helped-by trying. **Washington, DC: National Register of Health Service Providers in Psychology**, 2002.

VAN DER CINGEL, Margreet. Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. **Nursing ethics**, v. 18, n. 5, p. 672-685, 2011.

VIDAL-BLANCO, Gabriel et al. Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. **Enfermería Clínica (English Edition)**, v. 29, n. 3, p. 186-194, 2019.

WANG, Yean; ZHANG, Huan; YANG, Yaya. The Moderating Effect of Professional Self-Care Training on Novice Practitioners' Organizational Citizenship Behavior in China. **Social work**, v. 65, n. 1, p. 45-54, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Health education in self-care: Possibilities and limitations. World Health Organization, 1984.

ANEXO 1 . Características gerais dos estudos (n = 28)

Autores	Ano	Revista	Fatores associados ao autotucidado
Killian	2008	Traumatology	Satisfação por compaixão
Perkins e Sprang	2013	International Journal of Mental Health and Addiction	Genero; Experiencias pré- vias; Estratégias organiza- cionais
Salloum et al.	2015	Children and Youth Services Review	Burnout; Satisfação por compaixão
Galiana et al.	2015	Spanish Journal of Psychology	Autoconsciência; Burnout; Fadiga por compaixão; Satisfação por compaixão; Estratégia de coping
Sansó et al.	2015	Jounal of Pain and Symptom Management	Autoconsciência; Burnout; Fadiga por compaixão; Satisfação por compaixão; Estratégia de coping
Dorociak et. al	2017	Journal of Counseling Psychology	Satisfação com a vida; Bur- nout
Reyre et al	2017	Drug and Alcohol De- pendence	Confiança/aliança terapêu- tica
Cuartero e Campos-Vidal	2018	Social Work in Health Care	Fadiga por compaixão; Satisfação por compaixão
Salloum, Choi e Stover	2018	Children and Youth Services Review	Burnout; Fadiga por com- paixão; Satisfação por compaixão, Bem-estar psi- cológico; Recursos organi- izacionais
Vidal-Blan- co et al.	2018	Enfermería Clínica	Burnout; Fadiga por com- paixão; Bem-estar
Miller et al.	2018	Children and Youth Services Review	Perfil sociodemográficos dos participantes; Envol- vimento com organizações profissionais
Miller et al.	2019 (a)	Children and Youth Services Review	Perfil sociodemográficos dos participantes
Miller et al.	2019 (b)	Clinical So- cial Work Journal	Autocompaixão
Miller et al.	2019 (c)	European Journal of Social Work	Perfil sociodemográfico dos participantes

Salloum, Choi e Stover	2019	Children and Youth Services Review	Burnout; Fadiga por compaixão; Funcionamento da saúde mental
Oliver et al.	2019	Research in Developmental Disabilities	Satisfação com a vida, Saúde mental, Consciência/ autoconsciência
Arena, Oliver e Galiana	2019	Revista Colombiana de Psicología	Autoconsciência; Burnout; Fadiga por compaixão; Satisfação por compaixão; Estratégia de coping
Eavis, Megan e Robinson	2020	Journal of Social Service Research	Burnout
Miller	2020	Children and Youth Services Review	Autocuidado como competência
Hricová, Nezksilova e Raczova	2020	European Journal of Mental Health	Burnout
Hricová	2020	Health Psychology Report	Burnout
Kirkcaldy, van Rensburg e du Plooy	2020	Journal of Psychology in Africa	Apoio interpessoal de colegas profissionais; Estruturas de apoio pessoal; Desenvolvimento de atributos pessoais
Wang, Zhang e Yang	2020	Social Work	Comportamento de cidadania organizacional; Capital social do local de trabalho; Supervisão de práticas; Treinamento em autocuidado na formação
Apostol, Cranwell e Hitch	2021	BMC palliative care	Supervisão; Conscientização
Caleshu	2022	Journal of Genetic Counseling	Burnout
Cassie e Bui	2023	Journal of Evidence-based Social Work	Satisfação no trabalho
Gallagher e Cooper	2023	Aotearoa New Zealand Social Work	Treinamentos; Experiências prévias
Li et al.	2023	Chinese Medical Ethics	Burnout;

CAPÍTULO 6

FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO PROFESIONAL

Fernanda Xavier Arena
Maria Isabel Barros Bellini
Maria Elena Cuartero-Castañer

INTRODUCCIÓN

La práctica de acciones de autocuidado se refiere a las actividades que el individuo realiza para su propio beneficio, con el objetivo de mantener su vida, salud y bienestar. También puede estar relacionada con las actividades que los individuos, las familias y las comunidades realizan para mejorar, restaurar la salud y/o prevenir/limitar enfermedades (OMS, 1984). Y el “acto auto-practicado” se entiende como el acto que el individuo elige incorporar para el mantenimiento de su totalidad (Radwany et al., 2012; Sherman, 2004). En esta perspectiva, se destaca que el autocuidado profesional se entiende como la utilización, por parte de los trabajadores, de habilidades y estrategias sociales para preservar sus necesidades, ya sean personales, familiares, emocionales y/o espirituales mientras atienden las necesidades y demandas de los individuos a quienes destinan su trabajo (Figley, 2002a; Stamm, 1999). La utilización de estos recursos cumple una función importante en la seguridad del profesional en diferentes sistemas sociotécnicos complejos o no, pudiendo fomentar un “proceso de compromiso intencional en prácticas que promueven la salud holística y el bienestar del propio profesional” (Lee; Miller, 2013, p. 98).

Varios autores emplean distintas categorizaciones para abordar el concepto del autocuidado. Algunos distinguen entre el autocuidado personal, que se refiere a las prácticas individuales de cuidado, y el autocuidado profesional, que está influenciado por el entorno laboral, las normativas, políticas internas, dinámicas interpersonales y el tipo de trabajo. Otros autores prefieren integrar ambas dimensiones dentro del ámbito laboral, reconociendo que un adecuado autocuidado depende tanto de la disposición del profesional como de los factores

contextuales y organizacionales asociados al trabajo.

Las evidencias sugieren que la práctica del autocuidado profesional, especialmente en campos/categorías profesionales donde existen prácticas relacionales vinculadas al cuidado y atención del otro, puede mitigar algunas de las condiciones laborales nocivas a las que se enfrentan diariamente en su vida laboral. Siendo una estrategia de cuidado considerada esencial para mantener la energía positiva y aumentar la capacidad empática (McCann; Pearlman, 1990; Neumann; Gamble, 1995). Su ejercicio, así como los potenciales beneficios, han sido asociados con diferentes factores que implican en la condición de bienestar/calidad de vida de los trabajadores, como por ejemplo, mejora en la eficacia de la práctica laboral (Bradley et al., 2013), satisfacción compasiva (Grise-Owens; Miller; Eaves, 2016), rotación en el lugar de trabajo (Miller et al., 2018), entre otros. Por otro lado, la ausencia de dichas prácticas está directamente relacionada con la aparición de enfermedades vinculadas al campo de la salud mental (Figley, 2002b; Skovholt; Trotter-Mathison, 2014).

La pregunta que guía este estudio “¿cuáles son los factores asociados a la práctica de autocuidado profesional presentes en la literatura?”, orientó la definición de los criterios de inclusión y exclusión, delineó la búsqueda y la selección de resultados. Se optó por una revisión de literatura con el fin de examinar la producción científica existente en bases previamente seleccionadas, pero también pudiendo respaldar estudios futuros.

El objetivo de este estudio fue sistematizar el conocimiento científico sobre los factores asociados a la práctica del autocuidado profesional por diferentes categorías profesionales y campos de actuación diversos, identificando potencialidades e identificando las lagunas existentes con la intención de ser abordadas en investigaciones futuras.

MÉTODO

La revisión analizó la producción científica que abordaba los factores asociados al autocuidado profesional en la dimensión laboral de trabajadores en diferentes contextos de actuación. El estudio se llevó a cabo utilizando las bases de datos Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO), ScienceDirect, National

Library of Medicine (PubMed) y Scopus, utilizando los descriptores “autocuidado profesional”, “autocuidado profesional” y “professional self-care”, acompañados de los operadores booleanos AND y OR. Como criterio de inclusión, solo se consideraron estudios en portugués, inglés y español, con fecha de publicación hasta el año 2023. Se excluyeron de la selección: a) documentos producidos a nivel internacional, nacional, regional, local que no tuvieran naturaleza de publicación científica; b) documentos producidos por organizaciones internacionales y nacionales públicas y privadas (working papers, informes, reportajes, etc.) que no tuvieran naturaleza de publicación científica; c) trabajos de fin de curso de grado, máster, doctorado, materiales didácticos para uso académico, etc.

Inicialmente, se realizó el cruce de los descriptores en cada base de datos, eliminando las referencias duplicadas. Luego, se seleccionaron las referencias que cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión, a partir de la revisión de los títulos y resúmenes encontrados. Después de este procedimiento, se buscó el texto completo de cada artículo, tratando de seleccionar los estudios de interés a partir de la lectura de los trabajos en su totalidad. Todas las exclusiones realizadas fueron justificadas. Además, en todas las etapas, las divergencias en la selección de los estudios se resolvieron mediante discusión y consenso entre los pares.

Utilizando los términos de búsqueda, se encontraron 219 referencias. Después de eliminar las duplicaciones (82 artículos), se realizó la lectura de los títulos y resúmenes (138 artículos), lo que resultó en 62 estudios relevantes. Con la lectura de los textos completos, se eliminaron 34 artículos debido a las siguientes justificaciones: imposibilidad de acceder al texto completo; falta de correspondencia con el criterio de inclusión de idioma; falta de correspondencia con el criterio de tipo de publicación; falta de evidencia sobre la relación de las variables estudiadas con el autocuidado profesional; e incongruencia con los objetivos del estudio. Por lo tanto, se identificaron 28 artículos relevantes para el análisis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objeto de estudio se centró en los procesos de trabajo y las relaciones de satisfacción, sufrimiento y enfermedad, así como las

estrategias elaboradas por los profesionales para enfrentarlas y sus evidencias. Como factores asociados al autocuidado, se identificaron los siguientes: burnout, fatiga por compasión y satisfacción por compasión.

El síndrome de burnout es reconocido como uno de los principales problemas psicosociales que afectan la calidad de vida de los profesionales en diversos campos de actuación. Esto conlleva una importante cuestión ocupacional y social, ya que su aparición compromete la práctica profesional frente a la calidad de la atención brindada (Rosa; Carlotto, 2005). Aunque ha sido estudiado durante décadas, no existe una conceptualización unánimemente aceptada entre los autores, pero en su mayoría coinciden en que se trata de estrés crónico experimentado por el individuo en su entorno laboral (Carlotto; Cámara, 2008; Garcés de los Fayos; Vives Benedicto, 2002; Gil-Monte; Peiró, 1997).

A partir de la década de 1980, tras la aparición de escalas de medición para identificar los niveles de este síndrome en los trabajadores, Maslach, Jackson y Leiter (1981) explicaron el burnout a partir de tres dimensiones, que son: Agotamiento emocional, relacionado con los sentimientos de fatiga y la reducción de los recursos emocionales necesarios para hacer frente a situaciones de estrés; Despersonalización, expresada en el distanciamiento afectivo que el profesional desarrolla hacia aquellos a quienes presta atención, mostrando actitudes negativas, incredulidad, insensibilidad y despreocupación (Benetti et al., 2009); y baja realización personal, evidenciada en la tendencia a evaluarse negativamente, especialmente en relación con su trabajo. En todos los estudios analizados en los que se identifica el burnout como un factor asociado, fue perceptible la relación inversa que la realización de actitudes de autocuidado por parte de los trabajadores puede tener con la prevención/desarrollo de este síndrome. Basándose en diferentes tipos de enfoques, ya sean instrumentos de medición y/o entrevistas semiestructuradas, las diferentes investigaciones señalan que los profesionales que tienen niveles elevados de autocuidado presentan niveles bajos de burnout (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Caleshu et al., 2022; Eaves; Megan; Robinson, 2020; Galiana et al., 2015; Li et al., 2023; Salloum et al., 2015; 2018; 2019; Sansó et al., 2015; Vidal-Blanco et al., 2018). Además, los estudios realizados en profesionales en Eslovaquia

(Hricová, 2020; Hricová; Nezkusilova; Raczona, 2020) muestran la relación inversa entre el autocuidado y dos de las dimensiones de este factor, el agotamiento emocional y la despersonalización. Por lo tanto, la práctica de acciones de este tipo puede considerarse un factor protector para el desarrollo de esta condición en el lugar de trabajo (Dorociack et al., 2017) y, por consiguiente, beneficiar al propio profesional y a aquellos a quienes brinda servicio.

La fatiga por compasión fue introducida en la literatura por Charles Figley (1995a) mientras estudiaba el trastorno de estrés postraumático secundario en veteranos de guerra. En sus estudios, concluyó que los familiares de los excombatientes también eran afectados por las experiencias traumáticas, denominándolo estrés traumático secundario (estrés de compasión). Su descripción engloba conceptos de estrés traumático secundario como comportamientos y emociones naturales resultantes de un evento traumático experimentado por otra persona (Figley, 1995a; 2002). Así, la fatiga por compasión resultado directo de la exposición a personas en sufrimiento, caracterizado por fatiga física y emocional, consecuencia de la compasión (Radey; Figley, 2007). Se identifica cuando el profesional se percibe incapaz de manejar el sufrimiento de los individuos que necesitan de sus servicios y experimenta un profundo sufrimiento psicológico, miedo e incluso alteraciones cognitivas y funcionales. Puede haber evitación de temas profundos e incluso desapego emocional (Dutton; Rubinstein, 1995) como medida de autoprotección, lo que vacía las posibilidades de éxito en la intervención profesional (Perkins; Sprang, 2013). En la fatiga por compasión, la narrativa de una situación traumática puede desencadenar ansiedad, depresión y sentimiento de desamparo (Figley, 1995b).

Considerando el contexto profesional, Coetzee y Klopper (2010) señalan como

El resultado final de un proceso progresivo y acumulativo causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con pacientes, el uso de sí mismos y la exposición al estrés... un estado en el que la energía compasiva que los profesionales gastan supera sus procesos de restauración con una mayor capacidad de crecimiento (p. 237).

En los artículos analizados, fue posible identificar que el uso de prácticas de autocuidado presenta una relación negativa y esta-

dísticamente significativa con la fatiga por compasión (Cuartero; Campos-vidal, 2018; Salloum et al., 2015; 2018; 2019), es decir, está positivamente relacionado con un menor riesgo de sufrir fatiga por compasión, previniendo su desarrollo (Vidal-Blanco et al., 2018). Incluso, en los estudios que evalúan las variables en trabajadores de cuidados paliativos (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Sansó et al., 2015), es posible identificar los índices de correlación de las dimensiones del autocuidado (externo, interno y social) con esta modalidad de agotamiento profesional.

La satisfacción por compasión se caracteriza por el sentimiento de satisfacción por el trabajo asistencial, con sentimientos positivos sobre la capacidad de ayudar. Se define por Simon et al. (2006) como “la capacidad de recibir gratitud por cuidar” (p.6), y se conceptualiza como el polo opuesto de la fatiga por compasión (Stamm, 2010). A diferencia de la fatiga por compasión, que se conceptualiza como el costo de brindar algún tipo de asistencia a aquellos a quienes se atiende, la satisfacción por compasión es el placer y/o la positividad que proviene de ayudar al prójimo (Kearney et al., 2009; Phelps et al., 2009). Se relaciona con la consecuencia saludable del desempeño de actividades de ayuda, la recompensa por la tensión y el desgaste que el tipo de actividad produce en quienes la ejecutan (Lago, 2013). Sacco y Copel (2017) señalan que esto ocurre cuando la empatía lleva a comportamientos altruistas por parte de los trabajadores, resultando en el alivio del sufrimiento de aquellos que son atendidos, permitiendo así que el “cuidador” enfrente los aspectos negativos de su vida profesional.

Entre la relación de estudios analizados, a diferencia de lo que se presentó con respecto a la fatiga por compasión, el autocuidado presenta una relación positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción por compasión (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Cuartero; Campos-Vidal, 2018; Salloum et al., 2015; 2018; Sansó et al., 2015). Es decir, aquellos trabajadores que practicaban más estrategias de autocuidado también fueron los que mostraron niveles más altos de satisfacción por compasión.

Además, aunque el estudio de Killian (2008) menciona en sus resultados que las estrategias de autocuidado no fueron factores significativos en modelos de regresión múltiple, en lo que respecta a la satisfacción por compasión, presenta datos que muestran que el

nivel de apoyo social (reportado por amigos, familiares y la comunidad) de los trabajadores fue el predictor más significativo de la satisfacción con la compasión. Esta categoría la interpretamos como directamente relacionada con una de las dimensiones del autocuidado, el autocuidado social.

En la literatura, diferentes estudios presentan los posibles beneficios que el desarrollo de la satisfacción por compasión puede brindar a los profesionales, como: un mayor sentido de responsabilidad y control sobre la salud de sus pacientes/clientes/atendidos (Lloyd; Carson, 2011; Van der Cingel, 2011); un aumento de la confianza entre el profesional y los pacientes/clientes/atendidos (Lown; Rosen; Marttila, 2011); un mayor reconocimiento personal y un impacto positivo en la vida de las personas, un sentido elevado de empatía, una mayor cohesión entre grupos y una comprensión más profunda sobre la naturaleza humana (Stamm et al., 2002). Por lo tanto, la satisfacción por compasión se expresa en una relación en la que se encuentra presente la satisfacción, la gratificación y la realización profesional y personal con el trabajo, incluso si no elimina o niega los efectos negativos que rodean la realidad del trabajo.

La literatura señala que existen diferencias en los procesos de sufrimiento y enfermedad en el trabajo, y que factores como la inversión emocional y la sintonía entre el profesional y la persona que depende de su trabajo son lo que singularizan el burnout, diferenciándolo del estrés ocupacional más generalizado (Maslach, Jackson; Leiter, 1997). Los sentimientos de desilusión, desamparo, desesperanza y cansancio continuo indican el agotamiento del profesional con respecto a su trabajo (Sorgaard et al., 2007). El tipo de trabajo y las expectativas generadas en su entorno crean un ambiente propicio para sentimientos y demandas poco realistas, lo que resulta en un profundo desencanto y frustración. Estas frustraciones, cuando son continuas, alimentan procesos de sufrimiento y enfermedad a veces crónicos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los artículos revelaron distintos tipos de afrontar el autocuidado profesional tales como el autocuidado externo, el autocuidado interno y el autocuidado social, (Bloomquist et al., 2015; Galiana et al., 2015; Grise-Owens; Miller; Eaves, 2016; Sansó et al., 2015). Estas dimensiones están presentes en la vida de los individuos tanto en el ámbito perso-

nal como profesional (Arena; Oliver; Galiana, 2019; Galiana et al., 2015; Hernández, 2015; Vidal-Blanco et al., 2019).

La bibliografía analizada problematizó las dimensiones del autocuidado con las relaciones presentadas en el cuadro 1:

Cuadro 1: Variables asociadas al autocuidado

Tipo de autocuidado	El autocuidado interno está asociado con las siguientes estrategias	El autocuidado externo está asociado con las siguientes estrategias	El autocuidado social está asociado con las siguientes estrategias
<i>Variables asociadas</i>	Bienestar psicológico; autoconciencia emocional; autonomía; aumento de la autoestima; afrontamiento emocional; ampliación del conocimiento, habilidades e intereses adicionales; desarrollo de valores asociados al autocuidado; satisfacción con la vida; esperanza; salud mental; auto-conciencia/atención plena; empoderamiento; compasión y autocompasión; autocuidado como competencia; desarrollo de cualidades y atributos personales; fe; buen humor.	Mantenimiento de la salud y bienestar; prevención de enfermedades; capacidad para manejar el estrés; inversión en otras funciones; participación en investigaciones/estudios y mejora en áreas de crecimiento aspiradas.	Inversión en recursos organizacionales para mejorar la calidad de vida laboral; oferta de supervisión/supervisor de prácticas/comportamientos y concienciación; oportunidades informales de orientación (acompañamiento de profesionales); comportamiento de ciudadanía organizacional; oferta de capacitación en autocuidado en el trabajo o formación; capital social en el lugar de trabajo; estrategias para referir casos a profesionales evitando situaciones traumáticas; acciones para promover el bienestar; acciones para promover el autocuidado físico/emocional y espiritual; promoción del apoyo social e interpersonal de colegas profesionales; establecimiento de estructuras de apoyo personal; desarrollo de confianza/alianza terapéutica; participación en talleres/entrenamientos de desarrollo profesional; participación en actividades de apoyo de colegas; establecimiento de límites y comunicación de necesidades en el lugar de trabajo en busca de respuestas colectivas.
<i>Referencia de los estudios</i>	Arena; Oliver; Galiana, 2019; Cuartero; Campos-Vidal, 2018; Dorociack et al. 2017; Galiana et al. 2015; Miller, 2020; Miller et al., 2019b; Oliver et al., 2019; Salloum et al., 2015; 2018; 2019; Sansó et al., 2015; Vidal-Blanco et al., 2018	Kirkcaldy, Van Rensburg; Du Plooy, 2020; Vidal-Blanco et al., 2018	Apostol; Cranwell; Gallagher; Cooper, 2023; Hitch, 2021; Miller et al., 2018; Perkins; Reyre et al., 2017; Sprang, 2013; Salloum; Choi; Stover, 2018; Wang; Zhang; Yang, 2020

Fuente: Elaboración de las autoras

Algunos artículos analizados señalan factores que, asociados al perfil de los profesionales, pueden aumentar el coeficiente de insatisfacción, sufrimiento y enfermedad, tales como: características sociodemográficas, género (se observa que las mujeres tienen una mayor propensión a la enfermedad), identificación con las experien-

cias vividas por los individuos que atienden y que remiten a experiencias de sufrimiento personal o de familiares (por ejemplo, uso abusivo y perjudicial de sustancias, pérdida de seres queridos, etc.) y aspectos del funcionamiento individual de la salud mental (Cassie; Dubose, 2023; Gallagher; Cooper, 2023; Miller et al., 2018; 2019a; 2019b; Perkins; Sprang, 2013).

CONCLUSIONES

La elección de la revisión de literatura como metodología orientó la conducción del estudio hacia la identificación de la producción científica sobre el tema en las bases definidas por los investigadores.

Los análisis permitieron reflexionar sobre lo que la producción científica señala como factores asociados al autocuidado profesional, destacándose la fatiga por compasión, la satisfacción por compasión y el burnout, así como otras características personales de la persona profesional.

Aunque el autocuidado se entiende inicialmente como un conjunto de habilidades y/o estrategias que los trabajadores desarrollan para preservar sus necesidades personales/emocionales/espirituales, y/o familiares/sociales frente a los desafíos planteados por el tipo de trabajo y la demanda que atienden, también tiene una dimensión externa y social que involucra, además del trabajador, aspectos que pueden ser desarrollados por las empresas donde se lleva a cabo el trabajo. Por ejemplo, en el caso de los profesionales del área de la salud, las instituciones establecen normativas y políticas que condicionan su ámbito laboral. Esto puede incluir la asignación de turnos, la carga de trabajo, los descansos, entre otros aspectos. De manera similar, en entidades sociales, el volumen de demandas y la organización del trabajo también pueden influir en la capacidad de los trabajadores para cuidar de sí mismos.

Es necesario que las empresas, independientemente de su naturaleza, reconozcan su responsabilidad en la promoción del autocuidado de sus empleados y en la creación de un entorno laboral que facilite prácticas saludables. Esto puede implicar políticas que fomenten el equilibrio entre la vida laboral y personal, programas de apoyo emocional, acceso a recursos de salud mental, entre otras ini-

ciativas. Así como se ha documentado en el apartado de resultados, al priorizar el bienestar de sus trabajadores, las entidades no solo promueven un ambiente laboral más saludable, sino que también contribuyen a la eficacia y satisfacción laboral de su equipo.

En la producción científica analizada, hay una centralidad en el ámbito sociosanitario, lo que requiere la realización de otros estudios para conocer las especificidades del trabajo que implica el cuidado de la salud de otros como potencial para el sufrimiento, y, con un conocimiento más profundo, proponer estrategias para mitigar el sufrimiento de los trabajadores y prevenir procesos de ruptura y enfermedad.

También se destaca el campo de la asistencia a la infancia, con una producción significativa en la temática, lo que permite algunas hipótesis sobre el interés en esta área vinculado a la vulnerabilidad de los niños atendidos, lo que podría despertar en el trabajador sentimientos intensos como la fatiga por compasión, la satisfacción por compasión o el burnout.

La significativa concentración de la producción en equipos multidisciplinarios, en los que no se prioriza una profesión, y en los trabajadores sociales también alerta sobre la necesidad de profundizar y ampliar el interés científico para comprender mejor esta acumulación.

En estudios anteriores se señalan evidencias sobre el efecto positivo que la práctica del autocuidado profesional puede tener, especialmente mitigando las condiciones laborales adversas en el día a día laboral, y este efecto positivo se amplía en campos con categorías profesionales que interactúan entre sí. Las estrategias de autocuidado pueden fortalecer el sentido del trabajo, ampliar las condiciones de bienestar y la calidad de vida de los trabajadores, previniendo el surgimiento de procesos de enfermedad mental.

La mayoría de los artículos seleccionados son de naturaleza descriptiva y analítica. Sin embargo, se observa una carencia de estudios que no solo identifiquen el problema de la baja calidad de vida experimentada por los trabajadores en ámbitos sanitarios, psicológicos, sociales u otros campos donde se atiende a personas que sufren, sino que también ofrezcan soluciones concretas y efectivas. Así, se hace necesario ampliar la investigación hacia estudios que propongan y evalúen prácticas específicas destinadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de estos profesionales. Estas prácticas

podrían abordar aspectos como el manejo del estrés, el fomento de la resiliencia, la promoción de un ambiente laboral saludable y el acceso a recursos de apoyo emocional y psicológico. Al identificar y compartir prácticas exitosas, podemos avanzar hacia la implementación de intervenciones más efectivas y centradas en el bienestar de los trabajadores, lo que contribuirá no solo a mejorar su calidad de vida, sino también a optimizar su desempeño y su capacidad para brindar una atención de calidad a quienes más lo necesitan.

Contrarrestando los procesos de sufrimiento y enfermedad, existen actividades de autocuidado profesional o estrategias que pueden ser desarrolladas por el trabajador o por la empresa y que requieren identificación, reflexión y planificación para que puedan aportar beneficios como el aprendizaje a partir de experiencias, el cultivo de la autoconciencia, mayor satisfacción, crecimiento profesional, mejora de perspectivas y responsabilidades, y menos agotamiento.

Se espera que este estudio pueda contribuir al entendimiento de que el desarrollo de la autoconciencia, de las experiencias individuales y colectivas, y del autocuidado amplía las formas de aprender a enfrentar rutinas laborales adversas, desgastantes, aburridas y/o de riesgo, contribuyendo a la formación de individuos y trabajadores más seguros y satisfechos.

REFERENCIAS

APOSTOL, Courtney; CRANWELL, Kathryn; HITCH, Danielle. Evaluating a multidimensional strategy to improve the professional self-care of occupational therapists working with people with life limiting illness. *BMC palliative care*, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2021.

ARENA, Fernanda; OLIVER, Amparo; GALIANA, Laura. Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, v. 28, n. 2, p. 33-45, 2019.

BENETTI, Eliane Raquel Rieth et al. Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 2, 2009.

BLOOMQUIST, Kori R. et al. Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work*,

v. 16, n. 2, p. 292-311, 2015.

BRADLEY, Nicole et al. Creative approaches for promoting counselor self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, v. 8, n. 4, p. 456-469, 2013.

CALESHU, Colleen et al. Contributors to and consequences of burnout among clinical genetic counselors in the United States. *Journal of Genetic counseling*, v. 31, n. 1, p. 269-278, 2022.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, v. 39, n. 2, 2008.

CASSIE, Kimberly M.; DUBOSE, Erika M. An exploratory examination of the effect of self-care practices on job satisfaction and organizational commitment. *Journal of Evidence-Based Social Work*, v. 20, n. 2, p. 258-271, 2023.

COETZEE, Siedine Knobloch; KLOPPER, Hester C. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, v. 12, n. 2, p. 235-243, 2010.

CUARTERO, M. Elena; CAMPOS-VIDAL, José F. Self-care behaviours and their relationship with satisfaction and compassion fatigue levels among social workers. 2018.

DOROCIAC, Katherine E. et al. Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of counseling psychology*, v. 64, n. 3, p. 325-334, 2017.

DUTTON, Mary Ann; RUBINSTEIN, Francine L. Working with people with PTSD: Research implications. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, p. 82-100, 1995.

EAVES, Tanika et al. The Professional Is the Personal: A Qualitative Exploration of Self-Care Practices in Clinical Infant Mental Health Practitioners. *Journal of Social Service Research*, v. 47, n. 3, p. 369-387, 2020.

FIGLEY, Charles R. (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel, Publishers, 1995(a).

FIGLEY, Charles R. *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. 1995b.

FIGLEY, Charles R. (Ed.). Treating compassion fatigue. Routledge, 2002a.

FIGLEY, Charles R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of clinical psychology*, v. 58, n. 11, p. 1433-1441, 2002b.

GALIANA, Laura et al. Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish journal of psychology*, v. 18, 2015.

GALLAGHER, Suzi; COOPER, Lareen. Self-care methods of social workers working in end-of-life care. *Aotearoa New Zealand Social Work*, v. 35, n. 3, p. 89-100, 2023.

GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J.; VIVES BENEDICTO, Laura. Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de burnout en el contexto deportivo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, v. 5, p. 11-12, 2002.

GIL-MONTE, Pedro R.; SILLA, José M. Peiró; DIR MAYOR, Juan. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. 1997.

GRISE-OWENS, Erlene (Ed.). The A-to-Z self-care handbook for social workers and other helping professionals. New Social Worker Press, 2016.

HERNÁNDEZ, Mabel Rocío. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista salud bosque*, v. 5, n. 2, p. 79-88, 2015.

HRICOVÁ, Monika. The mediating role of self-care activities in the stress-burnout relationship. *Health Psychology Report*, v. 8, n. 1, p. 1-9-1-9, 2020.

HRICOVÁ, Monika; NEZKUSILOVA, Jana; RACZOVA, Beata. Perceived Stress and Burnout: The Mediating Role of Self-Care and Job Satisfaction as Preventive Factors in Helping Professions. *European Journal of Mental Health*, v. 15, n. 1, p. 3-22, 2020.

KEARNEY, Michael K. et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *Jama*, v. 301, n. 11, p. 1155-1164, 2009.

KILLIAN, Kyle D. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, v. 14, n. 2, p. 32-44, 2008.

KIRKCALDY, Hanlé; VAN RENSBURG, Esmé; DU PLOOY, Kobus.

“You can’t bully me anymore”: Coping strategies in a group of psychologists accused of professional misconduct. *Journal of Psychology in Africa*, v. 30, n. 3, p. 268-275, 2020.

LAGO, Kennyston Costa. *Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde*. 2013.

LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 18, p. 213-221, 2013.

LEE, Jacquelyn J.; MILLER, Shari E. A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, v. 94, n. 2, p. 96-103, 2013.

Li, Q., Xu, L., Wang, Y., Zhu, Y., Huang, Y., & Tan, W. Occupational burnout and turnover intention of social workers under the context of epidemic prevention and control: The moderating effect of professional self-care. *Chinese Medical Ethics*, 36(2), 160–166. 2023.

LLOYD, Marjorie; CARSON, Alex. Making compassion count: Equal recognition and authentic involvement in mental health care. *International Journal of Consumer Studies*, v. 35, n. 6, p. 616-621, 2011.

LOWN, Beth A.; ROSEN, Julie; MARTTILA, John. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, v. 30, n. 9, p. 1772-1778, 2011.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale (CA): CPP, Incorporated. 1996.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E.; LEITER, Michael P. *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education, 1997.

MCCANN, I. Lisa; PEARLMAN, Laurie Anne. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, v. 3, n. 1, p. 131-149, 1990.

MILLER, J. Jay. Developing self-care competency among child welfare workers: A first step. *Children and Youth Services Review*, v. 108, p. 104529, 2020.

MILLER, J. Jay et al. Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*, v. 84, p. 137-142, 2018.

MILLER, J. Jay et al. Examining the self-care practices of child welfare workers: A national perspective. *Children and Youth Services Review*, v. 99, p. 240-245, 2019a.

MILLER, J. Jay et al. Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clinical Social Work Journal*, v. 47, n. 4, p. 321-331, 2019b.

MILLER, J. Jay et al. Exploring the self-care practices of social workers in Poland. 2019c.

NEUMANN, Debra A.; GAMBLE, Sarah J. Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, v. 32, n. 2, p. 341, 1995.

OLIVER, Amparo et al. An integrative model of the subjective well-being of staff working in intellectual disability services. *Research in developmental disabilities*, v. 87, p. 1-8, 2019.

PERKINS, Elizabeth B.; SPRANG, Ginny. Results from the Pro-QOL-IV for substance abuse counselors working with offenders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, v. 11, n. 2, p. 199-213, 2013.

PHELPS, Andrea et al. Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 18, n. 3, p. 313-330, 2009.

RADEY, Melissa; FIGLEY, Charles R. The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, v. 35, n. 3, p. 207-214, 2007.

RADWANY, Steven et al. Poetry as self-care and palliative care. *Journal of palliative medicine*, v. 15, n. 12, p. 1394-1395, 2012.

REYRE, Aymeric et al. Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug and alcohol dependence*, v. 174, p. 30-38, 2017.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SACCO, Tara L.; COPEL, Linda Carman. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. In: *Nursing forum*. 2018. p. 76-83.

SALLOUM, Alison et al. The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Child*

dren and Youth Services Review, v. 49, p. 54-61, 2015.

SALLOUM, Alison; CHOI, Mi Jin; STOVER, Carla Smith. Development of a trauma-informed self-care measure with child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, v. 93, p. 108-116, 2018.

SALLOUM, Alison; CHOI, Mi Jin; STOVER, Carla Smith. Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review*, v. 101, p. 299-306, 2019.

SANSÓ, Noemi et al. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of pain and symptom management*, v. 50, n. 2, p. 200-207, 2015.

SHERMAN, Deborah Witt. Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. *AJN The American Journal of Nursing*, v. 104, n. 5, p. 48-56, 2004.

SIMON, Cassandra E. et al. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of psychosocial oncology*, v. 23, n. 4, p. 1-14, 2006.

SKOVHOLT, Thomas M.; TROTTER-MATHISON, Michelle. *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. Routledge, 2014.

SØRGAARD, Knut W. et al. Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs. community staff. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 42, n. 10, p. 794-802, 2007.

STAMM, Beth. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press, 1995.

STAMM, B. Hudnall et al. *The helper's power to heal and to be hurt-or helped-by trying*. Washington, DC: National Register of Health Service Providers in Psychology, 2002.

VAN DER CINGEL, Margreet. Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing ethics*, v. 18, n. 5, p. 672-685, 2011.

VIDAL-BLANCO, Gabriel et al. *Quality of work life and self-care in*

nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica* (English Edition), v. 29, n. 3, p. 186-194, 2019.

WANG, Yean; ZHANG, Huan; YANG, Yaya. The Moderating Effect of Professional Self-Care Training on Novice Practitioners' Organizational Citizenship Behavior in China. *Social work*, v. 65, n. 1, p. 45-54, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Health education in self-care: Possibilities and limitations. World Health Organization, 1984.

Adjunto 1. Características generales de los estudios (n = 28)

Autores	Año	Revista	Factores asociados al autotucidado
Killian	2008	Traumatology	Satisfacción por compasión.
Perkins e Sprang	2013	International Journal of Mental Health and Addiction	Género; Experiencias previas; Estrategias organizacionales.
Salloum et al.	2015	Children and Youth Services Review	Burnout; Satisfacción por compasión.
Galiana et al.	2015	Spanish Journal of Psychology	Autoconciencia, Burnout, Fatiga por compasión, Satisfacción por compasión, estrategias de afrontamiento.
Sansó et al.	2015	Journal of Pain and Symptom Management	Autoconciencia, Burnout, Fatiga por compasión, Satisfacción por compasión, estrategias de afrontamiento.
Dorociak et. al	2017	Journal of Counseling Psychology	Satisfacción con la vida, Burnout
Reyre et al	2017	Drug and Alcohol Dependence	Confianza, alianza terapéutica
Cuartero e Campos-Vidal	2018	Social Work in Health Care	Fatiga por compasión, Satisfacción por compasión.
Salloum, Choi e Stover	2018	Children and Youth Services Review	Burnout, Fatiga de la compasión; Compasión satisfacción, Bienestar psicológico; Características organizativas

Vidal-Blanco et al.	2018	Enfermería Clínica	Burnout, Fatiga por compasión, bienestar.
Miller et al.	2018	Children and Youth Services Review	Perfil sociodemográfico de los participantes; Participación con organizaciones profesionales.
Miller et al.	2019 (a)	Children and Youth Services Review	Perfil sociodemográfico los participantes
Miller et al.	2019 (b)	Clinical Social Work Journal	Autocompasión
Miller et al.	2019 (c)	European Journal of Social Work	Perfil sociodemográfico de los participantes
Salloum, Choi e Stover	2019	Children and Youth Services Review	Agotamiento, Fatiga de la compasión; Funcionamiento de la salud mental
Oliver et al.	2019	Research in Developmental Disabilities	Satisfacción con la vida, Salud mental, Conciencia/autoconocimiento
Arena, Oliver e Galiana	2019	Revista Colombiana de Psicología	Conciencia de sí mismo, Burnout, Fatiga de la compasión, Satisfacción por compasión, Estrategia de afrontamiento
Eavis, Megan e Robinson	2020	Journal of Social Service Research	Burnout
Miller	2020	Children and Youth Services Review	Autocuidado como competencia
Hricová, Nezksilova e Raczova	2020	European Journal of Mental Health	Burnout
Hricová	2020	Health Psychology Report	Burnout

Kirkcal- dy, van Rens- burg e du Plooy	2020	Journal of Psycholo- gy in Africa	Apoyo interpersonal de colegas profesionales; Estructuras de apoyo personal; Desarrollo de atributos personales.
Wang, Zhang e Yang	2020	Social Work	Conducta cívica en las organizaciones; Capi- tal social del lugar de trabajo; Supervisión de prácticas; Entrenamien- to de autocuidado en la formación.
Apostol, Cranwell e Hitch	2021	BMC palliative care	Supervisión; Conciencia
Caleshu	2022	Journal of Genetic Counseling	Burnout
Cassie e Bu- bose	2023	Journal of Evi- dence-based Social Work	Satisfacción laboral
Gallagher e Cooper	2023	Aotearoa New Zea- land Social Work	Entrenamiento; Expe- riencias previas
Li et al.	2023	Chinese Medical Ethics	Burnout;

CAPÍTULO 7

O AUTOCUIDADO COMO RESISTENCIA NOS PROCESSOS DE ADOECIMENTO E SOFRIMENTO MENTAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

Lidiany Lima Cavalcante
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUÇÃO

Os acordes da segunda década do século XXI aportam discussões que envolvem a saúde mental como plataforma de intervenção imediata, haja vista o processo de adoecimento da população e a visibilidade dos casos graves a partir dos dados crescentes sobre transtornos mentais e suicídio. O Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (2019) estimou que em 2019 cerca de um bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental, o que inclui cerca de 14% da população adolescente. Os dados da OMS (2019) apontam ainda que pessoas que tem transtornos mentais vivem entre 10 e 20 anos a menos que a população em geral, o que denota que o sofrimento psíquico apresenta consequências que vão além das crises já identificadas nas plataformas da medicalização da vida.

Entre desafios e perspectivas, a saúde mental demanda discussões e sobretudo, intervenções efetivas que incluem o autocuidado como mola propulsora de resistência e intervenção frente a uma sociedade adoecida pelo processo de sociabilidade capitalista. Ainda que o Serviço Social no Brasil tenha uma produção relativamente significativa sobre o trabalho profissional na política de saúde e saúde mental e conte com produções e notas de orientação aos profissionais dos órgãos representativos da profissão como CFESS e ABPESS constata-se a ausência de estudos que versem sobre a saúde mental do profissional assistente social e sobre a criação de estratégias de autocuidado para enfrentamento das adversas condições de trabalho que podem minar a saúde e as potencialidades

profissionais. A constatação de que a ausência de estudos no Serviço Social sobre essa temática se estende à América Latina fomentou a elaboração desse artigo o qual objetiva refletir sobre a importância e os desafios de criar estratégias de autocuidado profissional que repercutam positivamente na saúde mental de profissionais assistentes sociais.

Para embasar as reflexões realizou-se levantamento no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (2024) utilizando os descritores Saúde Mental e Serviço Social localizando nos últimos 10 anos um total de 844 produções distribuídas entre mestrado e doutorado. Ao aprofundar o levantamento na área de Ciências Sociais Aplicadas localizou-se 35 produções do Serviço Social em um total 43, o que aponta o interesse da categoria pela temática.

Por outro lado, constatou-se que a saúde mental de assistentes sociais ou estratégias de autocuidado não é tema nas produções o que instiga o olhar investigativo e reflexivo sobre a perspectiva do autocuidado desse profissional que tem como matéria prima no seu cotidiano de trabalho as diversas expressões da questão social, ou seja, processos de sofrimento, espoliação, violência mas também de resistências e luta o que exige além da competência profissional uma carga de investimento afetivo e esperançoso que possa dar conta de uma realidade cada vez mais adversa, em uma realidade de barbárie.

Propõe-se pontuar além dos desafios as possíveis propostas para o enfrentamento de um cenário assolado pela exploração capital – trabalho, alicerçada nas relações de dominação de classe, que envolvem não apenas a resistência como foco do profissional, mas a possibilidade de evidenciar que as expressões da Questão Social que envolvem a saúde mental não se fazem presentes apenas no cotidiano dos usuários demandantes do Serviço Social, mas envolvem também profissionais que atuam no *front* das políticas públicas, os quais também são vítimas do sofrimento psíquico em todas as suas dimensões.

O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE E A RELAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL

Os ecos do Serviço Social brasileiro envolvem quase 90 anos de uma profissão forjada no país entre lutas e desafios de natureza

histórica, social e cultural, com seu nascedouro emergente a partir das expressões da Questão Social oriundas do sistema capitalista excludente, as quais vão desde as faces da violência, a precarização e uberização do trabalho, as condições do subemprego, o desmonte das políticas públicas, falta de saneamento básico, ausência de políticas de habitação, o subfinanciamento de políticas como saúde e assistência social. As faces do capital assumem na contemporaneidade o que Boschetti (2017) considera como agudização da barbárie, visto que a brutalidade contra crianças e adolescentes já não chama a atenção, a violência contra pessoas indígenas, quilombolas, idosas e mulheres já perpassa de forma indiferente. O morticínio da população coloca o Brasil em quinto lugar em número de feminicídios, sendo o topo do ranking na América Latina, conforme os dados da Organização Pan-americana de Saúde (2023).

Frente às expressões da Questão Social que colocam o Brasil em rota de colisão com a garantia dos direitos humanos, o Serviço Social se constitui, de acordo com Iamamoto (2008) como profissão inserida no bojo da divisão sociotécnica do trabalho. Protagoniza um projeto profissional crítico de natureza ético-política, com um tripé que envolve o Código de Ética profissional e demais resoluções do conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social), a Lei de regulamentação da Profissão e as diretrizes da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, com a contribuição de uma tradição balizada pela teoria crítica de Karl Marx.

Para além das ponderações, o Serviço Social brasileiro conseguiu transpor barreiras relevantes ao se constituir como profissão reconhecida na contemporaneidade pelos seus aportes teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos. Entretanto, quando o assunto envolve a saúde mental da categoria profissional, ocorre um mutismo sobre o assunto.

Cavalcante e Bellini (2023a) enfatizam que o contato de Assistentes Sociais com a realidade de vulnerabilidades dos usuários, as expressões das violências sejam em áreas urbanas e rurais, a fome, pauperização, a falta de recursos para intervenção constitui plataformas para o desenvolvimento de sofrimentos psíquicos tais como a fadiga por compaixão, em razão do contato com as demandas da população, que será evidenciado mais adiante.

As expressões da Questão Social são alavancadas pelo sistema capitalista que caminha rumo a um processo de descivilização, nas palavras de Casara (2021), haja vista que as agruras do capital alinhadas ao ultraneoliberalismo, ou seja, a face mais atroz do neoliberalismo, fomenta a naturalização do absurdo e do caos, enxerga a solidariedade como fraqueza e o egoísmo como virtude.

Nesse bojo, adentra-se ao contexto da saúde mental como algo envolto a tabus, sobretudo na realidade brasileira. Apesar das poucas campanhas generalistas realizadas no âmbito do país, as quais acabam por resumirem-se todos os anos, principalmente ao mês de setembro e janeiro branco, em decorrência do marco de prevenção ao suicídio. As políticas públicas não alcançam a população por diversos motivos que estão para além do desmonte e da fragmentação de políticas, programas e projetos, já que adensam o caldo do desfinanciamento generalizado pelo corte de gastos e investimentos governamentais em comunidades terapêuticas (Cavalcante e Bellini, 2023b). Os referidos embates se somam aos desafios de uma população que reconhece na saúde mental o histórico dos hospitais psiquiátricos, os quais estavam voltados para uma perspectiva discriminatória, de abandono e exclusão.

A Política Nacional de Saúde Mental, elencada pela Lei 10.216 só protagonizou o cenário brasileiro a partir de 2001, ou seja, foram praticamente 500 anos de história no país, em que a saúde mental foi considerada como segundo plano ou mesmo ausente de todos os planos de políticas públicas, já que o histórico envolveu práticas higienistas e de isolamento da população que sofria com transtornos mentais. A Política Nacional de prevenção da Automutilação e do Suicídio data de 2019, ou seja, diante da emergência mundial em tratar sobre o tema, o Brasil avança em pequenos passos quando o assunto é a saúde mental.

No cerne da política, não há clareza de orçamento da gestão federal sobre o quantitativo de recursos direcionados à saúde mental, o que se configura como problema histórico na realidade brasileira. Cavalcante e Bellini (2023b) confirmam a ausência de dados sobre o uso de recursos remetidos à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, contudo, existem dados sobre os valores que são direcionados nos últimos anos às comunidades terapêuticas, sobretudo as que detêm origens religiosas.

Se a visibilidade e concretude das políticas voltadas à saúde mental da população são recentes, a discussão sobre a saúde mental de profissionais de Serviço Social reflete o referido paradigma, conforme a amplificação da discussão a seguir.

A discussão da saúde mental no âmbito do Serviço Social é elevada para a tratativa da temática em relação aos usuários/usuárias das políticas de saúde. Em levantamento realizado no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (2024) apontou-se a existência de 844 produções científicas sobre Saúde Mental e Serviço Social, sendo 584 de mestrado e 162 de doutorado, distribuídas em diversos programas. Ao aprofundar a pesquisa em produções voltadas às Ciências Sociais Aplicadas encontrou-se 43 produções nos últimos 10 anos, sendo 31 produzidas entre os anos de 2019 e 2020. Do quantitativo de 43 na área de Ciências Sociais Aplicadas, 35 estão em Serviço Social. A partir dos dados, foi possível ponderar:

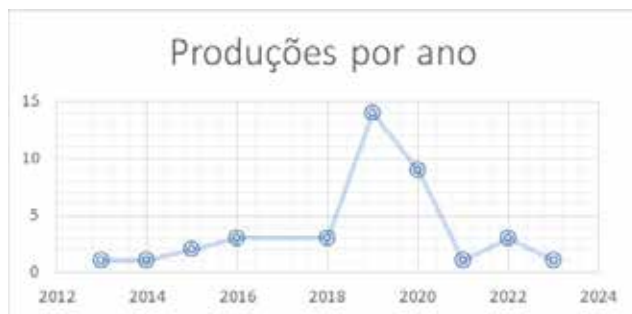
Gráfico 1



Fonte: Pesquisa documental no Banco de Teses e Dissertações da CAPES.
Organização das autoras.

Os resultados mostram que a maior concentração de produções científicas se encontra no nordeste brasileiro, totalizando 50% com participação majoritária da Universidade Federal do Piauí e Universidade Federal da Paraíba, em Programas de Pós-graduação de Políticas Públicas e de Serviço Social, respectivamente.

Gráfico 2



Fonte: Pesquisa documental no Banco de Teses e Dissertações da CAPES
Organização das autoras.

No que se refere aos dados dos últimos 10 anos sobre pesquisas que abordam a temática ‘Saúde Mental e Serviço Social’, houve uma elevação de produções no ano de 2019 com 14 produções e 2020 com 9. Os demais anos apresentaram uma baixa constância no que tange ao quantitativo de produções em nível de pós-graduação no Brasil. Apesar dos dados, nenhuma produção aborda a temática que envolva a saúde mental de assistentes sociais ou a perspectiva do autocuidado, contudo é preciso ressaltar a relevância da categoria profissional no que tange ao desenvolvimento de pesquisas sobre saúde mental, sobretudo na região nordeste, apesar do mutismo sobre o tema quando envolve assistentes sociais.

A Organização Mundial de Saúde - OMS apresentou historicamente um conceito de saúde questionável frente a égide capitalista, que consiste no bem-estar biopsicossocial. Cavalcante e Bellini (2023b) fazem ressalvas sobre o conceito utilizado pela OMS, pois conseguir desenvolver o bem-estar biopsicossocial é algo que está na contracorrente com o que preconiza o processo de sociabilidade capitalista, já que se trata de um sistema excludente e desigual, sobretudo pra condições de saúde, moradia, acesso a bens, tratamentos, serviços, condições ambientais, segurança alimentar e empregabilidade.

Para Marx (1998), o homem, no sentido genérico da palavra, constrói a sua própria história, mas não da maneira que gostaria, mas a partir do que é transmitido ou se constitui como legado do passado. Isso significa que não há um processo de liberdade no sistema ca-

pitalista, pois essa liberdade reserva-se à venda de mão-de-obra em uma perspectiva de sobrevivência, o que não envolve a escolha entre ter ou não alguma qualidade de vida.

Na mesma perspectiva, o conceito de saúde mental merece destaque, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2022) refere-se à condição humana de desenvolver as habilidades, superar as dificuldades normais da vida, trabalhar de forma produtiva e poder contribuir com a comunidade em que vive. Diante do ensejo, indaga-se como é possível viver nas respectivas condições já que o sistema capitalista fomenta a exclusão, o desemprego, a fome, as violências, a precarização na atenção das políticas públicas, sobretudo a saúde mental, agravadas pelas plataformas que fomentam a medicalização da vida?

A resposta não é simples e demanda reflexões multidimensionais sobre as condições de vida, moradia, trabalho, educação, acesso às políticas públicas, inclusive de saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (2022) retrata que em média, os países investem entre 2% e 5% dos recursos da saúde em ações, intervenções e prevenções em saúde mental, o que é insuficiente diante das demandas existentes para atender a população, já que a relação discutida inicialmente apresenta um caso de sofrimento psíquico a cada sete pessoas. Nesse bojo, a realidade brasileira não se diferencia dos demais países, pois coloca a rede de atenção psicossocial em uma realidade brutal de apagamento, invisibilidade e desfinanciamento.

PROCESSOS DE ADOECIMENTO E SOFRIMENTO MENTAL NO TRABALHO

O Brasil é o país com o maior quantitativo de ansiosos do mundo e o quinto mais depressivo. Os números se elevam mais quando o assunto é suicídio consumado ou a tentativa, pois o Brasil está entre os oito países com maior indicativo de taxas consumadas, com indicativo entre 11 e 12 mil casos por ano, com prevalência da população jovem entre 15 e 29 anos (Organização Mundial de Saúde (2022), o que não exclui as demais faixas etárias.

No cenário dos dados, as referências sobre o adoecimento de profissionais apontam a seguinte situação: 15% dos adultos em idade laborativa apresentam algum quadro de transtorno mental, tendo

o bullying, o assédio moral, a depressão e a ansiedade como fatores de reclamação e demanda nos espaços laborativos (Organização Mundial de Saúde 2022b). Dardot e Laval (2016) evidenciaram que os tempos atuam na produção do sujeito neoliberal no âmbito do trabalho, onde faltam direitos e sobram cobranças demandadas pelo capital, as quais clamam pela desumanização do indivíduo, apontam o egoísmo como uma virtude, o mandar faz parte do processo e a obediência atua na outra haste dos processos de trabalho, o que leva a uma barbárie que pode chegar ao ponto do suicídio.

Peyon (2018) afirma que ao trabalhador resta suportar o sofrimento, produzir em larga escala para atender as demandas, enfrentar o trabalho e assim atender às perspectivas de manutenção do sistema que age através do cooptação de pessoas que exerçam práticas fora do agir ético, para garantir a sobrevivência no mundo do trabalho. O autor evidencia ainda as consequências do sofrimento no trabalho, sentimento esse que não pode ser partilhado entre os pares, para não ocasionar mal-estar, ou sugerir a simbologia da fraqueza humana, o que apresenta indagações, tais como: de que forma posso reconhecer o sofrimento no outro, se tal sentimento a mim é negado?

Questões dessa natureza não fazem parte do cotidiano dos/das trabalhadores e trabalhadoras das grandes organizações do setor industrial, mas atinge sobretudo profissionais de Serviço Social, que desenvolvem ações e intervenções voltadas às expressões da Questão Social, seu objeto de trabalho e tais problemáticas, a depender do grau de severidade apontam para direcionamentos de sofrimentos psíquicos que podem levar ao desenvolvimento de transtornos mentais a partir da empiria cotidiana exercida nos espaços sócio-ocupacionais de atuação.

As transformações no mundo do trabalho têm provocado exaustão e degradação do próprio trabalho, especialmente para os profissionais de Serviço Social que, diante do quadro de desmonte das políticas sociais, de alienação e não reconhecimento quanto ao pertencimento à classe trabalhadora, vivenciam um processo de sofrimento e desgaste mental. Trabalhadores e trabalhadoras podem até reconhecer as repercussões das condições de trabalho na sua saúde física e mental, porém não têm encontrado amparo no contexto socioeconômico atual para melhorar as condições de trabalho e/ou investir em autocuidado recorrendo ao atendimento à saúde e à medicalização depois de configurado um quadro de adoecimento, por vezes irreversíveis (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p.27-28)

De acordo com o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (2021), os transtornos mentais apresentam-se como a terceira maior causa de afastamento do trabalho no Brasil. Dentre as causas pode-se evidenciar a fadiga por compaixão, que de acordo com Jilou et al (2021) se caracteriza como uma das faces do sofrimento psíquico, decorrente do espaço sócio-ocupacional de trabalho e pode gerar doenças de natureza física e/ou mental, pois envolve desde o desenvolvimento da depressão, *burnout*, esgotamento físico e mental, frustração e raiva. A fadiga por compaixão se caracteriza por uma situação cumulativa adensada pelo sofrimento humano que atinge sobretudo profissionais que trabalham diretamente com pessoas.

No âmbito do Serviço Social, em que o objeto de trabalho são as expressões da Questão Social, o profissional trabalha com as diversas faces da violência, fome, pobreza, exploração e discriminação. Tais realidades estão adensadas pelos elementos da desigualdade social, de classe, gênero e raça, oriundos do sistema capitalista que julga, criminaliza e exclui, fragmenta e pulveriza políticas públicas.

um mercado de trabalho com condições e relações laborais instáveis, desgastantes e precarizadas tem implicado processos de sofrimentos da classe trabalhadora, em geral, assim como dos/as assistentes sociais. O trabalho cotidiano tem se realizado em meio à violência, muitas vezes, por assédio no trabalho, falta de segurança e autonomia, sobrecarga e intensificação do trabalho e em condições instáveis, portanto, pouco satisfatórias, incrementando o sofrimento. A exposição a estes constrangimentos se manifesta física e mentalmente como: distúrbios de sono, medo e crises de choro, sentimento de impotência, angústia, ansiedade, fadiga e alterações de metabolismo, entre outros. (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p. 21)

O adoecimento mental se constitui como um risco não apenas para os/as usuários e usuárias, mas atinge também os/as assistentes sociais no exercício profissional, contudo o assunto não se configura como pauta de discussão no conjunto CFESS/CRESS, ou seja, existe ainda um mutismo no âmbito da categoria profissional quando se trata da sua saúde mental.

Cavalcante e Bellini (2023a) evidenciam a ausência de resoluções e discussões do Conselho Federal de Serviço Social, organização que normatiza e direciona a profissão. Essa lacuna conduz

ao silenciamento sobre o tema, apesar de que o sofrimento psíquico também atinge a categoria a partir do cotidiano balizado pelo fazer profissional. A ausência de pesquisas sobre o assunto limita a compreensão acerca da complexidade do tema, mas demanda um olhar diferencial para profissionais, que por força das propostas de intervenção em uma linha de frente desafiadora no cotidiano da sociabilidade capitalista.

Para Silva et al (2008) o autocuidado consiste em uma ação concreta do indivíduo, que direciona a si mesmo perspectivas de cuidado com o objetivo de auxiliar no seu próprio desenvolvimento humano e qualidade de vida, envolve saúde, interação social e qualidade de vida. O autocuidado envolve práticas de atividades e ações que colaboram para que o profissional se perceba como protagonista de sua própria história.

Peyon (2018) ressalta que as condições de precarização do trabalho, adensadas pelo caldo neoliberal desencadeiam o aumento do individualismo, a elevação do sofrimento subjetivo, assim como a negação de que o referido sofrimento existe. Frente à escala que preconiza o produtivismo, a busca por metas, diretrizes de desumanização que possam garantir a sobrevivência no trabalho e a cobranças por resultados elevam a racionalidade estratégica em busca do lucro, da apresentação de elevados números que expressam os resultados esperados pelo capital.

A negação do sofrimento humano ou mesmo a sua omissão, se configuram como estratégias do capital no bojo dos espaços sócio-ocupacionais, haja vista o delinear das exigências cada vez maiores para o/a assistente social, as jornadas exaustivas, as subcontratações ou contratações com denominações de cargos genéricos, o que dificulta o cumprimento da Lei 12.317/2010, que trata sobre a regulamentação da carga horária semanal. Para além, decorre ainda a fragmentação das políticas trabalhistas, a precarização das condições de trabalho e a ausência de estrutura física nos setores de Serviço Social, ensejos que adensam o quadro dos desafios para lidar cotidianamente com o objeto de trabalho profissional e suas estratégias de enfrentamento frente ao cenário de agudização da barbárie.

O sofrimento psíquico existe e pode afetar também os/as profissionais de Serviço Social.

O NECESSARIO RECONHECIMENTO DA IMPORTANCIA DO AUTOCUIDADO PARA OS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

Como já apontado pelas autoras em estudo anterior há um silenciamento do Serviço Social quando se trata do autocuidado profissional.

O reconhecimento da sociedade e dos pares quanto a importância da profissão e suas lutas, e de que o trabalho é quase sempre realizado em condições adversas seja dentro das instituições, seja nas ruas, na relação com a população e/ou com outras categorias profissionais parece não sensibilizar quanto a possibilidade de que essas condições de trabalho possam resultar em desgaste físico e emocional e que portanto exigem ações preventivas como estratégias para o autocuidado destes profissionais.

É necessário convocar a categoria profissional para refletir quanto ao fato de que *“profissionais de Serviço Social, diante do quadro de desmonte das políticas sociais, de alienação e do não reconhecimento enquanto pertencente à classe trabalhadora, vivenciam este processo de sofrimento”* (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p.23) e que a superexploração, a insegurança nos ambientes de trabalho, o sofrimento da população usuária, os limites postos pela realidade ao trabalho profissional aumentam o risco de desenvolvimento de quadros de graves sintomas psíquicos.

O/a assistente social reconhece no seu próprio trabalho os riscos, as adversidades e as duras condições porém, para além da preocupação com sua subsistência e com a subsistência de sua família tem sobre si o compromisso com o projeto ético político profissional e com a população usuária que depende de seu trabalho. É possível que a pressão desse compromisso permeado pelo sentimento de vergonha (ideologia da vergonha) impeça de buscar estratégias de autocuidado e colocar limites nas atividades profissionais, secundarizando as próprias necessidades levando ao esgotamento e adoecimento.

Importante neste artigo destacar que a luta do Serviço Social pela justiça social, contra violações de direitos e por condições dignas de trabalho para trabalhadores/as deve incluir a luta pela dignidade e respeito nas suas próprias condições de trabalho e essa luta deve revigorar-se em um coletivo em que ações de resistência contemplem o autocuidado profissional como respeito a própria vida e saúde.

As estratégias de autocuidado são diversas, individuais e/ou coletivas, não devem ser prescritas ou realizadas de uma forma única para realidades e condições de trabalho diversos, mas planejadas a partir de um conjunto de informações e indicadores e podem incluir desde espaços para compartilhamento de sentimentos, experiências em equipe, divisão de responsabilidades, atividades espirituais, de relaxamento, de esportes/arte/criatividade/apoio/lazer, enfim ações que possam impactar na redução da ansiedade, do medo, do sentimento de impotência, e outros sentimentos avassaladores que levam ao esgotamento e minam a saúde mental. Estratégias de autocuidado potencializam sentimentos de satisfação e compaixão e são fatores protetivos reduzindo os níveis de estresse (ARENA,MARQUES,BELLINI,2022) e aumentando a capacidade de enfrentamento da barbárie em curso.

Afirma-se que, para que haja condições dignas de trabalho profissional, o/a Assistente Social precisa além da competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, da inserção da discussão sobre estratégias de autocuidado como fatores protetivos para saúde física e mental haja vista que a agudização da barbárie, evidenciada nas expressões da Questão Social acarreta sofrimentos emocionais que podem se intensificar ao longo dos tempos. Autocuidado é uma ferramenta potente para o desenvolvimento humano e qualidade de vida tornando o trabalho um meio de vida, criação, realização e não um meio de morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo do trabalho, em todas as suas nuances, *modus operandi* e mecanismos de exploração agudiza os processos de adoecimento físico e emocional corroborando para que o tema da Saúde Mental seja um assunto instigante, contemporâneo e desafiador. No adensamento de estudos sobre saúde mental impõem-se dirigir olhar para as condições de trabalho, para a sociedade, para os tabus culturais, para a fragilidade das políticas públicas, mas também para si, para os medos internos e para os próprios preconceitos. No que se refere ao Serviço Social no Brasil a ênfase desse artigo está no mutismo quando a temática incide na saúde mental de profissionais assistentes sociais e mais ainda o absoluto apagamento da discussão sobre autocuidado profissional.

A categoria profissional de Serviço Social, desenvolve pesquisas, reflexões, discussões e intervenções historicamente sobre o tema, com maior concentração de produções científicas na região nordeste do país, entretanto impera um silenciamento quando se trata de focar na saúde mental dos/das referidos/as profissional. A produção científica tem centralidade no trabalho profissional, nos processos de adoecimento da população usuária e/ou nas políticas de saúde e saúde mental. As lacunas são amplas e urge trazer à tona que o sofrimento psíquico não acomete apenas a população usuária do Serviço Social, mas também profissionais que adoecem cotidianamente e seguem realizando as atividades profissionais à revelia de suas condições de saúde alimentandos pela ideologia da vergonha (Peyon,2018).

A saúde mental dos/as assistentes sociais é uma preocupação que exige estudos e pesquisas para aprofundar sobre a realidade de saúde de profissionais que trabalham em contexto de subcontratações, estrutura precária no espaço sócio-ocupacional, extrema vulnerabilidade da população atendida e ausências de cuidado em saúde. Impõem rasgar o véu do mutismo para o necessário reconhecimento de que o adoecimento e o sofrimento psíquico se manifesta através da: depressão, *burnout*, transtornos de ansiedade dentre outros, assim impõem a discussão coletiva sobre estratégias de autocuidado no bojo de uma profissão que abrange intervenções diretas nas expressões da Questão Social.

Finalmente, não basta intervir nos processos de adoecimento da população, é preciso (pre)ocupar-se com os processos de saúde/doença e as estratégias de autocuidado e resistência dos/as assistente sociais que exercem o protagonismo em cotidianos desafiadores para que possam enfrentá-los sem serem subsumidos, pois como dizia Cecília Meireles: “eu quero a memória acesa depois da angústia apagada.”

REFERÊNCIAS

ARENA, F. X.; MARQUES, N. R; BELLINI, M. I. B.. A FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO PANDÊMICO: UMA REVISÃO DE ESCOPO. In Atravessamentos do neoliberalismo nas políticas públicas no contexto pandêmico [recurso eletrônico] / Maria Isabel Barros Bel-

lini ... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EdiPUCRS, 2022

BOSCHETTI, I. Agudização da Barbárie e Desafios ao Serviço Social. In.: *Serviço Social e Sociedade*, n. 128, p. 54-71, jan./abr., 2017.

BELLINI, M.I.B.; GOMES, V. L.; ARENA, F. X. CONDIÇÕES DE TRABALHO E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO/DA TRABALHADOR/TRABALHADORA NO BRASIL in Procad Amazônia 3: Contribuições teóricas para análise sobre Formação e Trabalho do Assistente Social. CUNHA, M.G.N., PRATES, J.C., GOMES, V. L. B.; PINHEIRO, H.A. (orgs.). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2022.

CASARA, R. *Contra a Miséria neoliberal*. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

COMISSÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: < [< https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>](https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/). Consulta em 02 jan. 2024.

CAVALCANTE, L. L.. BELLINI, M. I. B.. Estratégias de Autocuidado: o silenciamento do Serviço Social sobre o cuidado do profissional. In.: *Textos e Contextos*, v. 22, n. 1, p. 1-12, jan-dez 2023a.

CAVALCANTE, L.L. BELLINI, M. I. B. Saúde Mental em Tempos de Ultraneoliberalismo. In.: *Argumentum* (Vitória), v. 15, n. 3, p. 79-94, set-dez, 2023b.

Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: [https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/. Acesso em 18 de jan. 2024.](https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/)

DARDOT, P; LAVAL, C. *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX, K; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

JILOU, V. et al. Fadiga por Compaixão em profissionais de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021;74(5): e20190628.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Determinantes*

Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental. Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS. [internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839> Acesso em: 03 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Suicide in the word: global health Estimates*. 2019. Disponível em < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf> > Acesso em 11/07/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) –1946. 2017 [cited Mar 21 2017]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundialda-saudeomswho.html>

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundialda-saude-omswho.html>. Acesso em: jun. 2022.

PEYON, E. R. *Sobre o trabalhar contemporâneo: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho* / Eduardo Rodrigues Peyon. -- São Paulo: Blucher, 2018.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: uma compreensão paradigmática para o cuidado. In.: *Revista Esc Enfermagem USP* 2009 43 (3) p. 697-703.

VICENTE, D. Desgaste Mental de Assistentes Sociais: um estudo na área de habitação. In.: *Serviço Social e Sociedade*, n. 123, p. 562-581, jul./set. 2015.

WILSON, F.. Identifying, Preventing, and Addressing Job Burnout and Vicarious Burnout for Social Work Professionals. In.: *Journal of Evidence-informed Social Work*, Australian National University, jun, 2016.

CAPÍTULO 8

SELF-CARE AS RESISTANCE IN THE PROCESSES OF ILLNESS AND MENTAL SUFFERING OF SOCIAL WORKERS

Lidiany Lima Cavalcante
Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUCTION

The chords of the second decade of the twenty-first century provide discussions that involve mental health as a platform for immediate intervention, given the process of illness of the population and the visibility of severe cases based on the growing data on mental disorders and suicide. The World Health Organization's World Mental Health Report (2019) estimated that in 2019, about one billion people lived with a mental disorder, which includes about 14% of the adolescent population. Data from the WHO (2019) also indicate that people with mental disorders live between 10 and 20 years less than the general population, which denotes that psychological suffering has consequences that go beyond the crises already identified in the platforms of the medicalization of life.

Between challenges and perspectives, mental health demands discussions and, above all, effective interventions that include self-care as a driving force of resistance and intervention in the face of a society sickened by the process of capitalist sociability. Although Social Work in Brazil has a relatively significant production on professional work in health and mental health policy and has productions and guidance notes for professionals from representative bodies of the profession, such as CFESS and ABPESS, there is a lack of studies that deal with the mental health of social workers and the creation of self-care strategies to cope with adverse working conditions that can undermine health and professional potential. The finding that the absence of studies in Social Work on this theme extends to Latin America fostered the elaboration of this article, which aims to reflect on the importance and challenges of creating profes-

sional self-care strategies that positively impact the mental health of social workers.

To support the reflections, a survey was carried out in the Theses and Dissertations Bank of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel – CAPES (2024), using the descriptors Mental Health and Social Work, locating, in the last ten years, a total of 844 productions distributed between master's and doctoral degrees. By deepening the survey in Applied Social Sciences, 35 productions of Social Work were located in a total of 43, which points to the category's interest in the theme.

On the other hand, it was found that the mental health of social workers or self-care strategies is not a theme in the productions, which instigates the investigative and reflective look at the perspective of self-care of these professionals who have as raw material in their daily work the various expressions of the social issue, that is, processes of suffering, dispossession, violence, but also resistance and struggle, which requires, in addition to professional competence, a load of affective and hopeful investment that can cope with an increasingly adverse reality, in a reality of barbarism.

It is proposed to point out, in addition to the challenges, the possible proposals for confronting a scenario plagued by capital-labor exploitation based on the relations of class domination, which involve not only resistance as the focus of the professional but the possibility of showing that the expressions of the Social Question that affect mental health are not only present in the daily lives of users who demand Social Work but they also involve professionals who work on the front lines of public policies, who are also victims of psychological suffering in all its dimensions.

SOCIAL WORK IN CONTEMPORANEITY AND THE RELATIONSHIP WITH MENTAL HEALTH

The echoes of Brazilian Social Work involve almost 90 years of a profession forged in the country between struggles and challenges of a historical, social, and cultural nature, with its emerging birth from the expressions of the Social Question arising from the exclusionary capitalist system, which ranges from the faces of violence, the precariousness and uberization of work, the conditions of underemployment, the dismantling of public policies, lack of basic

sanitation, absence of housing policies, the underfunding of policies such as health and social assistance. The faces of capital assume in contemporary times what Boschetti (2017) considers to be the intensification of barbarism; since brutality against children and adolescents no longer draws attention, violence against indigenous people, *quilombolas*, older people, and women already permeates indifferently. The slaughter of the population places Brazil in fifth place in the number of femicides, being the top ranking in Latin America, according to data from the Pan American Health Organization (2023).

Faced with the expressions of the Social Question that place Brazil on a collision course with the guarantee of human rights, Social Work is constituted, according to Iamamoto (2008), as a profession inserted in the core of the sociotechnical division of labor. It leads a critical professional project of an ethical-political nature, with a tripod that involves the Code of Professional Ethics and other resolutions of the CFESS/CRESS (Federal Council of Social Service and Regional Councils of Social Service) set, the Law of Regulation of the Profession and the guidelines of the Brazilian Association of Teaching and Research in Social Work, with the contribution of a tradition marked by the critical theory of Karl Marx.

In addition to the considerations, Brazilian Social Work has managed to overcome relevant barriers by constituting itself as a profession recognized in contemporary times for its theoretical-methodological, ethical-political, and technical-operative contributions. However, when the subject involves the mental health of the professional category, there is silence on the subject.

Cavalcante and Bellini (2023a) emphasize that Social Workers' contact with the reality of users' vulnerabilities, the expressions of violence in urban and rural areas, hunger, impoverishment, and lack of intervention resources constitute platforms for the development of psychic suffering such as compassion fatigue due to contact with the demands of the population, which will be highlighted later.

The expressions of the Social Question are leveraged by the capitalist system that is moving towards a process of uncivilization; in the words of Casara (2021), given that the hardships of capital aligned with ultra-neoliberalism, that is the most atrocious face of neoliberalism, foster the naturalization of absurdity and chaos, see solidarity as weakness and selfishness as virtue.

In this context, the context of mental health is entered as something shrouded in taboos, especially in the Brazilian reality. Despite the few generalist campaigns carried out throughout the country, which end up being reduced every year, mainly to September and White January, as a result of the suicide prevention framework. Public policies do not reach the population for several reasons that go beyond the dismantling and fragmentation of policies, programs, and projects since they thicken the broth of generalized defunding by cutting government spending and investments in therapeutic communities (Cavalcante and Bellini, 2023b). These clashes add to the challenges of a population that recognizes the history of psychiatric hospitals in mental health, which were focused on a discriminatory perspective, abandonment, and exclusion.

The National Mental Health Policy, listed by Law 10.216, only played a leading role in the Brazilian scenario from 2001 onwards; that is, there were practically 500 years of history in the country in which mental health was considered as a secondary plan or even absent from all public policy plans, since the history involved hygienist practices and isolation of the population that suffered from mental disorders. The National Policy for the Prevention of Self-Harm and Suicide dates from 2019; that is, in the face of the global emergency to address the issue, Brazil advances in small steps when it comes to mental health.

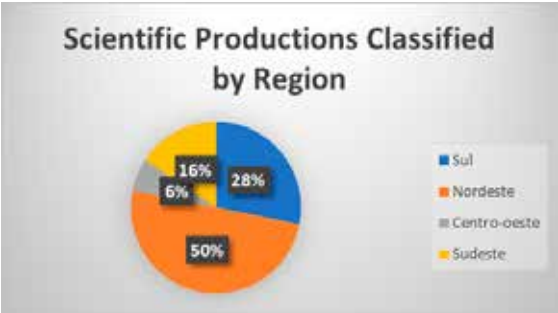
At the heart of the policy, there is no clarity in the federal administration's budget on the number of resources directed to mental health, a historical problem in the Brazilian reality. Cavalcante and Bellini (2023b) confirm the absence of data on the use of resources sent to the Psychosocial Care Network – RAPS, however, there are data on the values that have been directed in recent years to therapeutic communities, especially those with religious origins.

If the visibility and concreteness of policies aimed at the population's mental health are recent. In that case, the discussion on the mental health of Social Work professionals reflects this paradigm, as amplified in the following discussion.

The discussion of mental health in the context of social work is elevated to the treatment of the theme of health policy users. In a survey carried out in the Theses and Dissertations Bank of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel

– CAPES (2024), it was pointed out the existence of 844 scientific productions on Mental Health and Social Work, 584 of which are master’s and 162 are doctorate, distributed in various programs. By deepening the research in productions focused on Applied Social Sciences, 43 productions were found in the last ten years, 31 of which were produced between 2019 and 2020. Of the 43 in Applied Social Sciences, 35 are in Social Work. From the data, it was possible to consider:

Chart 1



Source: Documentary research in the CAPES’s Theses and Dissertations Database. Organization of the authors.

The results show that the highest concentration of scientific productions is found in the Brazilian Northeast, totaling 50%, with the Federal University of Piauí and the Federal University of Paraíba, respectively, participating in the majority of them in Graduate Programs in Public Policy and Social Work.

Chart 2



Source: Documentary research in the CAPES’s Theses and Dissertations Database. Organization of the authors.

Regarding the data of the last ten years on research that addresses the theme 'Mental Health and Social Work,' there was an increase in productions in 2019 with 14 productions and in 2020 with 9. The other years showed a low constancy in the number of productions at the graduate level in Brazil. Despite the data, no production addresses the theme that involves the mental health of social workers or the perspective of self-care. However, it is necessary to emphasize the relevance of the professional category in developing research on mental health, especially in the northeast region, despite the silence on the subject when it involves social workers.

The World Health Organization (WHO) has historically presented a questionable concept of health in the face of capitalist aegis, which consists of biopsychosocial well-being. Cavalcante and Belini (2023b) have reservations about the concept used by the WHO, because, being able to develop biopsychosocial well-being is something that runs counter to what the process of capitalist sociability advocates since it is an exclusionary and unequal system, especially for health conditions, housing, access to goods, treatments, services, environmental conditions, food security, and employability.

For Marx (1998), in the generic sense of the word, man constructs his own history, but not in the way he would like, but from what is transmitted or constituted as a legacy of the past. This means there is no process of freedom in the capitalist system since this freedom is reserved for the sale of labor from the perspective of survival, which does not involve the choice between having or not having some quality of life.

In the same perspective, the concept of mental health deserves to be highlighted because, according to the World Health Organization (2022), it refers to the human condition of developing skills, overcoming the usual difficulties of life, working productively, and being able to contribute to the community in which they live. Because of the opportunity, it is questioned how it is possible to live in the respective conditions since the capitalist system fosters exclusion, unemployment, hunger, violence, and precariousness in the attention of public policies, especially mental health, aggravated by the platforms that encourage the medicalization of life.

The answer is not straightforward and demands multidimensional reflections on living conditions, housing, work, education,

and access to public policies, including mental health. The World Health Organization (2022) portrays that, on average, countries invest between 2% and 5% of health resources in mental health actions, interventions, and prevention, which is insufficient in the face of the existing demands to serve the population, since the relationship initially discussed presents one case of psychological distress for every seven people. In this context, the Brazilian reality is no different from that of other countries, as it places the psychosocial care network in a brutal fact of erasure, invisibility, and defunding.

PROCESSES OF ILLNESS AND MENTAL SUFFERING AT WORK

Brazil is the country with the highest number of anxious people in the world and the fifth most depressed. The numbers rise more when it comes to completed suicide or attempted suicide, as Brazil is among the eight countries with the highest indication of consummated rates, with an indication between 11 and 12 thousand cases per year, with a prevalence of the young population between 15 and 29 years old (World Health Organization (2022), which does not exclude the other age groups.

In the data scenario, references on the illness of professionals point to the following situation: 15% of adults of working age have some form of mental disorder, with bullying, moral harassment, depression, and anxiety as factors of complaint and demand in the workplace (World Health Organization 2022b). Dardot and Laval (2016) showed that the times act in the production of the neoliberal subject in the sphere of work, where there is a lack of rights and there are more charges demanded by capital, which call for the dehumanization of the individual, point to selfishness as a virtue, commanding is part of the process, and obedience acts on the other rod of the work processes, which leads to a barbarism that can reach the point of suicide.

Peyon (2018) states that the worker is left to endure suffering, produce on a large scale to meet demands, face work, and thus meet the perspectives of maintaining the system that acts through the co-optation of people who exercise practices outside of ethical action, to ensure survival in the world of work. The author also high-

lights the consequences of suffering at work. This feeling cannot be shared among peers so as not to cause discomfort or suggest the symbology of human weakness, which raises questions such as: how can I recognize suffering in the other if such a feeling is denied to me?

Issues of this nature are not part of the daily life of workers in large organizations in the industrial sector but mainly affect Social Work professionals, who develop actions and interventions aimed at the expressions of the Social Question, its object of work, and such problems, depending on the degree of severity, point to directions of psychic suffering that can lead to the development of mental disorders from the daily empirical exercise in the socio-occupational spaces of action.

The transformations in the world of work have caused exhaustion and degradation of the work itself, especially for Social Work professionals who, faced with the dismantling of social policies, alienation, and non-recognition of belonging to the working class, experience a process of suffering and mental exhaustion. Workers may even recognize the repercussions of working conditions on their physical and psychological health, but they have not found support in the current socioeconomic context to improve working conditions and invest in self-care by resorting to health care and medicalization after a condition of illness, sometimes irreversible (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p.27-28)

According to the Observatory of Occupational Safety and Health (2021), mental disorders are the third leading cause of sick leave in Brazil. Among the causes, compassion fatigue can be highlighted, according to Jilou *et al.* (2021), is characterized as one of the faces of psychological suffering resulting from the socio-occupational workspace and can generate physical and mental diseases, as it involves the development of depression, burnout, physical and psychological exhaustion, frustration, and anger. Compassion fatigue is characterized by a cumulative situation aggravated by human suffering that mainly affects professionals who work directly with people.

In the context of Social Work, in which the objects of work are the expressions of the Social Question, the professional works with the various faces of violence, hunger, poverty, exploitation, and discrimination. Such realities are aggravated by elements of social, class, gender, and racial inequality originating from the capitalist

system that judges, criminalizes, excludes, fragments, and pulverizes public policies.

A labor market with unstable, exhausting, and precarious working conditions and relations has implied processes of suffering for the working class, in general, as well as for social workers. Daily work has been carried out amid violence, often due to harassment at work, lack of safety and autonomy, overload, and intensification of work, and unstable conditions, therefore, unsatisfactory, increasing suffering. Exposure to these constraints manifests itself physically and mentally as sleep disorders, fear, and crying crises, feelings of powerlessness, anguish, anxiety, fatigue, and metabolic alterations, among others. (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p. 21)

Mental illness is a risk not only for users but also for social workers in their professional practice, however, the subject is not configured as a discussion agenda in the CFESS/CRESS set; that is, there is still a silence within the professional category when it comes to their mental health.

Cavalcante and Bellini (2023a) highlight the absence of resolutions and discussions from the Federal Council of Social Service, which regulates and directs the profession. This gap leads to the silencing of the theme even though psychic suffering also affects the category based on the daily routine marked by professional practice. The absence of research on the subject limits the understanding of its complexity. Still, it demands a differential look for professionals, who, by the proposals for intervention in a challenging front line in the daily life of capitalist sociability.

According to Silva *et al.* (2008), self-care consists of a concrete action of the individual, who directs perspectives of care to himself to assist in his own human development and quality of life. Self-care involves health, social interaction, and quality of life. It involves practices of activities and actions that collaborate so that professionals perceive themselves as the protagonists of their history.

Peyon (2018) points out that the conditions of precarious work, intensified by the neoliberal ideas, trigger the increase in individualism, the increase in subjective suffering, and the denial that such suffering exists. Faced with the scale that productivism advocates, the search for goals, dehumanization guidelines that can guarantee survival at work, and the demands for results raise the strategic

rationality in search of profit and the presentation of high numbers that express the results expected by capital.

The denial of human suffering or even its omission is configured as strategies of capital amid socio-occupational spaces, given the outlining of the increasing demands for the social worker, the exhausting working hours, the subcontracting or contracting with generic job titles, which makes it challenging to comply with Law 12.317/2010, which deals with the regulation of the weekly workload. In addition, there is also the fragmentation of labor policies, the precariousness of working conditions, and the absence of physical structure in the Social Work sectors, opportunities that deepen the picture of challenges to deal daily with the object of professional work and its coping strategies in the face of the scenario of aggravation of barbarism.

Psychological distress exists and can also affect Social Work professionals.

THE NECESSARY RECOGNITION OF THE IMPORTANCE OF SELF-CARE FOR SOCIAL WORKERS

As the authors pointed out in a previous study, Social Work is being silenced when it comes to professional self-care.

The recognition by society and peers regarding the importance of the profession and its struggles, and that work is almost always carried out in adverse conditions, whether within institutions or on the streets, in the relationship with the population and with other professional categories, does not seem to raise awareness of the possibility that these working conditions may result in physical and emotional exhaustion and that, therefore, require preventive actions as strategies for self-care of these professionals.

It is necessary to call on the professional category to reflect on the fact that “*Social Work professionals, faced with the dismantling of social policies, alienation and non-recognition as belonging to the working class, experience this process of suffering*” (BELLINI, GOMES, ARENA, 2022, p.23) and that overexploitation, insecurity in work environments, the suffering of the user population, the limits placed by reality on professional work increase the risk of developing severe psychological symptoms.

Social worker recognizes in their work the risks, adversities, and harsh conditions; however, in addition to the concern for their subsistence and the subsistence of their family, they have a commitment to the ethical, political, and professional projects and to the user population that depends on their work. The pressure of this commitment permeated by the feeling of shame (ideology of shame) may prevent them from seeking self-care strategies and placing limits on professional activities, making their own needs secondary, leading to burnout and illness.

This article highlights the struggle of Social Work for social justice, against rights violations, and for decent working conditions for workers. This must include the struggle for dignity and respect in their own working conditions. It must be reinvigorated in a collective in which resistance actions contemplate professional self-care as respect for one's own life and health.

Self-care strategies are diverse, individual, and/or collective; they should not be prescribed or carried out singly for different realities and working conditions but planned based on a set of information and indicators and can include spaces for sharing feelings, team experiences, division of responsibilities, spiritual activities, relaxation, of sports/art/creativity/support/leisure, in short, actions that can impact the reduction of anxiety, fear, feelings of powerlessness, and other overwhelming feelings that lead to burnout and undermine mental health. Self-care strategies enhance satisfaction and compassion and are protective factors, reducing stress levels (ARENA, MARQUES, BELLINI, 2022) and increasing the ability to cope with ongoing barbarism.

It is affirmed that to have decent conditions of professional work, the Social Worker needs, in addition to the theoretical-methodological, ethical-political, and technical-operative competence, the insertion of the discussion about self-care strategies as protective factors for physical and mental health, given that the intensification of barbarism, evidenced in the expressions of the Social Question, causes emotional suffering that can intensify over time. Self-care is a potent tool for human development and quality of life, making work a way of life, creation, fulfillment, and not a means of death.

FINAL THOUGHTS

The world of work, in all its nuances, *modus operandi*, and mechanisms of exploitation, exacerbates the processes of physical and emotional illness, corroborating the theme of Mental Health to be an instigating, contemporary, and challenging subject. In the densification of studies on mental health, it is necessary to look at working conditions, society, cultural taboos, and the fragility of public policies, as well as at oneself, internal fears, and one's prejudices. About Social Work in Brazil, the emphasis of this article is silenced, when the theme focuses on the mental health of social workers and, even more so, the absolute erasure of the discussion about professional self-care.

The professional category of Social Work develops research, reflections, discussions, and interventions historically on the subject, with a greater concentration of scientific productions in the country's northeast region. However, there is silence when it comes to focusing on the mental health of the referred professionals. Scientific production is central to professional work, the user population's illness processes, and health and mental health policies. The gaps are vast, and it is urgent to bring to light that psychic suffering does not only affect the population that uses Social Work but also professionals who fall ill daily and continue to perform professional activities despite their health conditions fed by the ideology of shame (Peyon, 2018).

The mental health of social workers is a concern that requires studies and research to deepen the health reality of professionals who work in the context of subcontracting, precarious structure in the socio-occupational space, extreme vulnerability of the population served, and absence of health care. They impose tearing the veil of silence for the necessary recognition that illness and psychic suffering manifest themselves through depression, burnout, and anxiety disorders, among others, thus imposing the collective discussion on self-care strategies in the core of a profession that encompasses direct interventions in the expressions of the Social Question.

Finally, it is not enough to intervene in the processes of illness of the population; it is necessary to be (pre)concerned with the health/disease processes and the self-care and resistance strategies

of the social workers who play a leading role daily in challenging lives so that they can face them without being subsumed, because as Cecília Meireles said: “I want the memory lit up after the anguish erased.”

REFERENCES

ARENA, F. X.; MARQUES, N. R.; BELLINI, M. I. B.. A FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO PANDÊMICO: UMA REVISÃO DE ESCOPO. In *Atravessamentos do neoliberalismo nas políticas públicas no contexto pandêmico [recurso eletrônico]* / Maria Isabel Barros Bellini ... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EdPUCRS, 2022

BOSCHETTI, I. Agudização da Barbárie e Desafios ao Serviço Social. In.: *Serviço Social e Sociedade*, n. 128, p. 54-71, jan./abr., 2017.

BELLINI, M.I.B.; GOMES, V. L.; ARENA, F. X. CONDIÇÕES DE TRABALHO E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO/DA TRABALHADOR/TRABALHADORA NO BRASIL in *Procad Amazônia 3: Contribuições teóricas para análise sobre Formação e Trabalho do Assistente Social*. CUNHA, M.G.N., PRATES, J.C., GOMES, V. L. B.; PINHEIRO, H.A. (orgs.). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2022.

CASARA, R. *Contra a Miséria neoliberal*. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

COMISSÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: < <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>>. Consulta em 02 jan. 2024.

CAVALCANTE, L. L.. BELLINI, M. I. B.. Estratégias de Autocuidado: o silenciamento do Serviço Social sobre o cuidado do profissional. In.: *Textos e Contextos*, v. 22, n. 1, p. 1-12, jan-dez 2023a.

CAVALCANTE, L.L. BELLINI, M. I. B. Saúde Mental em Tempos de Ultraneoliberalismo. In.: *Argumentum* (Vitória), v. 15, n. 3, p. 79-94, set-dez, 2023b.

Banco de Teses e Dissertações. Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>. Acesso em 18 de jan. 2024.

DARDOT, P; LAVAL, C. *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX, K; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

JILOU, V. *et al.* Fadiga por Compaixão em profissionais de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021;74(5): e20190628.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental*. Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS. [internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839> Acesso em: 03 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Suicide in the word: global health Estimates*. 2019. Disponível em < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf> > Acesso em 11/07/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) –1946. 2017 [cited Mar 21 2017]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundialda-saudeomswho.html>

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundialda-saude-omswho.html>. Acesso em: jun. 2022.

PEYON, E. R. *Sobre o trabalhar contemporâneo: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho* / Eduardo Rodrigues Peyon. -- São Paulo: Blucher, 2018.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: uma compreensão paradigmática para o cuidado. *In.: Revista Esc Enfermagem USP* 2009 43 (3) p. 697-703.

VICENTE, D. Desgaste Mental de Assistentes Sociais: um estudo na

área de habitação. In.: *Serviço Social e Sociedade*, n. 123, p. 562-581, jul./set. 2015.

WILSON, F.. Identifying, Preventing, and Addressing Job Burnout and Vicarious Burnout for Social Work Professionals. In.: *Journal of Evidence-informed Social Work*, Australian National University, jun, 2016.

CAPÍTULO 9

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA AUSTRÁLIA: desafios para uma abordagem digna e efetiva das pessoas com transtorno mentais

Maria Isabel Barros Bellini

Barbara Domingues Nunes

Niki Edwards

Julie King

Ros Darracott

INTRODUÇÃO

No Brasil a Política de Saúde Mental é uma política governamental que teve um movimento de inflexão importantíssimo na construção e defesa do cuidado em liberdade a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP). A importância de a RP constar nesse texto se justifica por ter rompido com formas seculares de tratamento da loucura, mudando radicalmente o paradigma da institucionalização, isolamento e exclusão para o direito ao cuidado em liberdade e porque nesse momento histórico com o retrocesso vigente nas políticas sociais essas conquistas correm o risco de serem descontinuadas. Foram décadas de mobilização, luta e resistências envolvendo diversos atores em um movimento dialeticamente construído com a sociedade nos marcos do processo de redemocratização do Brasil na década de 1970, e que inscreveram a luta do movimento antimanicomial e a história da desinstitucionalização manicomial no contexto nacional. Nos últimos anos, porém observa-se um retrocesso nas conquistas que registraram o direito das pessoas com transtornos mentais à liberdade, a viver em sociedade, a receber tratamento e ao cuidado digno, sem isolamento ou exclusão do seu lugar de convivência.

Na Austrália também o governo nacional tem a liderança e a responsabilidade pela política tanto na elaboração quanto na execução da legislação e no financiamento dos estados e territórios aus-

tralianos para oferta de uma rede de serviços de saúde mental. O Quinto Plano Nacional de Saúde Mental e de Prevenção do Suicídio foi executado de 2017- 2022 e orientou o financiamento e implementação das ações, sendo o primeiro na Austrália a incluir as necessidades de saúde física, a preocupação com o estigma e a discriminação das pessoas com transtornos mentais e as necessidades das famílias, cuidadores e comunidades. Previsto até o ano 2022, em 2024 ainda não é de conhecimento da população o planejamento da continuidade das ações da política de saúde mental. Esse Plano Nacional teve como finalidade melhorar o bem-estar das pessoas que vivem com transtornos mentais e desde sua elaboração contou com a participação da população, representações comunitárias e não governamentais através de consultas, definindo como áreas prioritárias: inclusão e recuperação social; prevenção e intervenção precoce; acesso aos serviços, coordenação e continuidade dos cuidados; melhoria da qualidade e inovação; e responsabilização em medir e relatar o progresso.

Esse artigo é o resultado de um levantamento bibliográfico e documental realizado por pesquisadoras do Brasil e da Austrália sobre as políticas de saúde mental destes países apontando lacunas, avanços e desafios. E está organizado da seguinte forma: o subtítulo 2 aborda o lugar da loucura na história da humanidade buscando algumas aproximações em autores de referência na temática; o subtítulo 3 apresenta a política de saúde mental brasileira com ênfase nos processos de luta e resistência e nos retrocessos; o subtítulo 4 apresenta a política de saúde mental australiana com ênfase na rede de serviços de saúde mental bem como na complexidade no acesso a esses serviços.

A formatação do artigo respeita a sequência elaborada pelas autoras sobre o que lhes pareceu mais significativo abordar sobre a política de saúde mental em seus países, sem o rigor de que as partes tivessem os mesmos subtítulos com um conteúdo previamente estabelecido. Pretende-se que esse artigo estimule outras produções sobre uma temática que envolve segmento populacional vulnerável e que historicamente tem seus direitos violados em abordagens e tratamentos que não respondem as suas necessidades. As autoras desse artigo são docentes e pesquisadoras com experiência profissional na área da saúde mental.

O LUGAR DA LOUCURA¹ NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE: algumas aproximações

Adensar o estudo sobre o lugar da loucura na história da humanidade exigiria muito mais espaço do que comporta o artigo aqui proposto o que justifica a brevidade da discussão sobre os registros e as literaturas que historicamente afirmaram que a loucura deveria ser enclausurada e os loucos apartados da sociedade e abandonados em hospitais psiquiátricos ou de custódias, longe da família, da comunidade e da sociedade, ou seja, sobre a estrutura da exclusão. Historicamente as instituições que lidaram com a loucura na forma da criminalização ou na forma terapêutica trataram os sujeitos como incapazes desqualificando suas vozes e organizando a exclusão da pessoa “louca”.

A estrutura da exclusão na forma de casas de internamento (muitas dentro dos muros dos antigos leprosários) iniciou no final da Idade Média e se proliferou na Europa sendo mantidas com dinheiro público a partir do esvaziamento progressivo dos leprosários através de “ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada” (FOUCAULT, 1978, p. 6). No século XVIII a internação da loucura foi institucionalizada e fundada “[...]no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 1978, p. 89). A relação da pobreza com a expansão do modo de produção capitalista se expressa no desenvolvimento do pauperismo e no crescimento da riqueza ” [...] a mesma lei parece valer com respeito à loucura, pois o aumento da loucura [...] acompanhou o aumento das exportações e ultrapassou o aumento da população” (MARX, 1858, s.p.)². Nessa lógica as pessoas entendidas como incapazes, estranhas, sobrantes eram segregadas, presas, isoladas e torturadas em instituições asilares e/ou manicomiais que funcionavam, desde sua

1 O termo “loucura” aqui utilizado refere-se a um tempo histórico que antecede a Reforma Psiquiátrica. Portanto, após a reforma, esse termo deixou de ser utilizado devido ao seu significado histórico - de exclusão, estigma e preconceito

2 Se não é possível afirmar um Marx antimanicomial, até porque seria um anacronismo, vide que tal movimento germina e se desenvolve no decorrer do século XXI, temos em Marx germens e fundamentos para uma práxis antimanicomial radical e revolucionária no presente” (COSTA, 2021, n.p.).

origem, como “[...] aparelhos de repressão àqueles que não podiam participar do jogo social e da venda da força de trabalho” (LIMA, 2021, s.p.). Garantia-se a lucratividade pois,

Se o louco não é lucrativo como força de trabalho, ele o é como consumidor dos serviços do manicômio e seus insumos. Se o louco é uma denúncia viva das contradições do capitalismo, ele precisa ser segregado, invisibilizado, silenciado, e, no seu extremo, aniquilado social e objetivamente. Se ele não encontra trabalho – e sequer pode compor o exército industrial de reserva –, pode ser mão de obra barata (ou não paga) no circuito manicomial. E assim sucessivamente. Tudo isso, mais uma vez, evidencia que a relação entre manicômio e capital é extremamente imbricada. (LIMA, 2021, s.p.)

A loucura dá lucro seja pelo consumo dos serviços manicomiais (instituições, equipamentos, tratamentos, medicamentos), seja pela força de trabalho não paga, seja pelo custeio da sua mercantilização via recursos públicos, e revela os interesses entre público e privado, Estado e mercado. Na perspectiva de romper com a lógica da exclusão, do isolamento e aprisionamento, o italiano Franco Rotelli, um dos principais inspiradores do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP) no Brasil, propunha laboratórios³ de oportunidades e probabilidades ao “paciente”, e não ambulatórios. Laboratórios que limitavam a liberdade a espaços previamente destinados (ROTELLI 2001, p. 90).

BRASIL: O LUGAR DA LOUCURA

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP) gestada nos marcos da redemocratização na década de 1970, foi capitaneada pelo movimento de Luta Antimanicomial e lutou pela construção da cidadania das pessoas com transtornos mentais, pela garantia do direito a tratamento digno, pelo cuidado em liberdade.

O destaque para a RP nesse artigo se justifica por sua contribuição na reestrutura da Política de Saúde Mental, política governamental, questionando o tratamento na forma de isolamento e exclu-

³“Em Trieste, o termo “laboratório” designa uma estrutura complexa: Lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não. Um lugar onde os papéis são intercambiáveis e o trabalho dos operadores que os coordenam tem por objetivo experimentar práticas inovadoras” (ROTELLI, 2001, p. 92).

são dado as pessoas com transtorno mental mudando radicalmente o paradigma da institucionalização para a desinstitucionalização e cuidado em liberdade. O alerta nesse artigo é também porque há um evidente retrocesso nas políticas sociais brasileiras e essas conquistas correm o risco de serem descontinuadas. Para Onocko-Campos os riscos são muitos e diversos.

os serviços comunitários têm mostrado – tal como todos os equipamentos do SUS – uma importante fragilidade institucional e constrangimentos pelo financiamento inadequado. Alguns estudos apontaram burocratização, excesso de tutela e falta de acolhimento a familiares, contudo, outros estudos também mostraram a consistência de suporte de uma rede de serviços bem articulada e a redução do número de internações após a vinculação aos serviços comunitários (2019,p.2).

A RP se consolidou em décadas de mobilização, lutas e resistências envolvendo diversos atores em um movimento dialeticamente construído com a sociedade nos marcos do processo de redemocratização do Brasil na década de 1970 e inscreveu a luta do movimento antimanicomial na história da desinstitucionalização manicomial no contexto nacional. Um marco fundamental foi a Lei 10.216 conhecida como Lei Paulo Delgado promulgada em 2001 que contemplou as reivindicações da luta antimanicomial definindo mudanças estruturais nos serviços e no cuidado em saúde mental, reestruturando a Política de Saúde Mental na perspectiva do cuidado em liberdade. O auge da consolidação desta política foi nos períodos entre 2003-2010 (governos Lula I e II), com o direcionamento de financiamento para os serviços substitutivos, fechamento expressivo de leitos psiquiátricos, elaboração de portarias para expansão dos serviços de saúde mental marcando a reversão do histórico modelo manicomial do Brasil (MOTA, TEIXEIRA, 2020).

Porém, ainda que as leis, portarias, rede de serviços, debates no conjunto da sociedade tenham avançado na proteção da pessoa com transtorno mental e a despeito dos avanços da RP ainda é possível constatar que as concepções e abordagens sobre os transtornos mentais circulam em uma ciranda que não permite escapatórias: ou a pessoa é incapaz ou é criminosa, concepções secularmente arraigadas e que frequentemente geram medo ou pena ou desconfiança, ou todos esses sentimentos ao mesmo tempo. A segregação da pessoa

com transtorno mental é executada muitas vezes de forma indiscriminada como forma de proteção da sociedade e dos seus interesses e abrange diversas instituições de controle. A responsabilidade pelo controle dos indivíduos é transferida também para a sociedade representada por hospitais, polícias, asilos e instituições pedagógicas através dos poderes laterais que visam o enquadramento dos sujeitos.

E, se, a periculosidade e a loucura são associadas, maior são as barreiras para romper com o modelo excludente e construir o cuidado em liberdade bandeira no conjunto das lutas. O transtorno mental quando associado a crime ou periculosidade condena duplamente a pessoa, pois a considera perigosa, mas não responsável por seus atos, sem controle, sem possibilidade de expressão. Segundo o Código Penal brasileiro de 1940, amparado na teoria da periculosidade, se a pessoa infringiu a lei, mas é considerada doente mental, portanto incapaz de responder pelos atos, deve ser destinada aos cuidados da psiquiatria forense, ramo medicina que integra conhecimentos da psiquiatria e do sistema de justiça, estabelecendo relação entre saúde mental e comportamento criminoso e será segregada do convívio social até prova de que não oferece mais risco. Os considerados incontroláveis, perigosos e/ou não politicamente corretos foram segregados protegendo a sociedade do perigo da anormalidade em um processo que se reatualiza no presente e se exponencia na racialização dos crimes onde os suspeitos e criminalizados pertencem à periferia, preta e pobre.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: resistência e retrocessos

A Luta Antimanicomial é um movimento social com forte pauta anticapitalista na luta por uma sociedade sem manicômios, pela reorganização dos serviços e por uma rede de atendimentos em saúde mental. Esse movimento se gestou no processo de redemocratização do Brasil com maior expressão na metade da década de 1970 e denunciava que as instituições manicomiais são consequências do modo de produção capitalista e da estruturação das relações sociais (AGUIAR, 2020). A estruturação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o movimento de Renovação Médica (REME), foram instâncias de debates e pensamento crítico com significativos apontamentos sobre o regime militar e sobre os atendimentos psi-

quiátricos marcados por torturas, prisão, fraudes e corrupção e culminaram na organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O MTSM prezava a qualidade salarial, o denunciava o número excessivo de consultas, criticava os manicômios e uso de eletrochoques, e reivindicava a humanização dos atendimentos e dos serviços (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005).

Essas lutas pautaram vários eventos nacionais na década por-rem destacam-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, realizados em 1987 no município de Bauru-SP, com expressiva participação de usuários, familiares, e novos atores comprometidos com o fortalecimento do movimento antimanicomial e transformação nas políticas e práticas psiquiátricas. Neste evento foi elaborado o Manifesto de Bauru, que regulamentou o movimento antimanicomial registrando o compromisso entre os profissionais e sociedade na luta contra práticas manicomiais (AMARANTE, 1995).

A RP foi um movimento histórico protagonizado pelos trabalhadores da saúde mental, marcado por mobilizações e articulações, que questionou o modelo hospitalocêntrico, excludente e violento e colocou ênfase no cuidado em liberdade e na luta pelo reconhecimento da cidadania das pessoas com transtorno mental “[...]campo transversal de forças, de poderes e de saberes que não se restringe apenas ao interior da instituição psiquiátrica, no social e para o social seu investimento, dependendo das [...] mobilizações e articulações políticas e econômicas” (ENGELMAN, 2006, p. 34). Essa luta adensou quando os profissionais envolvidos denunciaram a “indústria da loucura”, como onerosa e cronificadora (DEVERA; ROSA, 2007) e pautaram “[...] de maneira decisiva,... nos anos oitenta sob a forma de que o Estado brasileiro teria uma “dívida” real para com os doentes mentais, em função da sua longa exclusão social e a consequente ruptura de seus liames sociais” (BIRMAN, 1992, p.72) .

A RP transbordou a transformação do modelo assistencial e buscou a “transformação de mentalidades, de culturas, de referências científicas, de relações sociais, de formas de ver e estar no mundo” (AMARANTE, 2021, p. 15), transformando paradigmas. Nesse processo revolucionário mudaram estruturas e outras ficaram conservadas considerando que nos “[...] resultados provisórios de nossas lutas, pode ocorrer que muitos deles fiquem no limbo dos

conceitos. Teoria e prática, ideias e políticas públicas devem caminhar de mãos dadas” (FLORES, 2009, p. 123).

Uma referência importante do retrocesso na política de saúde mental destacada por Onocko-Campos (2019) é a Portaria no 3.588/9 de 2017 que reintroduziu, na Rede de Assistência Psicossocial (RAPS), o Hospital Dia o qual reedita intervenções biomédicas em detrimento das práticas psicossociais, o que já havia sido amplamente discutido e superado na criação dos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). O retrocesso também se manifesta em estratégias que facilitam o financiamento público das comunidades terapêuticas que utilizam práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais. Outro retrocesso que fere pontualmente o preconizado pela RP é “a falta de participação de usuários e famílias” (Onocko-Campos, 2019, p.2), pois é fundamental contar com o protagonismo do “próprio sujeito com diagnóstico de transtorno mental, seja o nome que se utilize para designá-lo: “usuário”, “ex-usuário”, “sobrevivente”, “psiquiatrizado” ou outro termo qualquer” (AMARANTE, 2021, p. 18) para efetivação das conquistas da RP.

É igualmente importante destacar a sistemática precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais, a falta de estabilidade nos contratos de trabalho, a terceirização das contratações, os baixos salários e a sobrecarga de tarefas em contraponto ao aumento dos processos de adoecimento da população e a escassez de serviços da rede de saúde mental. Há um evidente processo de “desidratação” da política de saúde mental nos marcos do preconizado na RP através do baixo financiamento e/ou do financiamento de ações antagônicas ao cuidado em liberdade, da descontinuidade e/ou da eliminação de programas ou serviços que atendam as demandas da população. Isso é um alerta para a constante vigilância e atenção as políticas públicas que registraram o direito das pessoas com transtornos mentais à liberdade, a viver em sociedade, a receber tratamento e cuidado digno, sem isolamento ou exclusão do seu lugar de convivência e que vem sendo ameaçadas pelo cenário de retrocessos e de desmonte das políticas sociais.

AUSTRÁLIA: O LUGAR DA LOUCURA

Em todo o mundo, os transtornos mentais são uma das principais causas do fardo de doenças, com sequelas negativas significati-

vas para a saúde, econômicas e sociais (GBD, 2019). Os transtornos mentais são comuns e dados recentes identificam que mais de dois em cada cinco australianos (42,9 por cento) com idades compreendidas entre os 16 e os 85 anos sofreram algum transtorno mental durante a vida (ABS, 2023). Reportando-se ao recente Estudo Nacional de Saúde Mental e Bem-estar 2020-2022, o Australian Bureau of Statistics (ABS, 2023) relatou que um em cada cinco australianos (21,5 por cento) sofreu um transtorno mental nos 12 meses anteriores (ABS, 2023). Esta prevalência é preocupante e alguns sugeriram que existe uma epidemia de transtornos mentais (Angell, 2011; Enticott et al, 2022).

REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: complexidade e acessibilidade

Os transtornos mentais estão longe de serem homogêneos e o cenário australiano de prestação de serviços não é diferente. Existe uma gama de serviços relacionados com a saúde mental financiados pelo governo nacional, seis governos estaduais e dois governos territoriais. Assim, os serviços de saúde mental são moldados pela implementação de políticas e programas a nível nacional e estatal que impulsionam o investimento governamental. Existe uma mistura um tanto confusa de serviços de saúde mental públicos e privados, prestadores governamentais e não governamentais e um relatório recente sugeriu que o sistema de saúde da Austrália é demasiado complexo para navegar e os serviços de saúde mental não são exceção (Calder et al., 2019).

A maioria das crianças e adultos com problemas de saúde mental ou transtorno mental diagnosticado, normalmente frequentam clínicos gerais que trabalham de forma privada na comunidade. Os médicos de clínica geral são frequentemente o primeiro ponto de contato para as pessoas com transtornos mentais e geram a maior parte dos cuidados de saúde mental, apesar da formação inadequada e do apoio contínuo (Farrer et al., 2018). Os australianos também podem consultar psiquiatras e outros profissionais de saúde, incluindo assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros que trabalham em serviços públicos e privados. Os serviços de saúde mental podem ser prestados gratuitamente através de hospitais públicos e redes de cui-

dados de saúde primários ou, alternativamente, através de hospitais privados e profissionais de saúde mental que trabalham mediante pagamento por serviço. Esses serviços tendem a se concentrar em pessoas com distúrbios de baixa prevalência, por exemplo, psicose. Alguns serviços são subsidiados com fundos parciais reembolsados diretamente aos pacientes pelo governo nacional; por exemplo, cuidados de clínica geral através do Medicare Benefits Scheme. No entanto, esses cuidados tendem a ser prestados a pessoas com transtornos de elevada prevalência, incluindo depressão e ansiedade, sendo que muitas pessoas são excluídas devido ao valor dos honorários pois é uma despesa que muitos não podem arcar. Há críticas de que os australianos de classe média ou os “bem preocupados” podem ter acesso a médicos de clínica geral, enquanto as pessoas que vivem à margem e na pobreza e que podem ter transtornos mentais graves e duradouras têm as suas necessidades de saúde mental negligenciadas.

As organizações não governamentais de saúde mental desempenham um papel importante no cenário dos cuidados de saúde mental australianos (Rose et al., 2018). São organizações privadas (sem fins lucrativos ou com fins lucrativos) que celebram parcerias financiadas com governos para fornecer serviços de saúde mental e bem-estar baseados na comunidade. As pessoas que acedem a estes serviços podem ser indivíduos que vivem com transtornos mentais, os seus familiares e cuidadores, e a comunidade em geral, dependendo do âmbito do serviço específico.

Os serviços públicos de saúde mental são caracteristicamente clínicos e centrados em intervenções de diagnóstico, avaliação e tratamento. Em comparação, os serviços não governamentais podem ser mais acessíveis, mas não são financiados para cuidados clínicos e atendem ao apoio centrado na recuperação. Consequentemente, as pessoas muitas vezes não conseguem receber os serviços necessários ou o que têm acesso pode ser fragmentado ou não adaptado às necessidades. Além disso, embora o National Disability Insurance Scheme (NDIS) preste serviços de deficiência psicossocial a pessoas que vivem com transtornos mentais persistentes através de cuidados comunitários há um debate contínuo sobre a elegibilidade e medidas políticas para reduzir os custos do NDIS para o governo nacional. As pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais são muitas vezes obrigadas a falar e defender a inclusão no programa.

Há também uma contribuição crescente da força de trabalho de pares com “experiências vividas” em saúde mental. O apoio dos pares refere-se a resultados positivos ligados ao reconhecimento de experiências partilhadas de adversidades que motivam as pessoas a apoiarem-se umas às outras (Pinto da Costa et al., 2019). A força de trabalho com experiência vivida está a crescer e está ligada a cuidados e planeamento centrados na recuperação. As pessoas são contratadas e treinadas para fornecer apoio de pares com base nas suas próprias experiências sobre o que promove e mantém a saúde mental em relação aos transtornos mentais. Os trabalhadores pares estão cada vez mais localizados nos serviços públicos de saúde mental australianos e no setor não governamental, embora os psiquiatras e as equipas de saúde mental precisem de trabalhar mais para envolver genuinamente os trabalhadores de apoio entre pares nas equipas de tratamento e no planeamento colaborativo da recuperação (Reeves et al., 2024). Os trabalhadores de apoio precisam do reconhecimento dos psiquiatras e profissionais de saúde mental, sendo isto fundamental para a prática orientada a recuperação, uma vez que podem desempenhar um papel central nas mudanças culturais positivas, nos modelos de serviços de saúde mental que dependem excessivamente de paradigmas de diagnóstico e de tratamento institucionalizados.

QUINTO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Na Austrália o governo nacional assume a principal responsabilidade de liderança pela política, legislação e desenvolvimento de serviços de saúde mental. Este nível de responsabilidade governamental traduz-se num financiamento significativo dos estados e territórios australianos na prestação de infraestruturas de serviços de saúde mental. O financiamento e a implementação do programa são orientados pelo Quinto Plano Nacional de Saúde Mental e Prevenção do Suicídio, que foi aprovado em 2017. Este expirou em 2022 e pode-se presumir que há trabalho em curso embora haja pouco conhecimento público sobre o andamento do plano ou das suas prioridades.

O plano existente continua a orientar o financiamento e as atividades do governo. Este plano compromete todos os governos australianos a trabalharem em conjunto para alcançar a integração no pla-

neamento e na prestação de serviços. É importante ressaltar que exige que os consumidores e prestadores de cuidados sejam fundamentais na forma como os serviços são planejados, prestados e avaliados. O impacto do suicídio é reconhecido e o plano define uma direção para ações coordenadas por parte dos governos para reparação. Estão incluídas ações que priorizam o bem-estar social e emocional, a saúde mental e a prevenção do suicídio entre os povos das Primeiras Nações (nações originárias). É o primeiro plano na Austrália a abordar as necessidades de saúde física das pessoas que vivem com transtornos mentais e a atender ao estigma e à discriminação que acompanham os transtornos mentais. Houve consultas significativas em toda a Austrália com partes interessadas comunitárias e não governamentais no desenvolvimento deste plano. Fundamentalmente, este plano visa melhorar o bem-estar das pessoas que vivem com transtornos mentais, incluindo as necessidades das suas famílias, cuidadores e, de forma mais geral, das comunidades. O Plano tem cinco áreas prioritárias: inclusão e recuperação social; prevenção e intervenção precoce; acesso aos serviços, coordenação e continuidade dos cuidados; melhoria da qualidade e inovação; e responsabilização – medir e relatar o progresso. Relatórios anuais são obrigatórios.

No entanto, um novo plano, o Sexto Plano Nacional, necessita urgentemente ser desenvolvido e estão previstas consultas extensas. Potencialmente, um modelo mais regional de governação e planeamento será adoptado como um novo caminho a seguir. Esta abordagem diferente estaria em oposição direta à atual abordagem centralizada e de cima para baixo, que permitiu que a tomada de decisões ocorresse principalmente nas capitais, em detrimento das áreas regionais, rurais e remotas da Austrália. Mais de dois terços (69%) dos australianos vivem em grandes cidades, um em cada cinco (20%) vive em áreas regionais internas, um em cada dez (9%) em áreas regionais externas e cerca de um em cada quarenta (2,3%) vive em áreas remotas ou muito remotas (1,5% remotas e 0,8% muito remotas) (Baxter, 2011). Esta nova direção responderia parcialmente às evidências consistentes de inquéritos nacionais e estaduais de que o sistema de saúde mental australiano continua em crise e há necessidade de cuidados coordenados (Rosenberg et al, 2022).

A “crise” nos cuidados de saúde mental refere-se à realidade de que apenas um em cada três adultos australianos com transtor-

no mental nos últimos 12 meses acessou qualquer serviço de saúde mental e entre aqueles que procuram ajuda, a maioria não recebe um nível ideal de cuidados de saúde mental (Petrie et al, 2021). Conforme observado, vários inquéritos e Comissões Reais identificaram problemas significativos com a qualidade dos serviços de saúde mental, extensão e acesso (Rosenberg et al, 2022). A prestação de cuidados de saúde mental tem sido descrita como esclerótica, rígida e que funciona dentro de um sistema que não responde e presta serviços desiguais e injustos (Rosenberg e Hickie, 2023).

Petrie e colegas (2021) observam que a cobertura de tratamento e a qualidade dos serviços de saúde mental abaixo do ideal foram identificadas como uma das principais razões para o fardo persistente da saúde mental na Austrália. Os serviços baseados na comunidade continuam fragmentados e limitados. Muitas pessoas que vivem com transtornos mentais vivenciam a falta de moradia ou a interseccionalidade com o sistema de justiça criminal. Na Austrália, no movimento da abordagem institucional os cuidados resultaram numa dependência excessiva de familiares e cuidadores que são responsáveis pela maior parte do apoio às pessoas que vivem com transtornos mentais (Stomski e Morrison, 2021). A dependência do governo de serviços clínicos privados com fins lucrativos privilegia aqueles que vivem em áreas mais urbanas com meios para pagar.

Há uma falta de consenso em torno da concepção e da prestação de serviços de saúde mental australianos “ideais”. Muito debate gira em torno de como os serviços de saúde mental adequados, acessíveis e sustentáveis podem ser financiados e prestados (Rosenberg e Hickie, 2019). Enquanto a Austrália “ostenta” serviços de saúde e cuidados de saúde mental de classe mundial foi sugerido que são necessários novos modelos de serviços que incluam infraestruturas digitais para satisfazer as necessidades das pessoas que enfrentam lacunas devido à localização geográfica ou a necessidades complexas (Rosenberg e Hickie, 2023). No entanto, é necessário ter cautela, uma vez que esta abordagem pode resultar numa exclusão digital pois nem todos os australianos têm acesso à tecnologia e conhecimentos relevantes.

Os grupos que lutam consistentemente para ter acesso a cuidados de saúde mental de qualidade que satisfaçam as suas necessidades incluem os povos das Primeiras Nações (seu bem-estar so-

cial e emocional), jovens, pessoas com comorbilidades relacionadas com álcool e drogas, pessoas com dupla deficiência (deficiência intelectual ou cognitiva e transtorno mental), pessoas que vivem com problemas de saúde física comórbidos, pessoas onde o inglês não é o primeiro idioma e/ou pessoas oriundas de refugiados ou requerentes de asilo, e pessoas que vivem fora das configurações urbanas. A Austrália é um vasto continente; a desigualdade surge do acesso e utilização inadequados dos cuidados de saúde que estão implicados no fardo de saúde mental vivido por aqueles que vivem na Austrália regional, rural e remota (Kavanagh et al, 2023).

REFLEXÕES CRÍTICAS

A saúde mental é componente chave da saúde e do bem-estar geral, mas há número significativo de lacunas que influenciam os serviços de saúde mental tanto na Austrália como no Brasil e que desafiam a gestão das políticas na busca de uma abordagem digna e efetiva das pessoas com transtorno mentais.

Na Austrália a descentralização do planejamento e o reconhecimento do impacto da localização geográfica são apenas um ingrediente chave. Embora o desenvolvimento de um Sexto Plano Nacional de Saúde Mental e Prevenção do Suicídio pareça bom em teoria, na realidade as políticas podem ser tigres “desdentados” ou de “papel”. Eles possuem um grande potencial em termos de poder e força de mudança ou melhoria potencial, mas a implementação muitas vezes não consegue concretizar intenções elevadas.

No Brasil, a RP e o movimento antimanicomial denunciaram práticas de violação de direitos, mudaram paradigmas e transformaram as práticas de isolamento, tortura e aprisionamento a que as pessoas com transtorno mental eram submetidas. E no horizonte o cuidado com liberdade e com dignidade tingiu o céu com as cores da justiça e da cidadania e as conquistas foram comemoradas durante décadas. Atualmente nuvens escurecem esse mesmo céu atingido pelo processo vertiginoso do desmonte das políticas públicas em geral e especialmente da política de saúde mental em um evidente processo de “desidratação” que reduz a capacidade de responder às demandas da população.

Também a Austrália aplaudida globalmente por romper com os cuidados de saúde mental institucionais e hospitalares, evidencia

que é necessário mais do que financiamento ou investimento adicional em serviços comunitários. E que, embora sejam necessários recursos e financiamento adicionais, a pandemia da COVID-19 colocou pressões adicionais sobre um sistema de saúde mental problemático, trazendo à tona desafios como a solidão, o isolamento e uma sociedade neoliberal obcecada pelo “saúdismo”, ou seja, pela responsabilidade individual e pelas expectativas que os “bons” cidadãos podem e devem “consertar”. seus problemas.

Em ambas as realidades há pouca consideração ou reconhecimento de que as falhas dos sistemas são as causas profundas do sofrimento contínuo e que as desigualdades e iniquidades estão ligadas ao acesso inadequado a cuidados de saúde mental adequados, que sejam simultaneamente preventivos e promotores do bem-estar; isto pode ser agravado por más ou inconsistências na qualidade dos serviços disponíveis.

Afirma-se que um maior investimento num sistema falho e fragmentado não se traduzirá em mudanças significativas para as pessoas que dele necessitam e que são relegadas à margem da sociedade. As pessoas com transtorno mental, bem como suas famílias e seus cuidadores, constituem um grupo diversificado e homogêneo e necessitam de vez e voz, para garantir que as alterações ou revisões dos cuidados de saúde mental existentes, sejam incluídos no próximo plano nacional de saúde mental (Austrália) e na política de saúde mental (Brasil) e assim respondam genuína e autenticamente às suas necessidades. Prestadores, gestores, decisores políticos precisam conhecer essas trajetórias na busca de atendimento, incluindo o trauma de fundo, as experiências de percurso e de sobrevivência no sistema de saúde mental, o impacto do estigma e da discriminação que segue ao diagnóstico, tratamento, como realizar a recuperação e ter esperança de uma vida plena e de qualidade. O conhecimento das experiências de vida dessas pessoas pode impulsionar a inovação e a re-imaginação de como responder à angústia humana que, por vezes, pode ser diagnosticada como transtorno mental.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. Loucura e Transformação Social – autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.

Amarante, PDC. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Aguiar, LJP. Por uma sociedade sem manicômios: (im) possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2020, 192 f. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9099>. Acesso em: 28 mar. 2021.

Angell, M. (2011). The epidemic of mental illness: Why. The New York Review of Books, 58(11), 20-22.

Australian Bureau of Statistics. (2020-2022). National Study of Mental Health and Wellbeing. ABS. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-study-mental-health-and-wellbeing/latest-release>.

Batista, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. In: POLÍTICA & TRABALHO. Revista de Ciências Sociais, n. 40 [online], abr. 2014, p. 391-404. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 19 dez. 2022.

Birman, J. A Cidadania tresloucada. In: Bezerra, B.; Amarante, P. (Orgs). Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

Baxter, J., Hayes, A., & Gray, M. (2011). Families in regional, rural and remote Australia (Facts Sheet). Melbourne: Australian Institute of Family Studies. https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/fs201103_0.pdf.

Calder, R., Dunkin, R., Rochford, C., & Nichols, T. (2019). Australian health services: too complex to navigate. A review of the national reviews of Australia's health service arrangements. Australian Health Policy Collaboration, Policy Issues Paper No. 1 2019, AHPC.

Costa, P. H. A. da C. Um Marx antimanicomial? Esquerda Online, Juiz de Fora: MG, 15 jul. 2021. <https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/>

um-marx-antimanicomial/. Acesso em: 20 out. 2021.

Cohen, C. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: Cordeiro, Q.; Lima, M. G. A. (Orgs.). Medida de segurança – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=72. Acesso em: 04 set. 2022

Devera, D.; Rosa, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na prática. Revista de Psicologia da UNESP, v.6 n. 1, 2007. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 25 abr. 2021.

Enticott, J., Dawadi, S., Shawyer, F., Inder, B., Fossey, E., Teede, H., & Meadows, G. (2022). Mental health in Australia: psychological distress reported in six consecutive cross-sectional national surveys from 2001 to 2018. *Frontiers in psychiatry*, 13, 815904.

Foucault, M. A Verdade e as Formas Jurídicas. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

Foucault, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Farrer, L. M., Walker, J., Harrison, C., & Banfield, M. (2018). Primary care access for mental illness in Australia: Patterns of access to general practice from 2006 to 2016. *PLoS One*, 13(6), e0198400.

Department of Health. (2017). The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. Commonwealth of Australia. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan>

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.

Jacobina, P. V. Direito Penal da Loucura, Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: DF, ESMPU 2008.

Lüchmanni, L. H. H.; Rodrigues, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12 (2), abr. 2007. Disponível em: ht-

[tps://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?lang=pt). Acesso em: 17 maio 2021.

LIMA, D T. L. A loucura na sociedade de classes. Blog da Boitempo: [s.l.], 14 set. 2021. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/>. Acesso em: 15 de set. 2022.

Marx, K. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha; trad. Pedro Henrique Antunes Costa. Esquerda Online, Juíz de Fora: MG, 2021 [n.p.]. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marxantimanicomial/?doing_wp_cron=1672174529.0258929729461669921875. Acesso em: 27 dez. 2022.

Mota, A.; Teixeira, C. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia. Observatório de análise política em saúde. Salvador: Bahia, 17 dez. 2020. <https://observatorio.analisepoliticaem-saude.org/debate/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/>. Acesso em: 19 set. 2021.

Nunes, BD. Política de saúde mental em São Lourenço do Sul : vanguarda na reforma psiquiátrica. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023, 200 f. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/10596>. Acesso em: 02 jun. 2023.

Onocko-Campos, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública 2019.

Petrie, K., Baldwin, P., Crawford, J., & Harvey, S. B. (2021). The voice of mental health practice in Australia: a mixed-method cross-sectional study of gaps and areas of need. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 45(4), 318-324.

Pinto da Costa, M., Foster, R., Gillard, S., Priebe, S. (2019). Volunteering in Mental Health. In: Okpaku, S. (eds) *Innovations in Global Mental Health*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_72-1.

Reeves, V., Loughhead, M., Halpin, M. A., & Procter, N. (2024). Organisational Actions for Improving Recognition, Integration and Acceptance of Peer Support as Identified by a Current Peer Workforce. *Community Mental Health Journal*, 60(1), 169-178.

Rose, G., von Hippel, C., Brener, L., & von Hippel, B. (2018). Attitudes of people working in mental health non-governmental organisations in Australia: A comparison with other mental health professionals. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918765413.

Rosenberg, S., & Hickie AM, I. (2019). Making better choices about mental health investment: The case for urgent reform of Australia's Better Access Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(11), 1052-1058.

Rosenberg, S., Lawson, K., & Hickie, I. (2023). Centralisation versus regionalisation: Designing the Sixth National Mental Health Plan. *Australian Journal of Public Administration*, 82(2), 290-301.

Rosenberg, S., & Hickie, I. B. (2023). On the Right Track from the Start (Discussion Paper). Brain and Mind Centre, University of Sydney. <https://www.sydney.edu.au/content/dam/corporate/documents/brain-and-mind-centre/on-the-right-track-from-the-start.pdf>.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Disponível em: <https://xdocz.com.br/doc/rotelli-f-et-al-desinstitucionalizaao1jozwelvzvoz>. Acesso em: 27 dez. 2022.

Stomski, N. J., & Morrison, P. (2021). Predictors of burden in Australian mental health caregivers: a cross-sectional survey. *Journal of Mental Health*, 30(4), 411-416.

CAPÍTULO 10

MENTAL HEALTH POLICY IN BRAZIL AND AUSTRALIA:

Challenges for a Dignified and Effective Approach to Individuals with Mental Disorders

Barbara Domingues Nunes¹

Maria Isabel Barros Bellini

Niki Edwards

Julie King

Ros Darracott

INTRODUCTION

The Brazilian government's Mental Health Policy emerged from several decades of sustained campaigning and advocacy known as the Brazilian Psychiatric Reform Movement (abbreviated as RP in Brazil). The policy's development represents a highly significant turning point in the construction and advocacy of mental health care by recognizing and protecting the basic human rights of patients. The RP sought to break away from centuries-old forms of madness treatment, radically shifting the paradigm from institutionalization, isolation, and exclusion to the right to care with freedom. However, at this historical moment, with the current regression in social policies, these achievements are at risk of being discontinued. The success of the RP involved decades of mobilization, struggle, and resistance, engaging various actors in a dialectically constructed movement with society within the framework of Brazil's redemocratization process in the 1970s, embedding the struggle of the anti-asylum movement and the history of asylum deinstitutionalization in the national context. However, in recent years, there has been

¹ Subtitle 3, which addresses the Brazilian mental health policy, is based on the master's dissertation "The Mental Health Policy in São Lourenço do Sul: Vanguard in Psychiatric Reform" authored by Barbara D. Nunes, defended in the Graduate Program in Social Work at PUCRS in January 2023, with support from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior/CAPES), Financing Code 001.

a setback in the achievements that guaranteed the rights of people with mental disorders to freedom, to live in society, to receive treatment, and to dignified care, without isolation or exclusion from their place of coexistence.

In Australia, the national government also leads and bears responsibility for mental health policy both in its development and implementation of legislation. The government funds the Australian states and territories to provide a network of mental health services. The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan was implemented from 2017-2022 and guided the funding and implementation of actions. It was the first mental health policy in Australia to include physical health needs, concern for stigma and discrimination against people with mental disorders, and the needs of families, caregivers, and communities. Implementation of the Plan ended in 2022, and currently there is little public information about the progress of the next plan or what will be prioritized in future. The purpose of this National Plan was to improve the well-being of people living with mental disorders, and its development involved consultation with community stakeholders and non-governmental parties. It defined priority areas such as: inclusion and social recovery; prevention and early intervention; access to services, coordination, and continuity of care; quality improvement and innovation; and accountability in measuring and reporting progress.

This article is the result of a bibliographic and documentary survey conducted by researchers from Brazil and Australia on the mental health policies of both countries, identifying gaps, progress, and challenges. It is organized as follows: subsection 2 addresses the place of “madness” in the history of humanity, outlining approaches from influential authors on the subject; subsection 3 presents the Brazilian mental health policy with emphasis on processes of struggle and resistance and on setbacks; subsection 4 presents the Australian mental health policy with emphasis on the network of mental health services as well as the complexity in accessing these services. The structure of the article adheres to the sequence developed by the authors, focusing on what issues they considered most important to address regarding mental health policy in their respective countries. The differences in approach between the countries did not enable each section to have identical subtitles with pre-established content.

It is intended that this article stimulates other contributions on a theme that involves a vulnerable population segment that has historically had its rights violated in approaches and treatments that do not meet their needs. The authors of this article are academics and researchers with professional experience in the mental health field.

THE PLACE OF “MADNESS” IN HUMAN HISTORY: Some Approaches²

To historically delve deeper into the study of the place of “madness” or human distress that contemporary societies now defines as mental illness or mental disorder would require much more space than the article proposed here allows, hence the brevity of the discussion about the records and literature that historically asserted that madness should be confined and the mad separated from society and abandoned in psychiatric hospitals or custodial institutions, far from family, community, and society, in other words, about the structure of exclusion. Historically, institutions dealt with madness through criminalization or the use of therapeutic treatments that regarded individuals as incapable, disqualifying their voices, and organizing the exclusion of the ‘mad’ person.

The structure of exclusion in the form of internment houses (many within the walls of former leprosariums) began in the late Middle Ages and proliferated in Europe, being maintained with public funds from the progressive emptying of leprosariums through “‘rituals that were not intended to suppress it [madness], but rather to keep it at a sacred distance” (FOUCAULT, 1978, p. 6). In the 18th century, the psychiatric hospitalization of individuals with severe mental illness was institutionalized and founded “[...] on the social horizon of poverty, incapacity for work, impossibility of integration into the group at the moment when it begins to be inserted into the text of the city’s problems” (FOUCAULT, 1978, p. 89). The relationship between poverty and the expansion of capitalist modes of production is expressed

2 The term madness used here refers to a historical time that precedes the Psychiatric Reform. Therefore, after the reform, this term was no longer used due to its historical meaning - of exclusion, stigma and prejudice. O termo loucura aqui utilizado refere-se a um tempo histórico que é anterior a Reforma Psiquiátrica. Portanto, após a reforma, esse termo deixou de ser utilizado pelo significado histórico que ele tem - de exclusão, estigma e preconceito.

in the development of pauperism and the growth of wealth “[...] the same law seems to apply with respect to madness, as the increase in madness [...] accompanied the increase in exports and exceeded the increase in population” (MARX, 1858, s.p.)³.

In this logic, individuals understood as incapable, strange, surplus were segregated, imprisoned, isolated, and tortured in asylum and/or madhouse institutions that functioned, from their origin, as ‘[...] apparatuses of repression for those who could not participate in the social game and the sale of labor power’ (LIMA, 2021, s.p.). Profitability was guaranteed because,

If the mad person is not profitable as a workforce, they are as consumers of asylum services and its inputs. If the mad person is a living denunciation of the contradictions of capitalism, they need to be segregated, made invisible, silenced, and, at its extreme, socially and objectively annihilated. If they cannot find work – and cannot even be part of the industrial reserve army – they can become cheap (or unpaid) labor in the asylum circuit. And so on. All of this, once again, demonstrates that the relationship between the asylum and capital is extremely intertwined (LIMA, 2021, s.p.).

Mental disorder generates profit either through the consumption of asylum services (institutions, equipment, treatments, medications) or through unpaid labor, or through the funding of its commodification via public resources, revealing the interests between public and private, State and market. Counter to this is the perspective of breaking with the logic of exclusion, isolation, and imprisonment, such as the proposal by the Italian Franco Rotelli, one of the main inspirations of the Brazilian Psychiatric Reform Movement (RP) in Brazil, of the creation of cultural laboratories that provide opportunities and probabilities for the ‘patient,’ rather than outpatient clinics that confined freedom to spaces previously designated (ROTELLI 2001, p. 90).

BRAZIL: The place of mental disorders

The Brazilian Psychiatric Reform Movement (RP), conceived within the framework of the redemocratization process in the 1970s,

3 If it’s not possible to affirm an ‘antipsychiatric Marx,’ since it would be an anachronism, given that such a movement sprouts and develops throughout the 21st century, we have in Marx germs and foundations for a radical and revolutionary antipsychiatric praxis in the present. (COSTA, 2021, n.p.)

was spearheaded by the Antipsychiatric Struggle movement and advocated for the citizenship of people with mental disorders, ensuring their right to dignified treatment and care in freedom.

The emphasis on the RP in this article is justified by its contribution to the restructuring of Mental Health Policy, a governmental policy that challenges the treatment of isolation and exclusion given to people with mental disorders, radically shifting the paradigm from institutionalization to deinstitutionalization and care in freedom. There is also a warning in this article is because there is an evident regression in Brazilian social policies, putting these achievements at risk of being discontinued. According to Onocko-Campos, the risks are numerous and varied.

Community services, like all SUS (Brazil's Unified Health System) facilities, have shown significant institutional fragility and constraints due to inadequate financing. Some studies have pointed out bureaucratization, excessive guardianship, and lack of support for family members; however, other studies have also demonstrated the supportive consistency of a well-articulated service network and the reduction in the number of hospitalizations after engagement with community services (2019, p.2).

The Brazilian Psychiatric Reform Movement (RP) consolidated itself over decades of mobilization, struggles, and resistance involving various actors in a movement dialectically constructed with society within the framework of Brazil's redemocratization process in the 1970s. It inscribed the struggle of the antipsychiatric movement in the history of psychiatric deinstitutionalization in the national context. A fundamental milestone was Law 10.216, known as the Paulo Delgado Law, enacted in 2001, which addressed the demands of the antipsychiatric struggle by defining structural changes in mental health services and care, restructuring Mental Health Policy from the perspective of care in freedom. The peak of the consolidation of this policy was during the periods between 2003-2010 (Lula I and II governments), with the allocation of funding for alternative services, significant closure of psychiatric beds, and the elaboration of ordinances for the expansion of mental health services, marking the reversal of Brazil's historical asylum model.

However, despite the progress made in laws, ordinances, service networks, and societal debates aimed at protecting individuals

with mental disorders, and regardless of the advancements of the Psychiatric Reform Movement (RP), it is still evident that conceptions and approaches to mental disorders form a vicious circle: either the person is deemed incapable or criminal, deeply ingrained conceptions that often evoke fear, pity, or suspicion, or all of these feelings at once. The segregation of individuals with mental disorders is often indiscriminately executed as a means of protecting society and its interests, encompassing various control institutions. The responsibility for controlling individuals is also transferred to society, represented by hospitals, police, asylums, and educational institutions through lateral powers aimed at disciplining subjects.

Moreover, when mental disorders are associated with crime or dangerousness, the barriers to breaking free from the exclusionary model and building care in freedom, a banner in the collective struggle, become even greater. Mental disorders, when associated with crime or dangerousness, doubly condemn the individual, as they are considered dangerous but not responsible for their actions, without control, without the possibility of expression. According to the Brazilian Penal Code of 1940, supported by the theory of dangerousness, if a person violates the law but is considered mentally ill and therefore incapable of being held accountable, they must be placed under the care of forensic psychiatry, a branch of medicine that integrates knowledge of psychiatry and the justice system, establishing a relationship between mental health and criminal behavior, and they will be segregated from social interaction until it is proven that they no longer pose a risk.

Those people deemed uncontrollable, dangerous, and/or politically incorrect have been segregated to protect society from the danger of abnormality, a process that is being reactivated in the present and exponentially exacerbated in the racialization of crimes where suspects and criminalized individuals belong to the marginalized, Black, and impoverished communities.

MENTAL HEALTH POLICY IN BRAZIL: Resistance and Setbacks

The Antipsychiatric Struggle is a social movement with a strong anticapitalist agenda, fighting for a society without asylums,

for the reorganization of services, and for a mental health care network. This movement emerged during Brazil's redemocratization process, gaining prominence in the mid-1970s, and argued that psychiatric institutions are consequences of the capitalist mode of production and the structuring of social relations (AGUIAR, 2020). The establishment of the Brazilian Center for Health Studies (CEBES) and the Renewal Medical Movement (REME) were instances of debate and critical thinking with significant observations about the military regime and psychiatric care marked by torture, imprisonment, fraud, and corruption, culminating in the organization of the Mental Health Workers Movement (MTSM, acronym in Portuguese). The MTSM advocated for better wages, denounced the excessive number of consultations, criticized asylums and the use of electroshock therapy, and demanded humanization of care and services (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005).

These struggles guided several national events in the decade, notable among them are the 1st National Mental Health Conference and the 2nd National Congress of MTSM, held in 1987 in the municipality of Bauru-SP, with significant participation from users, family members, and new actors committed to strengthening the antipsychiatric movement and transforming psychiatric policies and practices. At this event, the Bauru Manifesto was drafted, regulating the antipsychiatric movement and recording the commitment between professionals and society in the fight against asylum practices (AMARANTE, 1995).

The Psychiatric Reform Movement (RP) was a historical movement led by mental health workers, marked by mobilizations and declarations, which questioned the hospital-centric, exclusionary, and violent model of care and emphasized care in freedom and the struggle for the recognition of the citizenship of people with mental disorders. It is "[...] a transversal field of forces, powers, and knowledges that is not restricted only to the interior of the psychiatric institution; its investment is social and for society, depending on [...] political and economic mobilizations and articulations" (ENGELMAN, 2006, p. 34). This struggle intensified when the professionals involved denounced the 'madness industry' as costly and chronic (DEVERA; ROSA, 2007) and advocated "[...] decisively in the 1980s that the Brazilian state had a real "debt" to the mentally ill,

due to their long social exclusion and the consequent rupture of their social bonds” (BIRMAN, 1992, p. 72).

The Psychiatric Reform Movement (RP) transcended the transformation of the care model and sought the “transformation of mentalities, cultures, scientific references, social relations, ways of seeing and being in the world” (AMARANTE, 2021, p. 15), shifting paradigms. In this revolutionary process, some structures changed while others remained, considering that in the “[...] provisional results of our struggles, many of them may remain in the limbo of concepts. Theory and practice, ideas and public policies must go hand in hand” (FLORES, 2009, p. 123).

An important reference to the setback in mental health policy highlighted by Onocko-Campos (2019) is Ordinance No. 3,588/9 of 2017, which reintroduced the Day Hospital into the Psychosocial Care Network (RAPS, acronym in Portuguese), reissuing biomedical interventions at the expense of psychosocial practices, which had already been widely discussed and overcome in the creation of Psychosocial Care Centers (CAPS, acronym in Portuguese). The setback is also evident in strategies that facilitate public financing of therapeutic communities that use practices of isolation and disrespect for individual freedoms. Another setback that contradicts the principles of the RP is “the lack of participation of users and families” (Onocko-Campos, 2019, p.2), as it is essential to involve the “individual subject with a diagnosis of mental disorder, whether using the term “user”, “former user”, “survivor”, “psychiatrized”, or any other term” (AMARANTE, 2021, p. 18) to achieve the gains of the RP.

It is equally important to highlight the systematic precariousness of employment relationships of professionals, lack of job stability, outsourcing of contracts, low salaries, and task overload in contrast to the increasing population’s illness and the scarcity of mental health services. There is an evident process of “dehydration” of mental health policy within the framework advocated by the RP through low funding and/or funding of actions antagonistic to care in freedom, discontinuity and/or elimination of programs or services that meet the population’s demands. This is a warning for constant vigilance and attention to public policies that have guaranteed the rights of people with mental disorders to freedom, to live in society,

to receive dignified treatment and care, without isolation or exclusion from their living environment, and which are being threatened by the scenario of setbacks and dismantling of social policies.

AUSTRALIA: MENTAL DISORDERS IN PERSPECTIVE

Worldwide, mental disorders stand as one of the leading causes of the burden of disease, with significant negative consequences for health, economic, and social aspects (GBD, 2019). The Australian data is consistent; recent data identifies that over two in five Australians (42.9 percent) aged between 16 and 85 have experienced some form of mental disturbance throughout their lives (ABS, 2023). Referring to the recent National Mental Health and Wellbeing Study 2020-2022, the Australian Bureau of Statistics (ABS, 2023) reported that one in five Australians (21.5 percent) had a mental disorder in the previous 12 months (ABS, 2023). This prevalence is concerning, and some have suggested an epidemic of mental disorders (Angell, 2011; Enticott et al., 2022).

MENTAL HEALTH SERVICE NETWORK: Complexity and Accessibility

Mental disorders are far from homogeneous, and the Australian service delivery landscape is no exception. There is a range of government-funded mental health services across the national, six state, and two territory governments. Thus, mental health services are shaped by the implementation of national and state policies and programs that drive government investment. There is a somewhat confusing mix of public and private mental health services, government and non-government providers, and a recent report suggested that Australia's healthcare system is too complex to navigate, with mental health services being no exception (Calder et al., 2019).

Most children and adults with mental health problems or diagnosed with mental disorders typically attend private community-based general practitioners. General practitioners are often the first point of contact for people with mental disorders and provide most mental healthcare, despite inadequate training and ongoing support (Farrer et al., 2018). Australians can also access psychia-

trists and other healthcare professionals, including social workers, psychologists, and nurses working in public and private services. Mental health services can be provided for free through public hospitals and primary healthcare networks or alternatively through private hospitals and fee-for-service mental health professionals. These services tend to focus on people with low-prevalence disorders, such as psychosis. Some services are subsidized with partial funds directly reimbursed to patients by the national government; for example, general practice care through the Medicare Benefits Scheme. However, general practice care tends to focus on people with high-prevalence disorders, including depression and anxiety, with many people excluded due to fee costs they cannot afford. Criticisms have been raised that middle-class Australians or the “worried well” may have access to general practitioners, while those living on the margins and in poverty and who may have severe and enduring mental disorders have their mental health needs neglected.

Non-governmental mental health organizations play a significant role in the Australian mental healthcare landscape (Rose et al., 2018). These are private (non-profit or for-profit) organizations that enter government-funded partnerships to provide community-based mental health and wellbeing services. Those accessing these services can be individuals living with mental disorders, their families and caregivers, and the broader community, depending on the scope of the specific service.

Public mental health services are typically clinical and centered on diagnostic, assessment, and treatment interventions; focuses specifically on low prevalence disorders e.g. psychosis. In comparison, non-governmental services may be more accessible but are not funded for clinical care and focus on recovery-oriented support. Consequently, people often fail to receive necessary services, or what they have access to may be fragmented or not tailored to their needs. Additionally, while the National Disability Insurance Scheme (NDIS) provides psychosocial disability services to people living with persistent mental disorders through community care, there is an ongoing debate over eligibility and policy measures to reduce NDIS costs for the national government. People with mental disorders and psychosocial disabilities are often required to advocate for inclusion in the program.

There is also a growing contribution from the peer workforce with “lived experience” in mental health. Peer support refers to positive outcomes linked to recognizing shared experiences of adversity that motivate people to support one another (Pinto da Costa et al., 2019). The lived experience workforce is expanding and linked to recovery-focused care and planning. Individuals are hired and trained to provide peer support based on their own experiences of what promotes and maintains mental health in relation to mental disorders. Peer workers are increasingly located in Australian public mental health services and the non-government sector, although psychiatrists and mental health teams need to work more to genuinely engage peer support workers in treatment teams and collaborative recovery planning (Reeves et al., 2024). Support workers need recognition from psychiatrists and mental health professionals, as this is crucial for recovery-oriented practice, as they can play a central role in positive cultural changes, in mental health service models that overly rely on institutionalized diagnostic and treatment paradigms.

FIFTH NATIONAL MENTAL HEALTH AND SUICIDE PREVENTION PLAN

In Australia, the national government assumes primary leadership responsibility for mental health policy, legislation, and service development. This level of government responsibility translates into significant funding from Australian states and territories in the provision of mental health service infrastructures. Funding and program implementation are guided by the Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan, which was endorsed in 2017. This expired in 2022, and ongoing work can be presumed, although there is little public knowledge about the progress of a new plan or its priorities.

The existing plan continues to guide government funding and activities. This plan commits all Australian governments to work together to achieve integration in service planning and delivery. It is important to note that it requires consumers and carers to be central to how services are planned, delivered, and evaluated. The impact of suicide is acknowledged, and the plan sets a direction for coordinat-

ed government actions for redressal. Actions prioritizing social and emotional well-being, mental health, and suicide prevention among First Nations peoples are included. It is the first plan in Australia to address the physical health needs of people living with mental disorders and to address the stigma and discrimination that accompany mental disorders. There have been significant consultations across Australia with community and non-governmental stakeholders in developing this plan. Fundamentally, this plan aims to improve the well-being of people living with mental disorders, including the needs of their families, carers, and more broadly, communities. The Plan has five priority areas: inclusion and social recovery; prevention and early intervention; access to services, coordination, and continuity of care; quality improvement and innovation; and accountability - measuring and reporting progress. Annual reports are mandatory.

However, a new plan, the Sixth National Plan, urgently needs to be developed, and extensive consultations are planned. Potentially, a more regional model of governance and planning will be adopted as a new way forward. This different approach would be in direct opposition to the current centralized and top-down approach, which allowed decision-making to primarily occur in capitals, to the detriment of regional, rural, and remote areas of Australia. More than two-thirds (69%) of Australians live in major cities, one in five (20%) live in inner regional areas, one in ten (9%) in outer regional areas, and about one in forty (2.3%) live in remote or very remote areas (1.5% remote and 0.8% very remote) (Baxter, 2011). This new direction would partially respond to consistent evidence from national and state surveys that the Australian mental health system continues to be in crisis and coordinated care is needed (Rosenberg et al., 2022).

The “crisis” in mental healthcare refers to the reality that only one in three Australian adults with a mental disorder in the past 12 months accessed any mental health service, and among those seeking help, most do not receive an optimal level of mental healthcare (Petrie et al., 2021). As noted, several surveys and Royal Commissions have identified significant issues with the quality, extent, and access to mental health services (Rosenberg et al., 2022). The provision of mental healthcare has been described as sclerotic, rigid, and operating within a system that is unresponsive and provides unequal and unfair services (Rosenberg and Hickie, 2023).

Petrie and colleagues (2021) note that below-ideal treatment coverage and quality of mental health services have been identified as one of the main reasons for the persistent mental health burden in Australia. Community-based services remain fragmented and limited. Many people living with mental disorders experience homelessness or intersectionality with the criminal justice system. In Australia, in the movement away from institutionalized care, care has resulted in an overreliance on family members and caregivers who are responsible for most of the support to people living with mental disorders (Stomski and Morrison, 2021). The government's reliance on for-profit private clinical services favors those living in more urban areas with means to pay.

There is a lack of consensus around the conception and provision of “ideal” Australian mental health services. Much debate revolves around how adequate, accessible, and sustainable mental health services can be financed and provided (Rosenberg and Hickie, 2019). While Australia boasts world-class health and mental healthcare services, it has been suggested that new service models are needed that include digital infrastructures to meet the needs of people facing gaps due to geographical location or complex needs (Rosenberg and Hickie, 2023). However, caution is needed, as this approach may result in digital exclusion as not all Australians have access to relevant technology and knowledge.

Groups consistently struggling to access quality mental healthcare that meets their needs include First Nations peoples (their social and emotional well-being), youth, people with alcohol and drug-related comorbidities, people with dual disabilities (intellectual or cognitive disability and mental disorder), people living with comorbid physical health issues, people where English is not their first language and/or people from refugee or asylum seeker backgrounds, and people living outside urban settings. Australia is a vast continent; inequality arises from inadequate access and utilization of healthcare, which are implicated in the mental health burden experienced by those living in regional, rural, and remote Australia (Kavanagh et al., 2023).

CRITICAL REFLECTIONS

Mental health is a key component of overall health and well-being, but there are significant gaps influencing mental health services both in Australia and Brazil, challenging policy management in the pursuit of a dignified and effective approach to individuals with mental disorders.

In Australia, decentralization of planning and recognition of the impact of geographical location are just one key ingredient. Although the development of a Sixth National Mental Health and Suicide Prevention Plan seems promising in theory, policies can be toothless “paper tigers”. They hold great potential in terms of power and force for change or potential improvement, but implementation often fails to materialize lofty intentions.

In Brazil, Psychiatric Reform (RP) and the anti-asylum movement have exposed rights violations, shifted paradigms, and transformed the practices of isolation, torture, and imprisonment to which people with mental disorders were subjected. And on the horizon, care with freedom and dignity painted the sky with the colors of justice and citizenship, and achievements were celebrated for decades. Currently, clouds darken this same sky, affected by the dizzying process of dismantling public policies in general, and especially mental health policy, in an evident process of “dehydration” that reduces the capacity to respond to population demands.

Similarly, Australia was globally applauded for breaking away from institutional and hospital-based mental healthcare, showing that more than just funding or additional investment in community services is needed. And that, while additional resources and funding are necessary, the COVID-19 pandemic has placed additional pressures on a problematic mental healthcare system, bringing to light challenges such as loneliness, isolation, and a neoliberal society obsessed with “healthism,” or individual responsibility and expectations that “good” citizens can and should “fix” their problems.

In both contexts, there is little consideration or recognition that systemic failures are the root causes of ongoing suffering, and that inequalities and inequities are linked to inadequate access to appropriate mental health care, which should be both preventive and promotive of well-being. This situation may be exacerbated by poor quality or inconsistencies in the services available.

It is argued that greater investment in a flawed and fragmented system will not translate into significant changes for those in need who are marginalized in society. People with mental disorders, as well as their families and caregivers, constitute a diverse and homogeneous group and need time and voice to ensure that changes or revisions to existing mental healthcare are included in the next national mental health plan (Australia) and mental health policy (Brazil) and thus genuinely and authentically respond to their needs. Providers, managers, policymakers need to know these trajectories in the pursuit of care, including background trauma, journey and survival experiences in the mental healthcare system, the impact of stigma and discrimination following diagnosis and treatment, how to achieve recovery, and have hope for a full and quality life. Knowledge of these people's life experiences can drive innovation and re-imagination of how to respond to human distress, which can sometimes be diagnosed as a mental disorder.

REFERENCES

Amarante, P. Loucura e Transformação Social – autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.

Amarante, PDC. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Aguiar, LJP. Por uma sociedade sem manicômios: (im) possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2020, 192 f. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9099>. Acesso em: 28 mar. 2021.

Angell, M. (2011). The epidemic of mental illness: Why. The New York Review of Books, 58(11), 20-22.

Australian Bureau of Statistics. (2020-2022). National Study of Mental Health and Wellbeing. ABS. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-study-mental-health-and-wellbeing/latest-release>.

Batista, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. In: POLÍTICA &

TRABALHO. Revista de Ciências Sociais, n. 40 [online], abr. 2014, p. 391-404. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 19 dez. 2022.

Birman, J. A Cidadania tresloucada. In: Bezerra, B.; Amarante, P. (Orgs). *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

Baxter, J., Hayes, A., & Gray, M. (2011). Families in regional, rural and remote Australia (Facts Sheet). Melbourne: Australian Institute of Family Studies. https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/fs201103_0.pdf.

Calder, R., Dunkin, R., Rochford, C., & Nichols, T. (2019). Australian health services: too complex to navigate. A review of the national reviews of Australia's health service arrangements. Australian Health Policy Collaboration, Policy Issues Paper No. 1 2019, AHPC.

Costa, P. H. A. da C. Um Marx antimanicomial? Esquerda Online, Juiz de Fora: MG, 15 jul. 2021. <https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial/>. Acesso em: 20 out. 2021.

Cohen, C. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: Cordeiro, Q.; Lima, M. G. A. (Orgs.). *Medida de segurança – uma questão de saúde e ética*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=72. Acesso em: 04 set. 2022

Devera, D.; Rosa, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.6 n. 1, 2007. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 25 abr. 2021.

Enticott, J., Dawadi, S., Shawyer, F., Inder, B., Fossey, E., Teede, H., & Meadows, G. (2022). Mental health in Australia: psychological distress reported in six consecutive cross-sectional national surveys from 2001 to 2018. *Frontiers in psychiatry*, 13, 815904.

Foucault, M. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

Foucault, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Farrer, L. M., Walker, J., Harrison, C., & Banfield, M. (2018). Primary care access for mental illness in Australia: Patterns of access to general practice from 2006 to 2016. *PLoS One*, 13(6), e0198400.

Department of Health. (2017). The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. Commonwealth of Australia. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan>

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.

Jacobina, P. V. Direito Penal da Loucura, Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: DF, ESMPU 2008.

Lüchmanni, L. H. H.; Rodrigues, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12 (2), abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2021.

LIMA, D T. L. A loucura na sociedade de classes. Blog da Boitempo: [s.l.], 14 set. 2021. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/>. Acesso em: 15 de set. 2022.

Marx, K. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha; trad. Pedro Henrique Antunes Costa. Esquerda Online, Juíz de Fora: MG, 2021 [n.p.]. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marxantimanicomial/?doing_wp_cron=1672174529.0258929729461669921875. Acesso em: 27 dez. 2022.

Mota, A.; Teixeira, C. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia. Observatório de análise política em saúde. Salvador: Bahia, 17 dez. 2020. <https://observatorio.analisepoliticaem-saude.org/debate/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/>. Acesso em: 19 set. 2021.

Nunes, BD. Política de saúde mental em São Lourenço do Sul : vanguarda na reforma psiquiátrica. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023, 200 f. Disponível

em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/10596>. Acesso em: 02 jun. 2023.

Onocko-Campos, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública* 2019.

Petrie, K., Baldwin, P., Crawford, J., & Harvey, S. B. (2021). The voice of mental health practice in Australia: a mixed-method cross-sectional study of gaps and areas of need. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 45(4), 318-324.

Pinto da Costa, M., Foster, R., Gillard, S., Priebe, S. (2019). Volunteering in Mental Health. In: Okpaku, S. (eds) *Innovations in Global Mental Health*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_72-1.

Reeves, V., Loughhead, M., Halpin, M. A., & Procter, N. (2024). Organisational Actions for Improving Recognition, Integration and Acceptance of Peer Support as Identified by a Current Peer Workforce. *Community Mental Health Journal*, 60(1), 169-178.

Rose, G., von Hippel, C., Brener, L., & von Hippel, B. (2018). Attitudes of people working in mental health non-governmental organisations in Australia: A comparison with other mental health professionals. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918765413.

Rosenberg, S., & Hickie AM, I. (2019). Making better choices about mental health investment: The case for urgent reform of Australia's Better Access Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(11), 1052-1058.

Rosenberg, S., Lawson, K., & Hickie, I. (2023). Centralisation versus regionalisation: Designing the Sixth National Mental Health Plan. *Australian Journal of Public Administration*, 82(2), 290-301.

Rosenberg, S., & Hickie, I. B. (2023). On the Right Track from the Start (Discussion Paper). Brain and Mind Centre, University of Sydney. <https://www.sydney.edu.au/content/dam/corporate/documents/brain-and-mind-centre/on-the-right-track-from-the-start.pdf>.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Disponível em: <https://xdocz.com.br/doc/rotelli-f-et-al-desinstitucionalizaaoljozwelvzvoz>. Acesso em: 27 dez. 2022.

Stomski, N. J., & Morrison, P. (2021). Predictors of burden in Australian mental health caregivers: a cross-sectional survey. *Journal of Mental Health*, 30(4), 411-416.

CAPÍTULO 11

POR QUE A MATÉRIA VIDA É TÃO FINA? **indagações em um tempo em que o suicídio se** **apresenta como resposta ao sofrimento humano**

Laurem Janine Pereira de Aguiar
Maria Isabel Barros Bellini

Existirmos: A que será que se destina?
Cajuína – Caetano Veloso

INTRODUÇÃO

O suicídio não é uma exclusividade do nosso tempo, tampouco do lugar em que ocupamos no sistema-mundo, trata-se de um fenômeno que atravessa historicamente e territorialmente todas as sociedades humanas. Iniciar com essa afirmação é necessário para destacar que o suicídio não é uma “invenção” ou exclusividade de nossa época. Mesmo que atualmente os índices reflitam uma realidade trágica em relação ao aumento das mortes autoprovocadas, relatos de suicídio são encontrados em todo o globo desde que o ser humano encontrou maneiras de se expressar.

A discussão proposta nesse artigo está amparada na tese “O nó da nossa solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil”¹ a qual, sem a pretensão de responder ou explicar as razões que levam as pessoas a tirarem a própria vida, aprofundou o olhar rigoroso da pesquisa em uma temática tão densa quanto preocupante. Esse artigo dá continuidade, aproximação compreensiva e ética sobre as condições subjetivas e materiais de vida que podem conduzir à uma morte autoprovocada em uma dada realidade, no caso a realidade brasileira, inserida na ordem capitalista.

1 Tese de autoria de Laurem J. P. Aguiar sob orientação da Prof^a. Dr.^a Maria Isabel Barros Bellini integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul defendida em março/2023. A tese contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O título do artigo “Por que a matéria vida é tão fina?” foi inspirado na música “Cajuína”² e está elaborado como indagação reiterando que seguimos perplexas frente ao fenômeno que inspirou a tese.

MESMAS INDAGAÇÕES, DIFERENTES TEMPOS HISTÓRICOS: *que sociedade é esta que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevêê-lo?*

Temporalmente, registros de suicídios estão presentes muito antes do surgimento do capitalismo, no entanto, a longa existência desses registros não pode ser utilizada para entender esse ato como “natural” ou constitutivo do ser humano, mas deve ser utilizado para compreender como esse fenômeno se tornou “natural” para pessoas que habitam essas sociedades. Ou seja,

[...] o que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios, ao passo que os tártaros não se suicidam. As sociedades não geram todas, por tanto, os mesmos produtos; é o que precisamos ter em mente para trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto (MARX, 2006, p. 25).

Na sociedade contemporânea, os dados são alarmantes e é estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que mais de 700 mil pessoas morrem por ano devido ao suicídio. Em cada 100 mortes registradas uma é produto de suicídio. Impactante é constatar que essa é a quarta causa de morte mais recorrente entre pessoas muito jovens (15 a 29 anos) superando as mortes por acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal (OPAS, 2010). A historicidade desse fenômeno não permite compreendê-lo apenas como expressão da *questão social* contemporânea, a qual é compreendida como o conjunto das expressões da desigualdade promovida pelo capitalismo maduro, que possui raiz comum em uma produção social cada vez mais coletiva, com um trabalho amplamente social, enquanto a

2 “Existirmos: A que será que se destina? Pois quando tu me deste a rosa pequenina. Vi que és um homem lindo e que se acaso a sina. Do menino infeliz não se nos ilumina”. Música de autoria de Caetano Veloso em homenagem póstuma ao poeta piauiense Torquato Neto que tirou a própria vida.

apropriação de seus frutos se vê cada vez mais monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999).

Assim que, a questão social é mais do que as expressões da miséria e da pobreza, ela “*condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeitos que o realizam – na era do capital fetiche*” (IAMAMOTO, 2009, p. 125).

A dramaticidade e a diversidade dos dados em relação as mortes autoprovocadas tornam o enfrentamento ao suicídio ainda mais desafiador, pois se por um lado indicam uma diminuição mundial de 36% entre os anos 2000 e 2019 nas taxas de suicídio, por outro lado, no mesmo período nas Américas as taxas aumentaram 17% (OPAS, 2021).

Entre os fatores de risco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que “*vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momento de crise, com um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida – tais como problemas financeiros, término de relacionamento ou dores crônicas e doenças*” (OMS, 2018, online) o que fragiliza ações de prevenção.

Outra relação estabelecida com o comportamento suicida destaca que as experiências no enfrentamento de

conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade (OPAS, 2021, online).

O suicídio, portanto, trata-se de um fenômeno multifatorial em que importantes fatores de risco são produtos da nossa época e expressam tanto as condições de trabalho e vida quanto de uma sociabilidade discriminatória e violenta, portanto a morte autoprovocada é uma morte evitável, tal qual os acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal.

Importante evidenciar que, os fatores de risco causados por distúrbios suicidas e mentais, orgânicos, genéticos são agravados ou não dependendo das condições de vida em que o sujeito se encontra socialmente, ou seja, dos fatores de exposição e fatores de proteção,

que se configuram em situações de estresse, desamparo, apoio de familiares e amigos, violência, condições de tratamento adequado, entre outros.

Marx (2006), ao analisar e comentar o livro *Mémoires tirés des archives de la police de Paris*, escrito pelo francês Jacques Peuchet (1758-1839) – publicou o artigo “Peuchet: sobre o suicídio”, na versão brasileira “Sobre o suicídio”. Nesse artigo Marx/Peuchet³, consideram que o suicídio não é mais que um entre os milhares de sintomas de uma sociedade de total estranhamento entre os seres humanos, sociedade em que as “verdadeiras” relações humanas ainda precisam ser criadas e que somente com uma mudança total da ordem social, o combate ao suicídio em sua totalidade, poderá ser efetivado.

Citando Rosseau, os autores questionam: *“que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; e que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? [...] é uma selva, habitada por feras selvagens”* (MARX, 2006, p. 28).

Seres humanos constroem sociedades plenas de elementos que degradam a vida nos mais diferentes aspectos, tornando uma retórica vazia qualquer tentativa de apresentar apenas com clamor (ou campanhas vazias de resolutividade) a manutenção da vida àqueles que sucumbem no sofrimento, aqueles que *“são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira”* (MARX, 2006, p. 26-27).

Assiste-se ao movimento da agudização da barbárie, um caminho em que algumas vidas importam, outras nada valem. Fomenta-se a banalização da vida e a crença de que a intervenção do Estado por meio de políticas públicas seria um assunto superado. Como diria Marx (2011a), onde impera o modo de produção capitalista, o resultado que aparece se resume a uma grande coleção de mercadorias. Assim, pessoas são coisificadas, objetificadas, oprimidas e excluídas, e todos os olhares se voltam ao deus mercado (CAVALCANTE, BELLINI, 2023, p.83).

3 Adotamos Marx/Peuchet para referirmo-nos ao livro, uma vez que Marx realiza notas e comentários sobre a totalidade do livro escrito por Peuchet, muitas vezes acrescentando ou modificando parágrafos, frases e expressões no próprio texto

Ao constatar a injustiça, a miséria, a pobreza e o profundo abismo social dessa sociedade,

[...] não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral (MARX, 2006, p, 26-27).

O BICHO ERA UM HOMEM: e esse “homem” era brasileiro

*Vi ontem um bicho. Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade. O bicho não era um cão,
Não era um gato, Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.
- M..Bandeira, 1947.*

Ainda que a fome não seja uma prerrogativa brasileira, essa cruel expressão da questão social se agiganta em um país marcado pela superexploração da força de trabalho, pelo racismo, pelo sexismo, pelo genocídio dos povos originários, e pela posição periférica desempenhada no sistema-mundo desde a colonização.

Considerado um grave problema de saúde pública, o suicídio e seu enfretamento se tornaram pauta em agendas políticas e fomentou a criação de políticas sociais como a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio legitimada na Lei n. 13.819/2019 que visa valorizar a vida e combater o suicídio (AGUIAR, BELLINI, 2021).

A criação da Lei é um movimento profícuo do governo e busca responder ao clamor dos profissionais da saúde e da população, porém depende para sua efetividade de uma Rede de Atenção Psicossocial que promova o atendimento nos diferentes níveis da atenção à saúde – da atenção básica à alta complexidade, como também de uma articulação intersetorial envolvendo os sistemas de notificação como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e os sistema de informação como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (AGUIAR, BELLINI, 2021) e obviamente a articulação intersetorial entre as diferentes políticas públicas como a Política de Assistência Social e a Política

de Educação. Essas políticas ao garantirem direitos sociais, se antagonizam com a lógica neoliberal e, portanto, sofrem as repercussões das medidas de austeridade fiscal. No Brasil o destaque é para Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016⁴.

O modo de produção capitalista ao explorar a força de trabalho, promover processos de exclusão justificados pelas diferenças de raça/etnia, religião, gênero, orientação sexual, cultura, nível educacional, estimula condições que criam o estofa para o adoecimento e a ocorrência de suicídios ao mesmo tempo que sucateia políticas sociais protetivas e preventivas, ou seja, abre as comportas para sentimentos de desamparo, desesperança e derrota. Não são fatos isolados em si e entre si e nem podem ser personificados, localizados como um problema individual, pois identificam-se fatores de uma sociedade doente e adoecedora que desencadeia prejuízos e impactos nocivos na vida material e subjetiva.

Direcionar a lente de análise e a compreensão da relação entre processos de sofrimento e morte tendo como pano de fundo a realidade de um país, o próprio país e a vida concreta são exercícios complexos e sofridos.

Para a manutenção dessas marcas, foi necessária a conservação de características que garantem a perpetuação e o enriquecimento das classes dominantes no Brasil, mediante a resignação e a miséria da imensa maioria do povo brasileiro, sendo essencialmente: o desenvolvimento conservador, a democracia restrita, a dependência externa e a desigualdade social. Essas características se agravaram com o estabelecimento do neoliberalismo em nosso país. Discursos de ódio clamando pelo militarismo e pela manutenção de privilégios pautaram a violência contra as minorias (CAVALCANTE, BELLINI, 2023)

As faces da violência são descortinadas, mas pouco se fala sobre o adoecimento psíquico que assola milhões, os quais, em sua maioria, não têm acesso a uma rede de serviços de atendimento psicossocial

4 Emenda Constitucional nº 95 (planalto.gov.br) As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional: Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114: "Art.106. Fica instituído o **Novo Regime Fiscal** no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por **vinte exercícios financeiros**, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." Art.107. **Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias.**

condizente com o que é preconizado nas políticas públicas (CAVALCANTE, BELLINI, 2023, p.91).

O Brasil viveu um período de 21 anos que deixaram profundas cicatrizes pois aprofundaram as características conservadoras da formação brasileira herdadas nos mais de 300 anos de escravidão, da cultura do coronelismo e do clientelismo e do fortalecimento de instituições tradicionais como família (no modelo heteropatriarcal⁵), religião (preferencialmente católica e nas últimas décadas abrindo espaço importante para as evangélicas fundamentalistas⁶) e a escola (atualmente trazendo o risco de ser uma “escola sem-partido”⁷).

Os 21 anos citados acima foram os anos da ditadura instituída a partir do golpe midiático, civil e militar⁸ em 1964, e que além das violações, perseguições, inúmeras mortes e torturas resultou no aumento da dívida externa com submissão geopolítica (dependência externa), na queda do salário mínimo real e inflação gerando empobrecimento de grande parte da população e concentração de renda e propriedade de pequena parte da população (desigualdade), no êxodo rural e aumento dos bolsões de pobreza na periferia das grandes cidades.

A democracia restrita como arma política expressa na repressão, perseguição, censura, torturas e assassinatos marcou no final dos anos 1970 a transição para o fim da ditadura militar brasileira. O fim da ditadura militar pavimentou o processo de transição para o neoliberalismo a partir da dilapidação do Estado. Na primeira

5 Sistema sociopolítico calcado na supremacia da heterossexualidade masculina cis-gênero sobre as demais formas de identidade de gênero e sobre as outras orientações sexuais e reforça a discriminação das mulheres e das pessoas LGBT.

6 Segundo Jornal da Universidade de São Paulo (USP) de 6/6/23, igrejas evangélicas apresentaram crescimento vertiginoso no Brasil nas últimas décadas – #Jornal da USP pesquisa realizada pelo Centro de Estudos da Metrópole (CEM) da USP apontou que as igrejas evangélicas abriram cerca de 17 novos templos em média, diariamente, no Brasil em 2019. O cientista político da Universidade de Zurique e pesquisador associado ao CEM Victor Araújo refere que o avanço dessas instituições apresenta origens diversas no Brasil onde as igrejas são como empresas inclusive com algumas delas apresentando Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).

7 O Programa Escola sem Partido é um movimento político articulado por políticos de extrema-direita, que defendem a ideologia ultraliberal e o fundamentalismo religioso dos evangélicos neopentecostais e da Renovação Carismática Católica propondo uma agenda conservadora para a educação brasileira.

8 Para informações, sugere-se leitura do livro *1964 – Golpe midiático-civil-militar* de Juremir Machado da Silva, publicado pela Editora Sulina.

eleição presidencial através do voto popular, a população brasileira elegeu Fernando Collor de Mello, um presidente com um programa político abertamente neoliberal que reduziu os gastos sociais direcionando a riqueza socialmente produzida para o mercado, ampliou a abertura econômica aos países centrais, promoveu a desindustrialização, privatizou estatais, sedimentou a terceirização e aprofundou a precarização das relações de trabalho.

Para garantir sua hegemonia o capitalismo neoliberal condicionou/condiciona a classe trabalhadora a incorporar sua própria lógica. Essas constatações históricas reforçam que “*as ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante*” (MARX; ENGELS, 2007, p.47). Propaga-se para a grande massa de trabalhadores impossibilitados de trabalhar, devido à expansão do desemprego (tido como necessário e natural para os neoliberais), a ideia de que as flexibilizações das relações de trabalho poderão garantir uma vida melhor a todos – ao empresário que poderá empreender livre dos empecilhos do Estado e ao trabalhador, que voltaria a ter emprego. Esta movimentação atua para criar e consolidar uma mentalidade neoliberal que acentua o individualismo, a concorrência e a meritocracia. Esta perspectiva deposita no indivíduo a responsabilidade total pelo sucesso e pela felicidade que se materializaria no consumo, no acesso a bens, no empoderamento (DARDOT; LAVAL, 2016; ANTUNES, 2018).

Neste sentido, Dardot e Laval apontam que:

[...] quando a empresa se torna uma forma de vida [...], a multiplicidade de escolhas que se devem fazer dia a dia, o encorajamento a assumir riscos continuamente, a incitação permanente à capacitação pessoal pode causar com o tempo um ‘cansaço de si mesmo’ (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 367).

Ricardo Antunes, observando outro aspecto desta radicalização neoliberal, aponta para o fato de o suicídio nos locais de trabalho ter se tornado uma realidade cada vez mais presente, tendo relação direta com “*deterioração das condições de trabalho sob a vigência da gestão flexível*” (ANTUNES, 2018, p. 144). Em outras palavras, o neoliberalismo tende a acentuar o número de suicídios por duas vias: a precarização das condições de trabalho e de não-trabalho,

piorando as condições materiais de vida da classe trabalhadora, e pela imposição de uma visão de mundo que deposita no sujeito, no indivíduo, todas as responsabilidades pelo sucesso ou insucesso em sua vida – quando sabemos que as políticas neoliberais são voltadas justamente para gerar a miséria de muitos e a “felicidade” de poucos.

REFLEXÕES FINAIS. MARCAS DE NASCENÇA: não são destino, mas definem valores, posições, políticas

O suicídio, é intrínseco à sociedade capitalista! É uma marca que está no DNA do neoliberalismo! Ao fazer essa afirmação considera-se que a sociedade capitalista além de gerar ao longo de sua história momentos de degradação da vida, foi/é incapaz de garantir a satisfação das necessidades humanas de todos – levando muitos à descrença de que seja possível suportar a vida, tal qual se apresenta.

Dado que o suicídio é um fenômeno crescente no Brasil, foi necessário mapear as estratégias de enfrentamento ao suicídio propostos pelo governo federal e pelos governos estaduais e elaborar uma síntese das proposições do conjunto de leis que regem especificamente sobre o tema, analisando as categorias *prevenção, atenção em saúde, posvenção e vigilância*.

Ainda que o Brasil disponha do maior sistema público de saúde do mundo, não é concedido ao Sistema Único de Saúde (SUS) o protagonismo no qual o sistema teria capacidade de exercer no enfrentamento ao suicídio, estando presente em poucas legislações estaduais e não aparecendo na Lei nº 13.819/2019 já citada no início do artigo.

Assim como também não é prevista a ampliação dos recursos necessários para garantir a atenção em saúde adequada à demanda por parte dos serviços públicos. As legislações em sua imensa maioria não preveem ações específicas às diferentes realidades deste país de dimensão continental, tampouco consideram a importância da mobilização da sociedade civil na formulação, execução e fiscalização de estratégias de enfrentamento ao suicídio. Poucas são poucas as leis que dão visibilidade às populações e/ou grupos vulneráveis que apresentam elevadas taxas de suicídio, tais como: populações refugiadas, migrantes, indígenas, LGBTQIA+ e pessoas privadas de liberdade; não abrangendo também ações para as juventudes que

estão fora das instituições de ensino. E, em sua imensa maioria, também não preveem ações que promovam a mínima intervenção nas condições de vida da população, visando promover saúde e qualidade de vida. Contudo, existe um entendimento correto sobre a necessidade de garantir que sejam realizadas as notificações compulsórias e da compreensão da educação permanente e da intersetorialidade, como fundamental para o enfrentamento do suicídio.

Há também, inúmeras propostas no que diz respeito às estratégias de prevenção, sendo as campanhas de conscientização no mês de setembro (Setembro Amarelo), as que mais se evidenciam, mas que, considerando a dimensão do fenômeno, tratam de forma superficial as reais circunstâncias que provocam o sofrimento mental e o suicídio.

Portanto, ainda que existam políticas sociais no Brasil que atuam diretamente no acolhimento e notificação desses casos, o suicídio segue sendo um fenômeno comum e impõe ao Estado Brasileiro e aos Organismos Internacionais que evoluam nas recomendações para a verdadeira prevenção do suicídio em nível global – melhoria imediata das condições materiais e subjetivas da população, pois *“não basta expor números que não atendem as demandas de saúde mental no país. É preciso resistir, como também potencializar a busca constante pelo direito a ter direitos, pelos enfrentamentos e possibilidades frente à ordem capitalista instaurada”* (CAVALCANTE, BELLINI, 2023, p. 91).

Finaliza-se esse artigo repetindo a indagação que dá conta do assombro que a temática comporta: *“que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; e que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? [...] é uma selva, habitada por feras selvagens”* (MARX, 2006, p. 28).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.J.P. O nó da nossa solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil. 2023.

AGUIAR, L. J. P.; BELLINI, M.I.B. Suicídio e questão social: uma equação possível? Uma reflexão a partir de Karl Marx: sobre o suicídio. In: Maria Isabel Barros Bellini; Hamida Assunção Pinheiro. (Org.).

Serviço Social e Saúde Pública em tempos sombrios: (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro. 1ed.Manaus/ São Paulo: EDUA/ Alexa Cultural, 2021, v. 1, p. 235-250.

ANTUNES, R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

CAVALCANTE, L. de L.; BELLINI, M.I.B .Saúde mental em tempos de ultraneoliberalismo. Argum., Vitória, v. 15, n. 3, p. 79-94, set./dez. 2023. ISSN 2176-9575

DARDOT, P; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2 ed. São Paulo. Cortez, 1999.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais (2009): 15-50.

MARX, K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K; ENGELS, F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde: Word health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001.

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. Metade de todas as mortes entre jovens nas Américas podem ser evitadas, constata novo relatório da OPAS. 2021, online. Acesso em: 17/02/2024. Disponível: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-3-2019-metade-todas-mortes-entre-jovens-nas-americas-podem-ser-evitadas-constata-novo>

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. 2021, online. Acesso em: 17/02/2024. Disponível: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>

CAPÍTULO 12

WHY IS LIFE MATTER SO THIN? **questions at a time when suicide presents itself as** **a response to human suffering**

Laurem Janine Pereira de Aguiar
Maria Isabel Barros Bellini

Existing: What is it intended for?
Cajuína – Caetano Veloso

INTRODUCTION

Suicide is not exclusive to our time, nor to the place we occupy in the world system, it is a phenomenon that historically and territorially crosses all human societies. To begin with this statement is necessary to highlight that suicide is not an “invention” or exclusive to our time. Even though the rates currently reflect a tragic reality regarding the increase in self-inflicted deaths, reports of suicide have been found across the globe since human beings found ways to express themselves.

The discussion proposed in this article is supported by the thesis “The knot of our loneliness: an analysis of suicide in Brazil”¹ which, without the intention of answering or explaining the reasons that lead people to take their own lives, deepened the rigorous view of research on a topic as dense as it is worrying. This article provides continuity, a comprehensive and ethical approach to the subjective and material conditions of life that can lead to a self-inflicted death in a specific reality, in this case the Brazilian reality, inserted in the capitalist order.

The title of the article “Why is life matter so thin?” It was inspired by the song “Cajuína”² and is designed as a question rei-

¹Thesis authored by Laurem J. P. Aguiar under the guidance of Prof. Dr. Maria Isabel Barros Bellini, members of the Center for Studies and Research on Work, Health, and Intersectorality (NETSI) of the Postgraduate Program in Social Work at the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul defended in March/2023. The thesis received support from the Coordination of Superior Level Staff Improvement (CAPES).

²“ Existing: What is it intended for? Because when you gave me the little rose. I saw

terating that we remain perplexed by the phenomenon that inspired the thesis.

**SAME QUESTIONS, DIFFERENT HISTORICAL TIMES:
what society is this where one can be overcome by an implacable
desire to kill oneself, without anyone being able to predict it?**

Temporally, records of suicides are present long before the emergence of capitalism, however, the long existence of these records cannot be used to understand this act as “natural” or constitutive of the human being but must be used to understand how this phenomenon became “natural” for people who inhabit these societies. I.e.,

[...] what is against nature does not happen. On the contrary, it is in the nature of our society to generate many suicides, whereas the Tatars do not commit suicide. Therefore, societies do not all generate the same products; This is what we need to keep in mind to work on reforming our society and allowing it to rise to a higher level (MARX, 2006, p. 25).

In contemporary society, the data is alarming and it is estimated by the World Health Organization (WHO) that more than 700,000 people die each year due to suicide. In every 100 deaths recorded, one is the result of suicide. It is shocking to note that this is the fourth most common cause of death among very young people (15 to 29 years old), surpassing deaths from traffic accidents, tuberculosis and interpersonal violence (OPAS, 2010). The historicity of this phenomenon does not allow it to be understood only as an expression of the contemporary *social issue*, which is understood as the set of expressions of inequality promoted by mature capitalism, which has a common root in an increasingly collective social production, with a largely social, while the appropriation of its fruits is increasingly monopolized by a part of society (IAMAMOTO, 1999).

Thus, the social question is more than the expressions of misery and poverty, it “*condenses the trivialization of the human, which attests to the radicality of alienation and the invisibility of social*

that you are a beautiful man and that fate will be yours. We are not enlightened about the unhappy boy”. Music written by Caetano Veloso in posthumous tribute to the Piauí poet Torquato Neto who took his own life.

work – and the subjects who carry it out – in the era of capital fetish” (IAMAMOTO, 2009, p. 125).

The dramaticity and diversity of data regarding self-inflicted deaths make coping suicide even more challenging, as on the one hand they indicate a worldwide decrease of 36% between the years 2000 and 2019 in suicide rates, on the other hand, in the same period in the Americas the rates increased by 17% (OPAS, 2021).

Among the risk factors, the World Health Organization (WHO) considers that “*several suicides occur impulsively in times of crisis, with a collapse in the ability to deal with life’s stresses – such as financial problems, relationship endings or chronic pain and illness*” (WHO, 2018, *online*) which weakens prevention actions.

Another relationship established with suicidal behavior highlights the experiences in coping with

conflict, disaster, violence, abuse or loss and a sense of isolation are strongly associated. Suicide rates are also high among vulnerable groups who experience discrimination, such as refugees and migrants; indigenous people; lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI); and people deprived of liberty (OPAS, 2021, *online*).

Suicide, therefore, is a multifactorial phenomenon in which important risk factors are products of our time and express as much as working and living conditions as a discriminatory and violent sociability, therefore self-inflicted death is an avoidable death, just as traffic accidents, tuberculosis and interpersonal violence.

It is important to highlight that the risk factors caused by suicidal and mental, organic, genetic disorders are aggravated or not depending on the living conditions in which the subject finds himself socially, that is, the exposure factors and protective factors, which are configured in situations of stress, helplessness, support from family and friends, violence, adequate treatment conditions, among others.

Marx (2006), when analyzing and commenting on the book *Mémoires tire des archives of it police de Paris*, written by the Frenchman Jacques Peuchet (1758-1839) – published the article “Peuchet: on suicide”, in the Brazilian version “On Suicide”. In this arti-

cle Marx/ Peuchet³ consider that suicide is no more than one among the thousands of symptoms of a society of total estrangement between human beings, a society in which “true” human relationships still need to be created and that only with a total change of the social order, the fight against suicide in its entirety can be carried out.

Quoting Rosseau, the authors ask: *“what kind of society is this, in which the deepest loneliness is found within so many millions; and that one can be seized by an implacable desire to kill oneself, without anyone being able to predict it? [...] it is a jungle, inhabited by wild beasts”* (MARX, 2006, p. 28).

Human beings build societies full of elements that degrade life in the most different aspects, making empty rhetoric any attempt to present only with clamor (or empty campaigns of resolution) the maintenance of life to those who succumb to suffering, those who *“are abandoned in misery, and the social outcasts, who are struck with brutal and preventive contempt, perhaps to spare themselves the hassle of having to rip them out of their filth”* (MARX, 2006, p, 26-27).

We are witnessing the movement towards worsening barbarism, a path in which some lives matter, others are worthless. The trivialization of life and the belief that State intervention through public policies would be an outdated issue is encouraged. As Marx (2011a) would say, where the capitalist mode of production prevails, the result that appears is limited to a large collection of goods. Thus, people are reified, objectified, oppressed and excluded, and all eyes are turned to the market god. (CAVALCANTE, BELLINI, 2023, p.83)

Upon realizing the injustice, misery, poverty and the deep social abyss of this society,

[...] it is not understood by what right it could be demanded of the individual that he preserve in himself an existence that is trampled on by our most common habits, our prejudices, our laws and our customs in general (MARX, 2006, p, 26-27).

³We adopt Marx/ Peuchet to refer to the book, since Marx makes notes and comments on the entire book written by Peuchet, often adding or modifying paragraphs, sentences and expressions in the text itself.

THE ANIMAL WAS A MAN: and this “man” was Brazilian

Yesterday I saw an animal
On a filthy hallway
Searching for food between the garbage
When finding anything
It did not inspect or smelled
Just swallowed with voracity
The animal was not a dog
Or a cat
Or a rat
The animal, oh my Lord, was a man!
. - M..Bandeira , 1947.

Even though hunger is not a Brazilian prerogative, this cruel expression of the social issue looms large in a country marked by the overexploitation of the workforce, racism, sexism, the genocide of original peoples, and the peripheral position played in the world system. since colonization.

Considered a serious public health problem, suicide and how to deal with it became an issue on political agendas and encouraged the creation of social policies such as the National Policy for the Prevention of Self-Mutilation and Suicide, legitimized in Law number 13,819/2019, which aims to value life and combat suicide (AGUIAR, BELLINI, 2021).

The creation of the Law is a fruitful move by the government and seeks to respond to the clamor of health professionals and the population, but for its effectiveness it depends on a Psychosocial Care Network that promotes care at different levels of health care - from basic care to high complexity, as well as intrasectoral articulation involving notification systems such as the Information Technology Department of the Unified Health System (Datusus) and information systems such as the Notifiable Diseases Information System (Sinan) (AGUIAR, BELLINI, 2021) and obviously the intersectoral articulation between different public policies such as the Social Assistance Policy and the Education Policy. These policies, when guaranteeing social rights, antagonize neoliberal logic and, therefore, suffer the repercussions of fiscal austerity measures. In Brazil, the highlight is Constitutional Amendment n. 95, of December 15, 2016 ⁴.

⁴Constitutional Amendment n° 95 (planalto.gov.br) The Boards of the Chamber of Deputies and the Federal Senate, in accordance with § 3 of art. 60 of the Federal Constitu-

The capitalist mode of production, by exploiting the workforce, promoting processes of exclusion justified by differences in race/ethnicity, religion, gender, sexual orientation, culture, educational level, stimulates conditions that create the basis for illness and the occurrence of suicides. while it scraps protective and preventive social policies, that is, it opens the floodgates to feelings of helplessness, hopelessness and defeat. They are not isolated facts in themselves and among themselves and cannot be personified, located as an individual problem as they identify factors of a sick and ill society that triggers losses and harmful impacts on material and subjective life.

Directing the lens of analysis and understanding the relationship between processes of suffering and death against the backdrop of the reality of a country, the country itself and concrete life are complex and painful exercises.

To maintain these brands, it was necessary to preserve characteristics that guarantee the perpetuation and enrichment of the dominant classes in Brazil, through the resignation and misery of the immense majority of the Brazilian people, essentially being conservative development, restricted democracy, external dependence and social inequality. These characteristics worsened with the establishment of neoliberalism in our country. Hate speeches calling for militarism and the maintenance of privileges guided violence against minorities (CAVALCANTE, BELLINI, 2023)

The faces of violence are revealed, but little is said about the psychological illness that plagues millions, most of whom do not have access to a network of psychosocial care services consistent with what is recommended in public policies (CAVALCANTE, BELLINI , 2023, p.91).

Brazil lived through a period of 21 years that left deep scars as they deepened the conservative characteristics of Brazilian formation inherited from more than 300 years of slavery, the culture

tion, promulgate the following Amendment to the constitutional text: Art. 1 The Transitional Constitutional Provisions Act comes into force with the addition of the following arts . 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 and 114:” Art.106 . The **New Fiscal Regime** is hereby established within the scope of the Union’s Fiscal and Social Security Budgets, which will be in force for **twenty financial years** , under the terms of articles 107 to 114 of this Transitional Constitutional Provisions Act.” Art.107 . **Individual limits for primary expenses are established for each year.**

of corolenism and clientelism and the strengthening of traditional institutions such as family (in the heteropatriarchal model⁵), religion (preferably Catholic and in recent decades opening up important space for fundamentalist evangelicals ⁶) and school (currently carrying the risk of being a “non-partisan” school⁷).

The 21 years mentioned above were the years of the dictatorship established after the media, civil and military coup⁸ in 1964, and which, in addition to rapes, persecutions, countless deaths and torture, resulted in an increase of the external debt with geopolitical submission (external dependence), in fall in the real minimum wage and inflation generating impoverishment of a large part of the population and concentration of income and property of a small part of the population (inequality), in the rural exodus and increase in pockets of poverty on the outskirts of large cities.

Restricted democracy as a political weapon expressed in repression, persecution, censorship, torture and murder marked a transition in the late 1970s towards the end of the Brazilian military dictatorship. The end of the military dictatorship paved the way for the transition to neoliberalism based on the dilapidation of the State. In the first presidential election through popular vote, the Brazilian population elected Fernando Collor de Mello, a president with an openly neoliberal political program that harmed social spending by directing socially produced wealth to the market, expanded economic opening to central countries, promoted socially produced wealth for the market, expanded economic opening to central countries,

5Sociopolitical system based on the supremacy of cisgender male heterosexuality over other forms of gender identity and other sexual orientations and reinforces discrimination against women and LGBT people.

6 According to the Journal of the University of São Paulo (USP) of 6/6/23, evangelical churches have shown dizzying growth in Brazil in recent decades – #Jornal da USP research carried out by USP’s Center for Metropolis Studies (CEM) showed that evangelical churches opened around 17 new temples on average, daily, in Brazil in 2019. Political scientist from the University of Zurich and researcher associated with CEM Victor Araújo states that the advancement of these institutions has diverse origins in Brazil where churches are like business, with some of them having a National Register of Legal Entities (CNPJ).

7 The “Escola sem Partido” Program is a political movement articulated by far-right politicians, who defend the ultraliberal ideology and religious fundamentalism of neo-Pentecostal evangelicals and the Catholic Charismatic Renewal, proposing a conservative agenda for Brazilian education .

8 For information, we suggest reading the book *1964 – Media-civil-military coup* by Juremir Machado da Silva, published by Editora Sulina.

promoted socially produced wealth for the market, deindustrialization, privatized state-owned companies, consolidated outsourcing and deepened the precariousness of labor relations.

To guarantee its hegemony, neoliberal capitalism conditioned/conditions the working class to incorporate its own logic. These historical findings reinforce that “*the ideas of the ruling class are, in each era, the dominant ideas, that is, the class that is the dominant material force of society is, at the same time, it’s dominant spiritual force*” (MARX; ENGELS, 2007, p.47). The idea is spread to the large mass of workers unable to work, due to the expansion of unemployment (considered necessary and natural by neoliberals), that the flexibilization of labor relations can guarantee a better life for everyone - for the businessman who will be able to undertake free from the obstacles of the State and the worker, who would have a job again. This movement works to create and consolidate a neoliberal mentality that emphasizes individualism, competition and meritocracy. This perspective places full responsibility on the individual for the success and happiness that would materialize in consumption, access to goods, and empowerment (DARDOT; LAVAL, 2016; ANTUNES, 2018).

In this sense, Dardot and Laval point out that:

[...] when the company becomes a way of life [...], the multiplicity of choices that must be made day to day, the encouragement to continually take risks, the permanent incitement to personal training can cause over time a ‘tiredness of oneself’ (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 367).

Ricardo Antunes, observing another aspect of this neoliberal radicalization, points to the fact that suicide in the workplace has become an increasingly present reality, having a direct relationship with “*the deterioration of working conditions under flexible management*” (ANTUNES, 2018, p. 144). In other words, neoliberalism tends to increase the number of suicides in two ways: the precariousness of working and non-working conditions, worsening the material living conditions of the working class, and through the imposition of a worldview that deposits in the subject, to the individual, of all responsibilities for the success or failure in their life – when we know that neoliberal policies are aimed precisely at generating misery for many and “happiness” for a few.

FINAL REFLECTIONS. BIRTHMARKS: they are not destiny, but they define values, positions, policies

Suicide is intrinsic to capitalist society! It is a brand that is in the DNA of neoliberalism! In making this statement, it is considered that capitalist society, in addition to generating moments of degradation of life throughout its history, was/is incapable of guaranteeing the satisfaction of everyone's human needs - leading many to disbelieve that it is possible to support life, as it appears.

Given that suicide is a growing phenomenon in Brazil, it was necessary to map the strategies to combat suicide proposed by the federal government and state governments and prepare a synthesis of the propositions of the set of laws that specifically govern the topic, analyzing the categories *prevention, care in health, postvention and surveillance*.

Even though Brazil has the largest public health system in the world, the Unified Health System (SUS) is not given the leading role in which the system would have the capacity to play in combating suicide, being present in few state legislations and not appearing in the Law No. 13,819/2019 already mentioned at the beginning of the article.

Likewise, there is no provision for expanding the resources necessary to guarantee health care adequate to the demand from public services. Most of the legislation does not provide for specific actions to the different realities of this continental country, nor does it consider the importance of mobilizing civil society in the formulation, execution and monitoring of strategies to combat suicide. There are few laws that give visibility to vulnerable populations and/or groups that have high suicide rates, such as: refugee populations, migrants, indigenous people, LGBTQIA+ and people deprived of their liberty; also, not covering actions for young people outside educational institutions. And, for the most part, they also do not provide for actions that promote minimal intervention in the living conditions of the population, aiming to promote health and quality of life. However, there is a correct understanding about the necessity to ensure that compulsory notifications are carried out and the understanding of continuing education and intersectorality, as fundamental to combating suicide.

There are also numerous proposals regarding prevention strategies, with awareness campaigns in the month of September (Yellow September) being the most evident, but which, considering the dimension of the phenomenon, superficially treat the real circumstances that cause mental suffering and suicide.

Therefore, even though there are social policies in Brazil that act directly in the reception and notification of these cases, suicide continues to be a common phenomenon and requires the Brazilian State and International Organizations to evolve in recommendations for the true prevention of suicide at a global level – immediate improvement in the material and subjective conditions of the population, as *“it is not enough to expose numbers that do not meet the demands of mental health in the country. It is necessary to resist, as well as enhance the constant search for the right to have rights, for confrontations and possibilities in the face of the established capitalist order”* (CAVALCANTE, BELLINI, 2023, p.91).

This article ends by repeating the question that explains the amazement that the theme entails: *“what type of society is this, in which the deepest loneliness is found within so many millions; and that one can be seized by an implacable desire to kill oneself, without anyone being able to predict it? [...] it is a jungle, inhabited by wild beasts”* (MARX, 2006, p. 28).

REFERENCES

AGUIAR, L.J.P. O nó da nossa solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil. 2023.

AGUIAR, L. J. P.; BELLINI, M.I.B. Suicídio e questão social: uma equação possível? Uma reflexão a partir de Karl Marx: sobre o suicídio. In: Maria Isabel Barros Bellini; Hamida Assunção Pinheiro. (Org.). Serviço Social e Saúde Pública em tempos sombrios: (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro. 1ed.Manaus/ São Paulo: EDUA/ Alexa Cultural, 2021, v. 1, p. 235-250.

ANTUNES, R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

CAVALCANTE, L. de L.; BELLINI, M.I.B. Saúde mental em tempos de ultraneoliberalismo. Argum., Vitória, v. 15, n. 3, p. 79-94, set./dez.

2023. ISSN 2176-9575

DARDOT, P; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2 ed. São Paulo. Cortez, 1999.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais (2009): 15-50.

MARX, K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K; ENGELS, F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde: Word health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001.

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. Metade de todas as mortes entre jovens nas Américas podem ser evitadas, constata novo relatório da OPAS. 2021, online. Acesso em: 17/02/2024. Disponível: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-3-2019-metade-todas-mortes-entre-jovens-nas-americas-podem-ser-evitadas-constata-novo>

OPAS - Organização Pan-Americana Da Saúde. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. 2021, online. Acesso em: 17/02/2024. Disponível: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>

CAPÍTULO 13

SILENCIAMENTO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: repercussões no uso de álcool e outras drogas

Bárbara Domingues Nunes

Maria Isabel Barros Bellini

INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto de pesquisa no mestrado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) teve como lócus da pesquisa o município de São Lourenço do Sul, pioneiro na criação, em 1988, do Centro de Reabilitação “Nossa Casa”. Hoje denominado “CAPS I – Nossa Casa”, sendo o segundo nesta modalidade no Brasil. A partir de 2005, os serviços de saúde foram expandidos, sendo que atualmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contempla quase todos os serviços de atenção previstos (VASQUES, 2018). A referência para discussão deste artigo é o capítulo da dissertação sobre a violência institucional, que se manifesta via medicalização e os diferentes tipos de violências vivenciadas nos atendimentos e/ou omissões institucionais. São utilizados depoimentos dos participantes, sendo que os profissionais foram identificados mediante concordância, e aos familiares e usuários foi garantido o anonimato. As demais fontes são oriundas de pesquisa documental, revisão e pesquisa bibliográfica.

A discussão sobre álcool e outras drogas situa-se no campo da saúde mental, tendo em vista a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS) responsável por esta demanda nos municípios. Isto não quer dizer que esta pauta também não seja atendida pelas políticas intersetoriais, contudo, possui a saúde mental enquanto referência para os devidos atendimentos no cuidado em liberdade considerando os preceitos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento que ganhou força com a adoção da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. Este movimento se estruturou através das críticas às práticas

de isolamento e exclusão que acarretaram denúncias de maus-tratos aos pacientes institucionalizados por longos períodos e de forma involuntária em diferentes unidades manicomiais no país (BRITO, 2017).

O marco da luta antimanicomial são os dois eventos realizados em 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), realizado em Bauru-SP. No Congresso é elaborado o Manifesto de Bauru, instrumento que instituiu o movimento antimanicomial e foi o símbolo da pactuação entre os profissionais e sociedade na luta contra as formas de tratamento da loucura de forma violenta e excludente (AMARANTE, 1995). O referido congresso foi um divisor de águas na transformação do MTSM em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, e no enfrentamento contra as formas de exclusão e discriminação.

A pesquisa além de ser um importante instrumento de investigação, retoma alguns assuntos até então silenciados¹, mas que precisam ocupar os espaços de discussão e problematização sobre as práticas institucionais atreladas ao uso de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. Ações estas que remontam a violência e/ou tolerância institucional que tem nas mulheres negras as principais vítimas dos seus impactos.

AS EXCEÇÕES DO CUIDADO: o silenciar da violência institucional no atendimento as demandas de álcool e outras drogas

Neste item serão aprofundadas as discussões sobre violência materializada nas internações e medicalização dos usuários. Uma violência institucional sob novas roupagens, que se perpetua de maneira silenciosa nos serviços de saúde mental, embora eles sejam percussores no cuidado em liberdade e tenham isto como prioridade nas suas práticas. Os impactos da violência ora mencionada não interferem diretamente os profissionais, mas uma vez reproduzidas por estes enquanto agentes institucionais, interfere nos sujeitos que precisam de atendimento ou deveriam ser prioridade de cuidado nos serviços de saúde mental.

¹ O levantamento realizado no portal CAPES a partir dos descritores saúde mental e violência institucional, resultou em três resultados (NUNES, 2023).

Portanto, nesta primeira aproximação é fundamental compreender a origem e o significado da violência, dialogando com Minayo (2005), para quem

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de **aniquilamento do outro** ou de seus bens. **Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas.** (MINAYO, 2005, p. 13, grifo nosso)

A violência institucional não se apresenta de imediato nas análises das práticas e ações institucionais, mas é possível identificar suas características nas demandas de trabalho que são toleradas e/ou condenadas. E nas situações que ocasionam sofrimento aos usuários ou negligenciam atendimento, deixando de prestar ou não executando de forma que respeite o cuidado em liberdade. Esta discussão precisa de uma análise crítica, pois Minayo (2005) salienta, que a violência é constantemente modificada juntamente com a sociedade e seu conjunto de valores, circunstâncias e jogos de interesses. Sendo “novas formas para velhos conteúdos” (MOTA, 2000, p. 54). Os trabalhadores embora não sofram diretamente os impactos da violência institucional sob a perspectiva do álcool e outras drogas, também sofrem violência com condições de trabalho precarizadas, assédio moral, acúmulo de funções e pressão excessiva por produtividade.

Com suas características multifacetadas, a violência institucional pode também se expressar através do sofrimento psíquico “[...] barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à gênese e consequências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação” (DELGADO, 2012, p. 188). Práticas que de forma silenciosa mortificam os usuários, através da violência institucional, que ocorre passiva e/ou

ativamente. Ações institucionais que por ação ou omissão acabam por perpetuar a violência institucional,

[...] a violência por omissão e a violência por comissão, sendo a primeira conceituada como: a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como a debilidade institucional observada através da desnormalização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo, da omissão, da inexistência de um serviço público de saúde. Já a violência por comissão, compreende a violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos **procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária.** (DINIZ *et al.*, 2004, p. 354-355, grifo nosso).

Outro termo relacionado a violência institucional é conceituado de “tolerância institucional”². Esta definição corresponde a “[...] tolerar a violência [...] falhando em garantir o acesso a direitos e atuando na manutenção de padrões discriminatórios hegemônicos que mantêm intactas as estruturas desiguais de nossa sociedade e de nosso Estado” (CFEMEA, 2014, p.11). Violência institucional e/ou tolerância institucional direcionam para o mesmo caminho: a violência dos direitos dos usuários da saúde mental, e quando se menciona usuários isto corresponde aos homens e mulheres em suas diversidades, no uso de Substâncias Psicoativas (SPA).

Na sequência são analisados dois projetos do município de São Lourenço do Sul que têm consonância com a violência institucional, uma vez que são relacionados à internação para usuários de substâncias psicoativas, conforme o Quadro 1:

2 “[...] definido como o conjunto de valores, imaginários, comportamentos, atitudes e práticas racistas e sexistas reproduzidas nas instituições do Estado a partir da atuação de seus servidor@s, favorecendo e perpetuando a violência contra as mulheres, incluindo a omissão dos deveres estatais de restituição de direitos, proteção, prevenção e erradicação e a perpetração direta de atos de violência por parte dos atores institucionais” (CFEMEA, 2014, p.11).

**Quadro 1- Projetos São Lourenço do Sul:
Recuperando “O Futuro” e “Mãe me Quer”.**

Nome projeto	Objetivo	Desafios Apresentados
“Projeto Recuperando o Futuro” 2011 Proponente: Hospital Walter Thofern	O objetivo do projeto analisado era “ampliar a rede pública de atendimento à crianças e adolescentes usuários e dependentes de crack e outras drogas, montando uma estrutura física de atendimento ambulatorial e ala de internação de curta permanência”. Na justificativa, é mencionado que, devido ao grande número de crianças e adolescentes usuários de crack em São Lourenço do Sul e região, e a dificuldade de adesão ao tratamento no CAPS, se faz necessário criar uma unidade de desintoxicação. A justificativa ainda expõe que, para administrar a compulsão, é necessário maior período de internação e um lugar fechado e protegido que não tenha acesso à droga, onde o usuário possa se desintoxicar e conversar com a equipe multidisciplinar para, então, ser encaminhado ao CAPS SACI. O tempo de internação sugerido é 28 dias. Além do acompanhamento com a equipe multidisciplinar, é sugerida a participação nas tarefas estipuladas no PTS, além de serem trabalhadas questões de disciplina e espiritualidade.	Não adesão do usuário ao tratamento no CAPS é identificada como justificativa para desintoxicação. Além disto, relaciona o uso de drogas ao fácil acesso, a lares destruídos, relações fragilizadas, evasão escolar, comorbidades psiquiátricas e à convivência do grupo, pois crianças em bairros menos favorecidos e em situações de grande vulnerabilidade social acabam sendo aviõezinhos onde a única opção seriam as drogas. O projeto apresenta caminho inverso, ou seja, justifica que, para administrar a compulsão, é necessário um lugar fechado e protegido sem acesso à droga e onde o usuário possa desintoxicar e, posteriormente, avaliar com a equipe multidisciplinar o encaminhamento ao CAPS SACI. Propõe trabalhar questões de disciplina e espiritualidade e demonstra a forte conexão entre público e privado na defesa dos interesses privados, pois o documento ainda diz que a partir de 2010, graças à iniciativa de algumas empresas como a John Deere e da própria prefeitura, o hospital passou por grandes reformas e com certeza voltará a ser um dos melhores da região. Se for contemplado com o projeto, voltará a ser referência.

“Projeto Mãe me Quer” 2017 Proponente: Associação Beneficente São João da Reserva	O objetivo do projeto é criar espaço em hospital geral com ligação aos demais dispositivos da RAPS municipal, regional e estadual, que permita voluntariamente e por tempo necessário, inclusive até o momento do parto, que gestantes dependentes de álcool e/ou outras drogas que não consigam se manter abstinentes no período gestacional tenham a oportunidade para tal e ao mesmo tempo recebam cuidados no campo materno infantil.	No final de 2016 foi iniciada a construção e reforma da nova ala via iniciativa da “nova gestão municipal” e da instituição com recursos oriundos do FUNDICA/COMDICA. Em outro momento é destacado que os leitos destinados ao projeto anterior “Recuperando para o Futuro” foram destinados à Santa Casa para a ala Psiquiátrica, pois o projeto do São João da Reserva não teria financiamento do Ministério da Saúde. Observamos que, embora o documento descreva que foi desenvolvido projeto que atendesse o mesmo público, anteriormente eram adolescentes e agora são gestantes. Na sequência, é mencionado que o projeto atual “Mãe me Quer” foi apresentado pelo coordenador da saúde mental Flávio Resmini e pelo Centro de Saúde São João da Reserva ao COMDICA, cuja aprovação pelo conselho se deu através da resolução 001/2017. Resaltamos que o início das adequações em 2016 ocorreu sem aprovação do COMDICA, pois não foi mencionada na justificativa e demais informações do projeto a resolução aprovando a captação de recursos.
---	--	---

Fonte: Adaptado de Nunes (2023).

No “Projeto Mãe me Quer”, é mencionado que no final de 2016 foi iniciada a reforma e a edificação da nova ala, com recursos do Fundo Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (FUNDICA), o que demonstra a parceria entre instituição e gestão municipal. Na ocasião, os leitos do projeto foram redirecionados para a ala psiquiátrica do Hospital Santa Casa, visto que não haveria cofinanciamento disponível junto ao Ministério da Saúde para o

Hospital da Reserva. Por conseguinte, foi desenvolvido projeto que acolhesse o mesmo público de acordo com a origem e destino dos valores financiados.

O novo projeto ora sugerido pelo psiquiatra Flávio Resmini, coordenador saúde mental e Centro de Saúde São João da Reserva, foi submetido para apreciação do Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (COMDICA). “Mãe me Quer” foi aprovado pelo COMDICA através da resolução 001/2017. A justificativa do projeto é baseada no atendimento a grupos vulneráveis e o cuidado de forma prolongada até nascimento da criança, salientando que não necessariamente em unidade psiquiátrica, mas em um ambiente que promova abstinência e cuidados no aspecto gestacional e psicossocial. Na justificativa foram apresentadas informações sobre uma pesquisa estadunidense e uma pesquisa brasileira da Fiocruz com dados gerais do Brasil. Em relação ao objetivo geral do projeto, ele menciona a criação de um ambiente de excelência interligado aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito municipal, regional e estadual. O projeto foi firmado em 28 de agosto de 2017 pela então Secretária Municipal de Saúde Arita Bergmann, por Flávio Resmini e Carlos Emanuel Bolico, administrador da Associação Beneficente São João da Reserva.

A justificativa do projeto “Mãe me Quer” elaborada pela secretaria de saúde, é destacado de 25 mil reais mensais entre Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sendo a habilitação efetuada via Portaria nº 923 de 15 de maio de 2019. Conforme o documento da secretaria de saúde, o projeto pretende ser regional abrangendo os seguintes municípios: Herval, Turuçu, Amaral Ferrador, Jaguarão, Arroio do Padre, Cristal, Capão do Leão e Arroio Grande. A equipe mínima mencionada, dois profissionais de nível superior e quatro profissionais da medicina. Ressalta-se que a equipe descrita na justificativa diverge da exposta no projeto, pois ele pontua 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 médico ginecologista-obstetra, 1 enfermeiro responsável, 1 psicólogo, 1 médico psiquiatra, 1 clínico geral e 1 assistente social.

Pode ser observado a contribuição do COMDICA e da Secretaria Municipal de Saúde na preparação do projeto, o que aparenta certa troca de interesses. Pois, em um primeiro momento o Hospital Santa Casa foi atendido pelos recursos do projeto, pois o Hospital

São João da Reserva não receberia recursos oriundos do governo federal. Além disto, no projeto é justificado o “cuidado prolongado da gestante, não necessariamente em ala psiquiátrica, em ambiente de abstinência e cuidado gestacional”. Tal perspectiva analisada de outra forma nos remonta para “[...] uma internação de 9 meses sob a justificativa e adjetivação de cuidados, mas sem nenhum diagnóstico da demanda ora justificada” (NUNES, 2023, p. 108).

A insuficiência para não se dizer ausência de diagnósticos, e informações mais concisas sobre a realidade local são ilustradas via dados de uma pesquisa estadunidense e uma brasileira da Fiocruz, utilizadas na justificativa do projeto. Em relação ao objetivo geral do projeto, que intenciona a criação de um espaço interligado à RAPS, fica o questionamento se tal vinculação não deveria acontecer de forma preventiva, antes da internação via da redução de danos e cuidado no território. Além disto, destaca-se que a redução de danos nem mesmo é mencionada no projeto, o que corrobora com a afirmação sobre as exceções no cuidado no processo de violências toleradas e condenadas Minayo (2005).

A genitora de uma usuária do CAPS também participou da pesquisa sobre São Lourenço do Sul, e ao responder sobre os serviços permanecerem ou não iguais, desde a estruturação da Política de Saúde Mental. Se refere a sua filha: “[...] *ela vai qualquer coisa atacada ruim, eles tratam de internamento [...] ela é uma pessoa muito difícil de lidar [...] nunca ficou sem medicação [...] agora foi tremendo em 2019... 2020 ela vivia mais internada do que em casa*”. Ressalta-se que o depoimento da entrevistada é dos dias atuais, e a medicação é notoriamente central no “cuidado”.

Ainda na discussão sobre a centralização na medicação, a seguir são ilustrados dados da lucratividade da indústria farmacêutica, fornecidos pelo Conselho Federal de Farmácia. A matéria corresponde ao período de janeiro a julho (2019 e 2020) e demonstra o predomínio nas vendas dos medicamentos psiquiátricos durante a pandemia. Adoecimento que fortalece a lucratividade do capital, via indústria farmacêutica.

Quadro 2 - Medicamentos psiquiátricos durante a pandemia

Medicamentos	2019	2020	Aumento
Anticonvulsivantes, incluindo antiepilépticos	46.216.034	52.132.718	12,80%
Antidepressivos e estabilizadores de humor	56.373.846	64.178.042	13.84%

Fonte: Conselho Federal de Farmácia (2020).

Casara (2021) problematiza que o “neoliberalismo com verniz democrático [...] é a resposta para os problemas gerados pelos “velhos” neoliberalismos” (CASARA, 2021, p. 154). Dito isto, o Estado cria respostas aos problemas que são consequências das suas ações de negligência, violência, repressão e omissão. Ao mesmo tempo cria respostas insuficientes e superficiais que não são prioridades dos governos, governanças e políticas públicas desenhadas no processo de contrarreforma da Política de Saúde Mental vigente até o final da gestão do Governo Bolsonaro, mas que também não se limitam a ele. Portanto, a luta pelo cuidado em liberdade, pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e Redução de Danos deve ser constante, pois como bem afirma Flores (2009), os diretos são conquistas provisórias e “[...] os resultados provisórios de nossas lutas, pode ocorrer que muitos deles fiquem no limbo dos conceitos. Teoria e prática, ideias e políticas públicas devem caminhar de mãos dadas” (FLORES, 2009, p. 123).

REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DE GÊNERO: ANÁLISE DE SÃO LOURENÇO DO SUL E BRASIL

A Redução de Danos é conceituada como “[...] um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas” (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, 2010, n.p.). Portanto, ao invés de prevenir o uso de drogas, a redução trata da prevenção aos danos decorrentes do uso. Conforme Mayer e Siqueira redução de danos caracteriza-se enquanto,

[...] uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência

a priori, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjuntos de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida. (MAYER; SIQUEIRA *apud* ADAMY e SILVA 2010, p. 148)

A redução implica que a abstinência não deve ser pré-requisito para acolhimento, uma vez que deve considerar os Direitos Humanos, e a liberdade dos sujeitos nas suas formas de organização e manifestação. Para proporcionar amparo, cidadania e promoção de saúde, é necessário “[...] transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado” (PETUCO, MEDEIROS, 2010, n.p.). A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, define diretrizes que dialogam com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Igualmente, “[...] vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição” (GODOY, 2017, p. 147). Em relação a Redução de Danos no Rio Grande do Sul e Brasil sob a luz da Reforma Psiquiátrica,

Passaram-se 20 anos de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e quase 12 anos no Brasil e ainda estamos em um campo de extrema disputa. Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminham à margem do processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi pouco discutido no processo de criação e implantação desse outro modelo de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais. Talvez essa lacuna também seja a de nos apontar que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e, principalmente, incidir sobre o olhar da sociedade. (GODOY, 2017, p. 148-149)

Deve ser considerado que o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos não é suficiente, pois o leito de hospital geral pode corroborar com a exclusão e repressão, silenciando as práticas institu-

cionais violentas. Observa-se isto na fala da psicóloga Graziela de Araújo Vasques, que concordou com sua identificação *“medicar as pessoas 14, 21 dias, e deixar as pessoas babando lá, impregnando de medicação e depois quando eu devolvo ela pra rede, eu devolvo ela ainda impregnada, ainda muito medicada e sem condição de articular pra entender o que ela vai fazer da vida”*. No que tange às internações em hospitais gerais, Graziela expôs *“[...] a gente tem leito de hospital geral aqui, então a gente pode prender as pessoas lá dentro também [...] se eu tenho leito de atenção integral, ele não pode servir como um lugar pra eu trancar uma porta e deixar as pessoas lá dentro”*. O Pseudocuidado é denunciado através das internações compulsórias,

Assistimos a mídia enaltecendo projetos de leis de internação compulsória que retrocedem às conquistas do cuidado em liberdade e no território, das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, violam direitos humanos, estigmatizam usuários, além de induzir à terceirização do Sistema Único de Saúde. O que tem sido “vendido” como oferta de cuidado tem por trás uma limpeza social, tirando das ruas os que denunciam nosso maior problema, que é a desigualdade social. (GODOY, 2017, p. 146-147)

A noção de cuidado também é proposta através do Projeto “Mãe me Quer” anteriormente mencionado, o qual foi regulamentado pela Secretaria Estadual de Saúde do RS através da Resolução nº 254/2019 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RS, que menciona a habilitação junto ao Ministério da Saúde e Unidade de Acolhimento para gestantes usuárias de drogas “Mãe Me Quer”, no município de São Lourenço do Sul. A resolução foi assinada em 25 de junho de 2019 por Arita Bergmann, Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS e Secretária Municipal de Saúde em São Lourenço do Sul (SES, 2019). A intenção do projeto foi promover o cuidado, mas diverge dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, pois infringe os direitos humanos e estigmatiza os usuários. Avançando na discussão, são apresentadas estatísticas brasileiras das internações relacionadas ao uso de Substâncias Psicoativas.

Tabela 1 – Internações Associadas ao Uso de Drogas no Brasil por Gênero

Número de internações hospitalares associado ao uso de drogas, gênero masculino, 2008 a 2015, Brasil.								
DROGA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Álcool	86490	73454	74124	74490	68393	62051	58302	53351
Outras drogas	15228	12468	16516	17612	17991	16892	14142	10967
Tabaco	483	331	334	263	175	126	97	76
Múltiplas drogas	32132	33191	35965	37724	39137	36670	34717	31391
TOTAL	134333	119444	126939	130089	125696	115739	107258	95785

Número de internações hospitalares associado ao uso de drogas, gênero feminino, 2008 a 2015, Brasil.								
DROGA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Álcool	9591	7972	8246	8258	7613	7381	6963	6185
Outras drogas	4746	3461	5326	6144	5999	5687	4428	3750
Tabaco	135	102	155	84	109	94	69	52
Múltiplas drogas	5394	6000	7154	7941	8510	8069	8016	6978
TOTAL	19866	17535	20881	22427	22231	21231	19476	16965

Fonte: adaptado do II Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2021).

Conforme as informações apresentadas na Tabela supracitada, há uma preponderância do gênero masculino nas internações associadas aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias. Sendo que, das 96.081 internações relacionadas ao consumo de álcool em 2008, 86.490 eram do gênero masculino (90%). A predominância se manteve relacionada ao uso de outras drogas, pois 76,3% (15.228) eram homens em 2008 e 54,95% (10.967) em 2015.

Contraditoriamente, tais dados não evidenciam a realidade vivenciada pelas mulheres. Dito isto, a Pesquisa Nacional sobre crack, relata que a taxa de gestações de nascidos vivos em mulheres usuárias de crack e/ou drogas foi de 3,82 e 2,56. De outro modo, a taxa de fecundidade para o Brasil em 2013 seria 1,77. E um total de 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações, elucidando a discrepância para as usuárias em cenas de uso. Os estudos também não apresentam dados fidedignos para “[...] análises estratificadas por sexo, o que, em cenas de amplo predomínio masculino, acaba por gerar análises enviesadas no sentido de um conjunto cuja amostra é composta por 80% ou mais de homens” (JALIL *et al.*, 2014, p. 87). Além da contradição nos dados, o uso de substância por mulheres pode ser analisado da seguinte forma:

[...] o fato de estar usando uma determinada droga de modo abusivo expõe a mulher a situações de discriminação e exclusão social, contribuindo assim para que o consumo se dê de forma oculta. Esse ocultamento, por sua vez, retarda qualquer tipo de tratamento específico e aumenta o risco para vários agravos sociais e de saúde. Porém, de um modo geral, a abordagem enfoca aspectos farmacológicos relacionados à substância e suas consequências para gravidez e para o feto, sem contextualizar as características da pessoa usuária e do contexto social e cultural no qual a pessoa está inserida. (OLIVEIRA, PAIVA, 2007, p. 630).

O tratamento é direcionado a dependência e ao uso em si, deixando de considerar a mulher em seus diferentes contextos e realidades. “O uso de drogas é frequentemente visto como contrário aos papéis socialmente normativos das mulheres como mães, parceiras e cuidadoras” (SHARMA *et al.*, 2017, p.1). A procura por atendimento, se dá com menos frequência, pois diferente dos homens, as mulheres sofrem preconceitos contra a suposta anormalidade atrelada ao uso de drogas e incapacidade para o cuidado.

Nesse sentido, os direitos direcionam-se mais ao próprio feto e, em função disso, há uma preocupação em relação à promoção da saúde fetal que envolve principalmente o exercício responsável da maternidade. Esta responsabilidade, no tocante à mulher usuária de SPA, pode enredar ainda mais estes corpos nos **sistemas de vigilância e regulação (sanitária, social e moral)**. Desse modo, essa rede poderá incidir de modo intensivo sobre as mulheres gestantes usuárias de SPA consideradas inaptas para exercer a maternidade. Em outros termos, se às mulheres-grávidas em geral já são dispensados um cardápio de prescrições sobre o que devem fazer e como devem cuidar de si e de seus/suas filhos/as, às **mulheres usuárias de SPA** grávidas esses cuidados se ampliam, na medida em que **elas parecem estar todo o tempo sob suspeita e vigilância**. No limite, seus corpos adictos atestam antecipadamente a **incapacidade** de seguir tais prescrições, eles expressam a **inabilidade** para o cuidar. (JANSEN, MEYER, FELIX, 2017, p. 100-101, grifo nosso)

As usuárias de Substâncias Psicoativas (SPA) vivenciam estigmas, que além da incapacidade também estão associados a incapacidade, como se não pudessem cuidar de si e dos filhos. Esta anormalidade e inabilidade é atribuída pelo sistema de valores e normatividade da sociedade que se perpetua pela sua vigilância e regulação. Sendo tolerante com as coisas que lhe convém, como o uso das drogas líticas, e intolerante diante de todo comportamento não

condizente com a normalidade socialmente tolerada e aceita pelos padrões. Os estigmas atribuídos às usuárias de SPA,

[...] estigmas sociais que são impostos a essas mulheres e que repercutem no não acesso aos serviços de saúde geram o ocultamento das necessidades e demandas femininas, pois o consumo de drogas feito por elas muitas vezes ocorre de maneira velada, para evitar que sejam julgadas e discriminadas por tal ato, o que provoca a sua invisibilidade frente aos serviços de saúde e às políticas públicas, provocando, assim, o aumento da vulnerabilidade social e dos agravos de sua situação de saúde. (BOLZAN, 2015, p. 112)

A subnotificação também denuncia os preconceitos e barreiras vivenciadas pelas mulheres usuárias de drogas, pois a invisibilidade nos índices também traduz a realidade do acesso e serviços que mesmo descentralizados, não têm alcançado esse público forma satisfatória. Isto acaba por acentuar os agravos na saúde e as vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas mulheres. Algo que corrobora com esta discussão é o Plano Estadual de Saúde do RS, pois “[...] do total de óbitos de mulheres negras, por substâncias psicoativas, 64% foi devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias psicoativas de mulheres brancas, 40% foi devido ao uso de álcool” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 117).

E para adensar essa discussão, os dados do relatório da Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, demonstram que o maior índice de mulheres que fazem uso prejudicial de drogas não são mulheres brancas e representam 78,56% do universo identificado (JALIL *et al.*, 2014). Na sequência são apresentadas informações regionalizadas, para cada 100 mil habitantes, entre o período 2008-2015:

Tabela 2 – Internações Associadas ao Uso de Drogas por Regiões

REGIÃO/UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Região Norte	5,7	5,9	7,4	8,7	8,1	8,0	11,4	9,6
Região Nordeste	50,4	40,9	42,1	39,2	37,6	34,6	33,3	29,5
Região Sudeste	90,6	71,2	76,7	80,1	76,8	69,2	62,1	50,6
Região Sul	160,2	168,6	182,0	187,9	178,1	168,1	159,2	150,8
Região Centro-Oeste	94,1	87,8	90,9	91,9	92,9	81,1	60,4	55,3
BRASIL	82,7	72,6	77,5	79,0	75,8	69,3	63,4	55,8

Fonte: adaptado do II Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2021).

As taxas de internação por uso de substâncias por 100 mil habitantes tiveram decréscimo nos últimos anos, sendo 55,8 no ano de 2015 e 82,7 em 2008. Já em 2008 e 2015, ocorreu diminuição das taxas nas diferentes regiões do país, com exceção da região Norte, de 5,7 em 2008 para 9,6 em 2015. Outra região que representou significativo aumento foi a região Sul, de 160,2 em 2008 para 187,9 em 2011, apresentando declínio para 150,8 em 2015. Em 2015, a região com significativa representatividade nas internações relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias, foi região Sul, condizendo a 150,8, sendo a região Norte a menor representação com 9,6.

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira referente ao ano de 2017³ demonstra que o uso de álcool e cigarro, e o uso de álcool e uma substância ilícita entre os homens foram superiores às taxas entre as mulheres. Contudo elas representam índices superiores relacionados ao consumo de álcool e pelo menos um medicamento não prescrito (BRASIL, 2017). Tais informações sobre as mulheres representam os maiores índices no uso de álcool, e algum medicamento corroboram com a pertinência da discussão sobre os diversos tipos de drogas, e a cronificação do sofrimento via medicalização.

Portanto, a medicalização somada a repressão, no cenário das internações prolongadas das mães “incapazes” também perpetuam a violência institucional. Isto também é notório através da desconexão dos dados, pois evidencia subnotificação e indicativos da invisibili-

3 Estudo realizado em 2015, foi publicado em 2017. A publicação foi realizada posteriormente, pois o então ministro da Cidadania, Osmar Terra, discordou do seu resultado, o que caracterizou censura pelo governo federal (KRAPP, 2019; OLIVEIRA, 2019).

dade das mulheres usuárias de SPA. Invisibilidade está que não está somente relacionado ao gênero, mas também a raça. Pois, conforme os dados ora expostos os maiores índices de mortes no RS e uso no Brasil, estão relacionadas as mulheres negras.

As barreiras enfrentadas pelas mulheres usuárias de SPA não são homogêneas, mas dependem das “[...] Estruturas interseccionais que vão além da categoria de classe revelam como raça, gênero, sexualidade, idade, capacidade, cidadania etc. se relacionam de maneiras complexas e emaranhadas para produzir desigualdade” (COLLINS; BILGE, 2020, p. 37). Logo, as barreiras enfrentadas dependem destes marcadores sociais, que também determinam o lugar das mulheres e o tratamento a elas dispensado.

CONCLUSÃO

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), entre 2020-2021 houve um aumento considerável de mulheres em privação de liberdade. A taxa para cada 100 mil habitantes foi de 6,7% para homens, 21, 3% no caso das mulheres. Além disto, conforme os últimos dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), a principal motivação para encarceramento das mulheres são os delitos por Drogas, conforme a Lei 11.343/06. Portanto, prisões resultantes de crimes sem violência ou grave ameaça, na sua maioria por pequenas apreensões de entorpecentes. Em relação a letalidade policial 84,1% das vítimas são pessoas negras e dos 47.503 homicídios, 77, 9% são pessoas negras.

Portanto, as mulheres são a maiorias nas prisões e seus delitos não necessariamente estão relacionadas ao tráfico. Ao mesmo tempo a maioria das vítimas das abordagens policiais são pessoas negras, assim como nos casos dos homicídios. Além disto, não existe um padrão oficial no Brasil sobre a posse da quantidade de droga para ser processado por este crime. Uma pessoa pode ser condenada por tráfico de drogas com menos de 10 gramas de entorpecentes, assim como ser absolvida com mais de um quilo, tudo depende das circunstâncias do caso. Portanto, possivelmente um grande quantitativo de mulheres presas, são usuárias e não traficantes.

É fundamental que a política de saúde mental assegure o cuidado em liberdade, laico, garantido a humanização, atendimento

integral, antiproibicionista, antirracista e antilgbtfóbico. A discussão sobre álcool e outras drogas vinculada aos preceitos da Reforma e Luta antimanicomial é ainda deficitária, ainda mais quando relacionada a questão de gênero e raça. Pode-se perceber nesta breve discussão até aqui apresentada, que tanto o uso de SPA, as mortes em decorrência do uso e o encarceramento, tem nas mulheres negras os maiores índices de prevalência.

Isto denota a relevância desta discussão tanto no meio acadêmico quanto nos diversos espaços da política de saúde mental, e políticas intersetoriais. A necessidade de planejamento, e priorização do atendimento e discussão sobre álcool e outras drogas relacionadas as mulheres. Este imperativo foi demonstrado na pesquisa de mestrado e até mesmo nos dados apresentados neste artigo. A pauta sobre uso de álcool e drogas relacionada ao gênero feminino tem sido silenciada no campo da saúde mental, assim como a violência institucional que ao mesmo tempo é a causa e, também é o resultado deste silenciar.

REFERÊNCIAS

ADAMY, P. E.; SILVA, R. N. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (orgs). Descriminalização do cuidado: políticas, cenários, experiências em redução de danos [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017, p. 145-158. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. II Relatório brasileiro sobre droga; organizadores, OPALEYE, E. S. [et al.]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, coedição com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2021. 357 p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/63024> . Acesso em: 21 ago. 2022

BOLZAN, L.de M. Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre, 2015, 150 f. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bits>

ream/10923/7196/1/000467579-Texto%2bCompleto-0.pdf. Acesso em: 14 out. 2022.

CASARA, R. *Contra a Miséria Neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário*. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2021.

COLLINS, P.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf. Acesso em: 27 dez. 2022.

CONSELHO Federal de Farmácia. *Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia*. [S.l.], 10 set. 2020. Disponível em: <http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiquiatricos-cresce-na-pandemia/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

TOLERÂNCIA Institucional a violência contra as mulheres. CFE-MEA, Brasília: DF, 2014. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

DELGADO, P. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. In: *O Social em Questão – Ano XV – nº 28 – 2012*, p. 187-198. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DINIZ, N. M. et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília (DF): 2004, maio/jun.; v. 57. n. 3, p. 354-356. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hbRC8g6FbnRJ7vM7H8PRGdD/?format=pdf&lang=>. Acesso em: 17 ago. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário brasileiro de segurança pública*. São Paulo: FBSP, 2022. Ano 16. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>. Acesso em: 29 julh.2023.

GODOY, M. G. C. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES S.; KVELLER D. B. *Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos*. Porto Alegre, RS: Rede Multi-cêntrica (UFRGS), 2017, 380 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2022.

HERRERA FLORES, J. *A reinvenção dos Direitos Humanos*; trad.

Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. 232 f. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf. Acesso em: 03 nov. 2022.

IHRA. O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres: Grã-bretanha, 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

JALIL, E. et al. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014, 224 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 11 set. 2022.

JANSEN, M.; MEYER, D.; FELIX, J. Mulheres Usam Substâncias Psicoativas? Atravessamentos de Gênero na Política de Redução de Danos no Brasil. Revista Psicologia Política. vol. 17. nº 38. pp. 90-104. jan-abr. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n38/v17n38a07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LOUCOS pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Portal FIOCRUZ, 08 ago. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. 9-33. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

MOTA, A. E. O Serviço Social na contemporaneidade: a “questão social” e as perspectivas ético-políticas. In: XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS – Relatório de deliberações. Maceió: Alagoas, 3 a 6 de set., 2000. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relato->

rio_2000_29.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

NUNES, Bárbara Domingues. Política de saúde mental em São Lourenço do Sul: vanguarda na reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023, 200 f. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/10596>. Acesso em: 04 julh.2023.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007 dez; 11 (4): 625-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xJxfrF5ygmWGDtmsH4B3TZH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

PETUCO, D. R. da S.; MEDEIROS, R. G. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

PROJETO Recuperando o Futuro. [Projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar]. Unidade de Cuidados Hospitalares para Crianças e Adolescentes Dependentes de Crack e Outras Drogas. Hospital Walter Thofern, São Lourenço do Sul: RS, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Grupo de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação da gestão (org.). Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. Justificativa Projeto de Lei da Unidade de Acolhimento Adulto “Mãe me Quer”. São Lourenço do Sul, RS, [2017?].

SHARMA, V. et al. Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in Delhi, India. BMJ Open, London, v. 7, n. 11, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018530>. Acesso em: 21 ago. 2022.

VASQUES, G. de A. Mental Tchê: Um Encontro pelo Cuidado em Liberdade. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.). 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 266-271.

INSTITUTIONAL VIOLENCE SILENCING: implications for alcohol and other drug use

Bárbara Domingues Nunes
Mária Isabel Barros Bellini

INTRODUCTION

This article¹ results from a master's research in Social Work at the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS) and focuses on São Lourenço do Sul, a pioneer in creating the “Nossa Casa” Rehabilitation Center in 1988. Now known as “CAPS² I – Nossa Casa,” it was the second facility of its kind in Brazil. Since 2005, health services have expanded, and the Psychosocial Care Network (RAPS, acronym in Portuguese)³ now includes nearly all the planned services (VASQUES, 2018). This article draws from a dissertation chapter on institutional violence, manifested through medicalization and various types of violence experienced in care or through institutional omissions. Participant testimonials are included, with professionals identified with consent and anonymity assured for families and users. Additional sources come from documentary research, literature review, and bibliographic research.

1 In this study, we will use the acronyms in Portuguese because we believe they are important for understanding Brazilian strategies for organizing mental health services and around public health, including assisting in the understanding of these terms if the reader encounters them in other articles.

2 “CAPS” stands for “Centro de Atenção Psicossocial” in Portuguese, which translates to “Psychosocial Care Center” in English. These centers are Brazilian health units that provide open and community-based mental health care, offering support and treatment for individuals with severe and persistent mental disorders.

3 “RAPS” stands for “Rede de Atenção Psicossocial” in Portuguese, which translates to “Psychosocial Care Network” and is a Brazilian strategy for organizing mental health services aimed at providing comprehensive, community-based care focused on psychosocial rehabilitation. RAPS includes various services such as Psychosocial Care Centers (CAPS), Basic Health Units (UBS), Therapeutic Residential Services (SRT), general hospitals with psychiatric units, among others. The objective is to promote social inclusion, autonomy, and comprehensive care for individuals experiencing mental distress or disorders, aiming to reduce exclusion and unnecessary hospitalization.

The discussion on alcohol and other drugs is situated within the field of mental health, given that the Psychosocial Care Network (RAPS, acronym in Portuguese) is responsible for addressing this issue in municipalities. This does not imply that this matter is not also addressed by intersectoral policies; however, mental health serves as the reference for appropriate care in freedom, considering the principles of Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Movement.

The Psychiatric Reform was a movement that gained momentum with the adoption of Law 10.216/2001, known as the Paulo Delgado Law. This movement was structured through criticisms of practices of isolation and exclusion, which led to reports of mistreatment of patients institutionalized for long periods and involuntarily in various asylum units across the country (BRITO, 2017).Parte superior do formulárioParte inferior do formulário

The milestones of the anti-asylum movement are the two events held in 1987, in Brazil: The First National Conference on Mental Health and the Second National Congress of the Mental Health Workers' Movement (MTSM, acronym in Portuguese for *Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental*), held in Bauru, São Paulo. At the Congress, the Bauru Manifesto was drafted, a document that established the anti-asylum movement and symbolized the pact between professionals and society in the fight against violent and exclusionary forms of treating mental illness (Amarante, 1995). This congress was a watershed moment in transforming the MTSM into the National Anti-Asylum Movement and in confronting forms of exclusion and discrimination.

In addition to being an important investigative tool, this research revisits some topics that were previously silenced⁴ and need to occupy spaces for discussion and problematization, concerning institutional practices related to the use of alcohol and other drugs in the field of mental health. These actions often involve institutional violence and/or tolerance, with Black women being the primary victims of their impacts.

THE EXCEPTIONS OF CARE: Silencing Institutional Violence in Addressing Alcohol and Other Drugs Demands

In this section, discussions regarding the violence manifested in hospitalizations and the medicalization of users will be deepened. It is

⁴ The survey conducted on the CAPES portal using the descriptors mental health and institutional violence resulted in three outcomes (NUNES, 2023).

institutional violence in new guises, silently perpetuated within mental health services, despite them being pioneers in freedom-centered care and prioritizing it in their practices. The impacts of this aforementioned violence do not directly affect professionals, but once reproduced by them as institutional agents, it interferes with individuals in need of care or who should be prioritized in mental health services.

Therefore, in this initial approach, it is essential to understand the origin and meaning of violence, engaging with Minayo (2005), who

Violence is not singular; it is multiple. Of Latin origin, the term derives from the word “vis,” which means force, and refers to notions of coercion and the use of physical superiority over another. In its material sense, the term seems neutral, but an analysis of violent events reveals that they pertain to conflicts of authority, power struggles, and the desire to dominate, possess, and **annihilate the other** or their possessions. **Its manifestations are approved or disapproved, licit or illicit according to social norms maintained by naturalized customs or legal apparatuses of society. Mutable, violence denotes, therefore—according to times, places, and circumstances—very different realities. There are tolerated forms of violence and condemned forms of violence.** (Minayo, 2005, p. 13, emphasis added)

Institutional violence is not immediately apparent in the analysis of institutional practices and actions, but its characteristics can be identified in work demands that are either tolerated or condemned. It manifests in situations that cause suffering to users or neglect care, failing to provide or execute services in a manner that respects care in freedom. This discussion requires a critical analysis, as Minayo (2005) emphasizes that violence is constantly modified along with society and its set of values, circumstances, and games of interest. These are “new forms for old contents” (Mota, 2000, p. 54). Workers, although not directly impacted by institutional violence from the perspective of alcohol and other drugs, also suffer from violence due to precarious working conditions, moral harassment, accumulation of tasks, and excessive pressure for productivity.

With its multifaceted characteristics, institutional violence can also manifest through psychological suffering, “[...] barriers to accessing treatment, contexts of mortification of subjects, the genesis and consequences of the eruption of antisocial paroxysms, the complex phenomenon of drugs, and mitigated and sometimes invisible forms of domination” (Delgado, 2012, p. 188). Practices that silently mortify

users through institutional violence, which occurs passively and/or actively. Institutional actions, through either action or omission, end up perpetuating institutional violence.

[...] violence by omission and violence by commission, with the former being defined as: the total or partial denial of medical-health actions, as well as the institutional weakness observed through deregulation, neglect, negligence, and even, to the highest degree, omission, and the absence of a public health service. Violence by commission, on the other hand, includes the technical violence inherent in the theory and practice within health services. This refers to the violence embedded in health practices and **undesirable and/or unnecessary procedures, and the consequent impact on the health and lives of the user population.** (Diniz et al., 2004, p. 354-355, emphasis added).

Another term related to institutional violence is the concept of “institutional tolerance”⁵. This definition corresponds to “[...] tolerating violence [...] by failing to guarantee access to rights and maintaining hegemonic discriminatory standards that keep the unequal structures of our society and State intact” (CFEMEA, 2014, p. 11). Institutional violence and/or institutional tolerance led to the same outcome: the violation of the rights of mental health users, which includes men and women in their diversity, in the use of Psychoactive Substances (PSA).

The following section analyzes two projects in the municipality of São Lourenço do Sul that align with institutional violence, as they are related to the hospitalization of psychoactive substance users, as shown in Table 1:

5 [...] defined as the set of values, imaginaries, behaviors, attitudes, and practices of racism and sexism reproduced within state institutions through the actions of their employees, favoring and perpetuating violence against women, including the omission of state duties to restore rights, provide protection, prevent, and eradicate and the direct perpetration of acts of violence by institutional actors” (CFEMEA, 2014, p.11).

Table 1 – São Lourenço do Sul Projects: Recovering the Future e “Mãe me Quer” Project

Project Name	Objective	Challenges Presented
“Recovering the Future Project” (2011) Proponent: Walter Thofern Hospital	The objective of the analyzed project was “to expand the public network of care for children and adolescents who are users and dependents of crack and other drugs, by setting up a physical structure for outpatient care and a short-stay inpatient ward.” In the justification, it is mentioned that due to the large number of children and adolescents using crack in São Lourenço do Sul and the region, and the difficulty in adhering to treatment at the CAPS, it is necessary to create a detoxification unit. The justification further states that to manage addiction, a longer period of hospitalization in a closed and protected environment, inaccessible to drugs, is required, where users can detoxify and engage with a multidisciplinary team before being referred to the CAPS SACL. The suggested length of hospitalization is 28 days. In addition to receiving support from the multidisciplinary team, participation in tasks outlined in the Treatment Plan (PTS) is suggested, along with addressing issues of discipline and spirituality.	The non-adherence of users to treatment at CAPS is identified as a justification for detoxification. Additionally, it links drug use to easy access, destroyed homes, weakened relationships, school dropout, psychiatric comorbidities, and group interactions, as children in less privileged neighborhoods and in situations of great social vulnerability end up becoming drug runners where drugs appear to be the only option. The project presents a reverse approach, justifying that to manage addiction, a closed and protected environment without access to drugs is necessary, where users can detoxify and subsequently assess their treatment plan with the multidisciplinary team at CAPS SACL. It proposes to address issues of discipline and spirituality and demonstrates the strong connection between public and private sectors in defending private interests, as the document also states that starting in 2010, thanks to the initiative of some companies like John Deere and the municipal government itself, the hospital underwent major renovations and is expected to once again become one of the best in the region. If awarded the project, it will regain its status as a reference.

“Mãe me Quer Project” (2017) Proponent: São João da Reserva Beneficent Association	The objective of the project is to create a space within a general hospital, connected to other devices of the municipal, regional, and state RAPS, which allows pregnant women dependent on alcohol and/or other drugs who cannot maintain abstinence during pregnancy to voluntarily stay for the necessary duration, including until delivery. This space will provide them with the opportunity to achieve abstinence while simultaneously receiving maternal and child healthcare.	At the end of 2016, the construction and renovation of the new wing began through the initiative of the “new municipal management” and the institution, with funds from FUNDICA/COMDICA. It is also highlighted that the beds intended for the previous project “Recovering the Future” were allocated to Santa Casa for the Psychiatric wing, as the São João da Reserva project would not receive funding from the Ministry of Health. We note that, although the document describes the development of a project targeting the same population, previously it was adolescents, and now it is pregnant women. Subsequently, it is mentioned that the current project “Mãe me quer” was presented by the mental health coordinator Flávio Resmini and the São João da Reserva Health Center to COMDICA, whose approval by the council was given through resolution 001/2017. It is important to note that the start of adjustments in 2016 occurred without COMDICA’s approval, as the resolution approving the fundraising was not mentioned in the project’s justification and other information.
---	--	---

Source: Adapted from Nunes (2023).

In the “Mãe me Quer” project, it is mentioned that at the end of 2016, the renovation and construction of the new wing began, funded by the Municipal Fund for the Rights of Children and Adolescents (FUNDICA, in Portuguese), demonstrating a partnership between the institution and municipal management. At that time, the project’s beds were redirected to the psychiatric wing of the Santa Casa Hospital, as co-financing was not available from the Ministry of Health for the Reserva’s Hospital. Consequently, a project was developed to accommo-

date the same audience according to the origin and destination of the financed values.

The new project, suggested by the municipal coordinator of mental health of São Lourenço do Sul, psychiatrist Flávio Resmini, and the São João da Reserva Health Center, has been submitted for review by the Municipal Council for the Rights of Children and Adolescents (COMDICA, in Portuguese). “Mãe me Quer” project was approved by COMDICA through resolution 001/2017. The project’s justification is based on providing care to vulnerable groups and ensuring prolonged care until the child’s birth, emphasizing that this care does not necessarily need to occur in a psychiatric unit, but in an environment that promotes abstinence and provides gestational and psychosocial care. The justification included information from an American study and a Brazilian study by Fiocruz, providing general data from Brazil. Regarding the project’s overall objective, it aims to create an environment of excellence connected to the devices of the Psychosocial Care Network (RAPS, in Portuguese) at the municipal, regional, and state levels. The project was established on August 28, 2017, by the then Municipal Health Secretary Arita Bergmann, Flávio Resmini, and Carlos Emanuel Bolico, administrator of the São João da Reserva Beneficent Association.

The justification for the “Mãe me Quer” project, prepared by the health department, highlights a monthly budget of 25 thousand reais shared between the Ministry of Health and the Municipal Health Department, with the authorization carried out via Ordinance No. 923 of May 15, 2019. According to the health department’s document, the project aims to be regional, covering the following municipalities: Herval, Turuçu, Amaral Ferrador, Jaguarão, Arroio do Padre, Cristal, Capão do Leão, and Arroio Grande. The minimum team mentioned consists of two professionals with higher education and four medical professionals. It is noteworthy that the team described in the justification differs from that outlined in the project, as the latter specifies 2 nursing assistants, 2 nurses, 1 gynecologist-obstetrician, 1 head nurse, 1 psychologist, 1 psychiatrist, 1 general practitioner, and 1 social worker.

It can be observed that COMDICA and the Municipal Health Department contributed to the preparation of the project, suggesting a potential exchange of interests. Initially, the Hospital Santa Casa benefited from the project’s resources because the Hospital São João da Reserva would not receive federal government funds. Additionally, the project justifies the “prolonged care of the pregnant woman, not necessarily in a psychiatric ward, but in an environment of abstinence and

gestational care.” This perspective, viewed differently, suggests “[...] a nine-month hospitalization under the guise of care, but without any diagnosis of the demand being justified” (Nunes, 2023, p. 108).

The inadequacy, if not outright absence, of diagnoses and more precise information about the local reality is illustrated through data from a US and a Brazilian study by Fiocruz, used in the project justification. Regarding the project’s overall objective, which aims to create a space integrated into the RAPS, there is a question as to whether such integration should not occur preventively, before hospitalization, through harm reduction and care in the community. Furthermore, it is notable that harm reduction is not even mentioned in the project, which supports the assertion about exceptions in care within the process of tolerated and condemned violence, as discussed by Minayo (2005).

A mother of a user of the CAPS also participated in the research on São Lourenço do Sul, and when asked whether the services have remained the same since the structuring of the Mental Health Policy, she referred to her daughter: “[...] *she gets really bad, they treat her with hospitalization [...] she is a very difficult person to deal with [...] she has never been without medication [...] now in 2019... 2020 she was more often in the hospital than at home.*” It is important to note that the interviewee’s testimony is recent, and medication plays a central role in the “care” provided.

In the ongoing discussion about the centrality of medication, data from the profitability of the pharmaceutical industry, provided by the Federal Pharmacy Council, illustrate the dominance in sales of psychiatric medications during the pandemic period from January to July (2019 and 2020). This reflects how illness strengthens the profitability of capital through the pharmaceutical industry.

Table 2 - Psychiatric Medications During the Covid-19 Pandemic

Medications	2019	2020	Increase
Anticonvulsants, including antiepileptics	46.216.034	52.132.718	12,80%
Antidepressants and mood stabilizers	56.373.846	64.178.042	13.84%

Source: Federal Council of Pharmacy (2020).

Casara (2021) problematizes that “neoliberalism with a democratic veneer [...] is the response to problems generated by ‘old’ neo-

liberalisms” (Casara, 2021, p. 154). The State creates responses to problems that are consequences of its actions of neglect, violence, repression, and omission. At the same time, it creates insufficient and superficial responses that are not priorities of governments, governance, and public policies designed in the counter-reform process of the Mental Health Policy in force until the end of the Bolsonaro government, but which are not limited to it either. Therefore, the struggle for care in freedom, based on the principles of Psychiatric Reform, Anti-Asylum Fight, and Harm Reduction, must be ongoing. As Flores (2009) aptly states, rights are provisional conquests and “[...] the provisional outcomes of our struggles may result in many of them remaining in the limbo of concepts. Theory and practice, ideas and public policies must go hand in hand” (Flores, 2009, p. 123).

HARM REDUCTION FROM A GENDER PERSPECTIVE: Analysis of São Lourenço do Sul and Brazil

Harm Reduction is defined as “[...] a set of policies and practices aimed at reducing the harm associated with psychoactive drug use in individuals who cannot or do not want to stop using drugs” (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, 2010, n.p.). Therefore, instead of preventing drug use, harm reduction focuses on preventing the harms resulting from drug use. According to Mayer and Siqueira, harm reduction is characterized as,

[...] one of the working guidelines of the SUS (Brazil’s Unified Health System). It does not establish reduction of consumption as a condition for access or require abstinence a priori, but rather emphasizes the protagonism of the person who uses drugs. It is grounded in Human Rights principles and considers the exercise of freedom, ways of living and working, health as a social production and determination, aligning with the ethical and comprehensive approach proposed by Collective Health. It implies a repertoire of comprehensive and intersectoral care, within a network perspective. It includes sets of individual and collective strategies aimed at individuals who use, abuse, or are dependent on drugs, as well as their social and affective networks. It aims to identify and minimize social, economic, and health risk factors, while enhancing protective factors, citizenship, and life advocacy. (Mayer; Siqueira, cited in Adamy & Silva, 2010, p. 148)

Harm reduction implies that abstinence should not be a prerequisite for support, as it must consider Human Rights and the freedom

of individuals in their forms of organization and expression. To provide support, citizenship, and health promotion, it is necessary “[...] to transform the city into a care-producing machine” (Petuco, Medeiros, 2010, n.p.). The Comprehensive Care Policy for Alcohol and Other Drug Users defines guidelines that align with the principles of Psychiatric Reform. Similarly, “[...] we see the need to deconstruct the commonsense notion that every drug user is a patient who requires hospitalization, imprisonment, or absolution” (Godoy, 2017, p. 147). Regarding Harm Reduction in Rio Grande do Sul and Brazil in the context of Psychiatric Reform,

It has been 20 years since Psychiatric Reform in Rio Grande do Sul and nearly 12 years in Brazil, yet we are still in a field of extreme contention. Historically, alcohol and other drug issues have been on the sidelines of the Psychiatric Reform process, as they were minimally discussed during the creation and implementation of this alternative care model. It is from this gap that treatment modalities leading to exclusion have been justified, often sparking diverse perspectives rooted in moral considerations. Perhaps this gap also indicates that it is not enough to close psychiatric hospitals and create new services; rather, it is crucial to strengthen the care network and, most importantly, influence societal perspectives. (Godoy, 2017, p. 148-149)

It should be considered that the closure of Psychiatric Hospitals alone is not sufficient, as general hospital beds can perpetuate exclusion and repression, silencing violent institutional practices. This observation is reflected in the statement by psychologist Graziela de Araújo Vasques, who noted, *“medicating people for 14, 21 days, and leaving them drooling there, soaked in medication, and then when I return them to the network, I return them still soaked, still heavily medicated, and unable to articulate to understand what they are going to do with their lives.”* Regarding admissions to general hospitals, Graziela pointed, *“[...] we have general hospital beds here, so we can also lock people up there [...] if I have comprehensive care beds, they cannot serve as a place to lock a door and leave people inside.”* Pseudo-care is denounced through involuntary admissions,

We witness the media glorifying bills for compulsory internment that regress the achievements of care in freedom and within communities, as advocated by Psychiatric and Sanitary Reforms. These initiatives violate human rights, stigmatize users, and promote the outsourcing of the Unified Health System. What has been

sold as care provision often conceals a form of social cleansing, removing from the streets those who highlight our greatest issue, which is social inequality (Godoy, 2017, p. 146-147).

The notion of care is also proposed through the previously mentioned “Mãe me Quer” Project, which was regulated by the State Health Department of Rio Grande do Sul through Resolution No. 254/2019 of the Bipartite Intermanagement Commission - CIB/RS. This resolution mentions the accreditation with the Ministry of Health and the Maternity Shelter for pregnant drug users “Mãe Me Quer” in the municipality of São Lourenço do Sul. The resolution was signed on June 25, 2019, by Arita Bergmann, President of the Bipartite Intermanagement Commission/RS and Municipal Health Secretary in São Lourenço do Sul (SES, 2019). The project’s intention was to promote care, but it diverges from the principles of Psychiatric Reform as it infringes on human rights and stigmatizes users. Moving forward in the discussion, Brazilian statistics on hospital admissions related to the use of Psychoactive Substances are presented.

Table 3 – Drug Use-Associated Hospitalizations in Brazil by Gender

Number of Drug Use-Associated Hospitalizations, Male Gender, 2008 to 2015, Brazil								
DRUG	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alcohol	86490	73454	74124	74490	68393	62051	58302	53351
Other substances	15228	12468	16516	17612	17991	16892	14142	10967
Tobacco	483	331	334	263	175	126	97	76
Multiple Drugs	32132	33191	35965	37724	39137	36670	34717	31391
Total	134333	119444	126939	130089	125696	115739	107258	95785
Number of Drug Use-Associated Hospitalizations, Female Gender, 2008 to 2015, Brazil								
DRUG	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alcohol	9591	7972	8246	8258	7613	7381	6963	6185
Other substances	4746	3461	5326	6144	5999	5687	4428	3750
Tobacco	135	102	155	84	109	94	69	52
Multiple drugs	5394	6000	7154	7941	8510	8069	8016	6978
Total	19866	17535	20881	22427	22231	21231	19476	16965

Source: Adapted from the II Brazilian Report on Drugs (2021).

According to the information presented in the aforementioned table, there is a predominance of males in hospital admissions associated with mental and behavioral disorders due to substance use. In 2008, out of 96,081 admissions related to alcohol consumption, 86,490 were males (90%). This predominance continued with other drug use, where 76.3% (15,228) were males in 2008 and 54.95% (10,967) in 2015.

Paradoxically, such data do not reflect the reality experienced by women. For instance, the National Survey on crack reported that the rates of live births among women users of crack and/or drugs were 3.82 and 2.56, respectively. In contrast, the fertility rate for Brazil in 2013 was 1.77. Moreover, 46% of women reported four or more pregnancies, highlighting the disparity for users in scenes of use. The studies also do not provide reliable data for “[...] sex-stratified analyses, which, in scenes predominantly dominated by males, can lead to biased analyses in which the sample consists of 80% or more men” (Jalil et al., 2014, p. 87). In addition to the data contradiction, the substance use by women can be analyzed in the following way

... the fact of using a particular drug abusively exposes women to situations of discrimination and social exclusion, thereby contributing to concealed consumption. This concealment, in turn, delays any specific treatment and increases the risk of various social and health complications. However, in general, the approach focuses on pharmacological aspects related to the substance and its consequences for pregnancy and the fetus, without contextualizing the characteristics of the drug user and the social and cultural context in which the person is embedded. (Oliveira, Paiva, 2007, p. 630).

Treatment often focuses on dependency and substance use itself, neglecting to consider women in their diverse contexts and realities. “Drug use is often viewed as contradictory to the socially normative roles of women as mothers, partners, and caregivers” (Sharma et al., 2017, p. 1). Women seek treatment less frequently than men due to prejudices against the perceived abnormality associated with their drug use and presumed inability to provide care.

In this sense, rights are more directed towards the fetus itself, and as a result, there is a concern regarding the promotion of fetal health, which mainly involves the responsible exercise of motherhood. This responsibility, concerning women who use substances, can further entangle these bodies in **systems of surveillance and regulation (sanitary, social, and moral)**. Thus, this network may intensively impact pregnant women who use substances, conside-

red unable to exercise motherhood. In other words, while pregnant women in general already face a range of prescriptions about what they should do and how they should care for themselves and their children, **pregnant women who use substances** face even more scrutiny, **as they appear to be under constant suspicion and surveillance**. Ultimately, their addicted bodies anticipate their **incapacity** to follow such prescriptions, expressing an **inability** to provide care. (Jansen, Meyer, Felix, 2017, p. 100-101, emphasis added)

Users of Psychoactive Substances (PSA) experience stigmas that not only label them as incapable but also as unable to care for themselves and their children. This abnormality and incapacity are attributed by the societal system of values and norms that perpetuate through surveillance and regulation. Society shows tolerance towards things that are convenient for it, such as the use of licit drugs, but is intolerant towards any behavior that does not conform to the socially accepted norms and standards. The stigmas attached to users of psychoactive substances,

Social stigmas imposed on these women, which result in lack of access to health services, lead to the concealment of female needs and demands. Their drug use often occurs covertly to avoid judgment and discrimination, thereby rendering them invisible to health services and public policies. This invisibility increases their social vulnerability and exacerbates their health conditions. (BOLZAN, 2015, p. 112)

The underreporting also highlights the prejudices and barriers faced by women drug users, as their invisibility in statistics reflects the reality of inadequate access to decentralized services. This exacerbates health issues and social vulnerabilities experienced by women. Supporting this discussion is the Rio Grande do Sul State Health Plan, which states, “[...] of the total deaths of Black women due to psychoactive substances, 64% were attributed to alcohol use, whereas among White women, 40% of deaths due to psychoactive substances were attributed to alcohol use” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 117).

To deepen this discussion, data from the National Survey on Crack Use conducted by the Oswaldo Cruz Foundation demonstrate that the highest rate of women engaging in harmful drug use is among non-white women, representing 78.56% of the identified population (JALIL et al., 2014). Subsequently, region-specific information is provided, per 100,000 inhabitants, for the period 2008-2015:

Table 4 – Drug Use-Associated Hospitalizations by Region

Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
North Region	5,7	5,9	7,4	8,7	8,1	8,0	11,4	9,6
Northeast Region	50,4	40,9	42,1	39,2	37,6	34,6	33,3	29,5
Southeast Region	90,6	71,2	76,7	80,1	76,8	69,2	62,1	50,6
South Region	160,2	168,6	182,0	187,9	178,1	168,1	159,2	150,8
Central-West Region	94,1	87,8	90,9	91,9	92,9	81,1	60,4	55,3
Brazil	82,7	72,6	77,5	79,0	75,8	69,3	63,4	55,8

Source: Adapted from the II Brazilian Report on Drugs (2021).

The rates of hospital admissions due to substance use per 100,000 inhabitants have decreased in recent years, being 55.8 in 2015 and 82.7 in 2008. Between 2008 and 2015, there was a decrease in rates across different regions of the country, except for the North region, which increased from 5.7 in 2008 to 9.6 in 2015. Another region that showed a significant increase was the South, rising from 160.2 in 2008 to 187.9 in 2011, and declining to 150.8 in 2015. In 2015, the region with significant representation in hospitalizations related to mental and behavioral disorders due to substance use was the South, with 150.8, while the North region had the lowest representation at 9.6.

The III National Survey on Drug Use by the Brazilian Population for the year 2017⁶ shows that alcohol and cigarette use, as well as alcohol and illicit substance use among men, were higher compared to rates among women. However, women represent higher indices related to alcohol consumption and at least one non-prescribed medication (BRASIL, 2017). These findings regarding women having the highest rates in alcohol and some medication use corroborate the relevance of discussing various types of drugs and the chronicization of suffering through medicalization.

Therefore, medicalization coupled with repression, in the context of prolonged hospitalizations of “incapable” mothers, also perpetuates institutional violence. This is further evident through data disconnection, which highlights underreporting and indicators of the invisibility of women who use substances. This invisibility is not only related to gender but also to race. As the data presented here shows, the highest mortality rates in Rio Grande do Sul and substance use in Brazil are associated with Black women.

6 The study conducted in 2015 was published in 2017. The publication was delayed because the then Minister of Citizenship, Osmar Terra, disagreed with its results, which amounted to censorship by the federal government (KRAPP, 2019; OLIVEIRA, 2019).

The barriers faced by women who use substances are not homogeneous but depend on “[...] intersectional structures that go beyond the category of class reveal how race, gender, sexuality, age, ability, citizenship, etc., intersect in complex and entangled ways to produce inequality” (COLLINS; BILGE, 2020, p. 37). Therefore, the barriers faced depend on these social markers, which also determine women’s place and the treatment they receive.

CONCLUSION

According to the Brazilian Forum on Public Security (2021), there was a considerable increase in women in detention between 2020 and 2021. The rate per 100,000 inhabitants was 6.7% for men and 21.3% for women. Furthermore, according to the latest data from the National Penitentiary Information System (SISDEPEN, acronym in Portuguese), the primary reason for women’s incarceration is drug offenses under Law 11.343/06. Therefore, most imprisonments result from non-violent or non-threatening crimes, largely involving small drug seizures. Regarding police lethality, 84.1% of victims are Black individuals, and out of 47,503 homicides, 77.9% involve Black victims.

Therefore, women constitute the majority in prisons, and their offenses are not necessarily related to drug trafficking. At the same time, the majority of victims in police encounters and homicides are Black individuals. Additionally, in Brazil, there is no official standard for the quantity of drugs that constitutes possession versus trafficking. A person can be convicted of drug trafficking with less than 10 grams of drugs or acquitted with over a kilogram, depending on the circumstances of the case. Therefore, a significant number of incarcerated women are likely users rather than traffickers.

It is essential that mental health policy ensures care in freedom, secular, guaranteeing humanization, comprehensive care, anti-prohibitionist, anti-racist, and anti-LGBTQIA+ discriminatory. The discussion on alcohol and other drugs linked to the principles of the Antimanicomial Reform and Struggle is still deficient, especially concerning gender and race issues. In this brief discussion presented so far, it can be observed that the use of substances, the deaths resulting from use, and incarceration disproportionately affect Black women.

This highlights the relevance of this discussion both in academic circles and in various arenas of mental health and intersectoral policies. There is a need for planning and prioritization of care and discussion

regarding alcohol and other drug issues specifically related to women. This imperative has been demonstrated in the master's research and is evident in the data presented in this article. The agenda on alcohol and drug use related to women has been silenced in the field of mental health, along with institutional violence, which is both the cause and the result of this silence.

REFERENCES

ADAMY, P. E.; SILVA, R. N. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (orgs). Descriminalização do cuidado: políticas, cenários, experiências em redução de danos [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017, p. 145-158. Available: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Access: 16 jan. 2023.

BRASIL. II Relatório brasileiro sobre droga; organizadores, OPALLEYE, E. S. [et al.]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, coedição com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2021. 357 p. Available: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/63024> . Access: 21 ago. 2022

BOLZAN, L.de M. Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre, 2015, 150 f. Available: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7196/1/000467579-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Access: 14 out. 2022.

CASARA, R. Contra a Miséria Neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2021.

COLLINS, P.; BILGE, S. Interseccionalidade. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Available: http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf. Access: 27 dez. 2022.

CONSELHO Federal de Farmácia. Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia. [S.l.], 10 set. 2020. Available: <http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiquiatricos-cresce-na-pandemia/>.

Access: 02 nov. 2021.

TOLERÂNCIA Institucional a violência contra as mulheres. CFEMEA, Brasília: DF, 2014. Available: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf. Access: 18 ago. 2022.

DELGADO, P. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. In: O Social em Questão – Ano XV – nº 28 – 2012, p. 187-198. Available: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>. Access: 17 ago. 2022.

DINIZ, N. M. et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF): 2004, maio/jun.; v. 57. n. 3, p. 354-356. Available: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hbRC8g6FbnRJ7vM7H8PRGdD/?format=pdf&lang=>. Access: 17 ago. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário brasileiro de segurança pública. São Paulo: FBSP, 2022. Ano 16. Available: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>. Access: 29 julh.2023.

GODOY, M. G. C. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES S.; KVELLER D. B. Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica (UFRGS), 2017, 380 p. Available: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Access: 11 set. 2022.

HERRERA FLORES, J. A reinvenção dos Direitos Humanos; trad. Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. 232 f. Available: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%20%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf. Access: 03 nov. 2022.

IHRA. O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres: Grã-bretanha, 2010. Available: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Access: 10 set. 2022.

JALIL, E. *et al.* Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014, 224 p. Available: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Access: 11 set. 2022.

JANSEN, M.; MEYER, D.; FELIX, J. Mulheres Usam Substâncias Psicoativas? Atravessamentos de Gênero na Política de Redução de Danos no Brasil. *Revista Psicologia Política*. vol. 17. nº 38. pp. 90-104. jan-abr. 2017. Available: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n38/v17n38a07.pdf>. Access: 15 ago. 2022.

LOUCOS pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Portal FIOCRUZ, 08 ago. 2019. Available: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Access: 20 set. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. 9-33. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340 p. Available: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Access: 18 ago. 2022.

MOTA, A. E. O Serviço Social na contemporaneidade: a “questão social” e as perspectivas ético-políticas. In: XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS – Relatório de deliberações. Maceió: Alagoas, 3 a 6 de set., 2000. Available: http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2000_29.pdf. Access: 20 ago. 2022.

NUNES, Bárbara Domingues. Política de saúde mental em São Lourenço do Sul: vanguarda na reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023, 200 f. Available: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/10596>. Access: 04 julh.2023.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. Esc. Anna Nery

Rev. Enferm. 2007 dez; 11 (4): 625-31. Available: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xJxfrF5ygMWGDtmsH4B3TZH/?format=pdf&lang=pt>. Access: 11 set. 2022.

PETUCO, D. R. da S.; MEDEIROS, R. G. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010. Available: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf. Access: 11 set. 2022.

PROJETO Recuperando o Futuro. [Projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar]. Unidade de Cuidados Hospitalares para Crianças e Adolescentes Dependentes de Crack e Outras Drogas. Hospital Walter Thofern, São Lourenço do Sul: RS, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Grupo de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação da gestão (org.). Porto Alegre, 2013. Available: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>. Access: 11 set. 2022.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. Justificativa Projeto de Lei da Unidade de Acolhimento Adulto “Mãe me Quer”. São Lourenço do Sul, RS, [2017?].

SHARMA, V. *et al.* Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in Delhi, India. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 11, 2017. Available: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018530>. Access: 21 ago. 2022.

VASQUES, G. de A. Mental Tchê: Um Encontro pelo Cuidado em Liberdade. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.). 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 266-271.

NOTAS SOBRE AS AUTORAS

Maria Isabel Barros Bellini - Professora da Escola de Humanidades/PUCRS no Programa de Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política e Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI). Líder do Grupo de pesquisa DESASTRES E SOCIEDADE: Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas, Gestão e Trabalho em Desastres. Assistente Social da Escola de Saúde Pública- email maria.bellini@pucrs.br; maria.isabel.bellini@gmail.com

Fernanda Xavier Arena – Assistente Social. Pós-doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política / PUCRS. Bolsista PDI Programa INOVA -FIOCRUZ/FAPERGS -Rede Saúde/RS. Doutora em Psicologia pela Universitat de València, Espanha (2018). Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário Metodista IPA (2009). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8459611643719600>. E-mail: fernanda.arena@edu.pucrs.br

Bárbara Domingues Nunes - Assistente Social. Mestra em Serviço Social. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política (PUCRS), Bolsista CAPES/PROEX. E doutoranda no Programa de Política Social e Direitos Humanos (UCPEL). Professora substituta no curso de graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: nunesbarbaral@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3599-9411>.

Carin Otilia Kaefer Lisbôa - Assistente Social. Possui Graduação (2000), Mestrado (2004) em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do RS/PUCRS. Especialização em Gerontologia Social. É doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS/RS, vínculo bolsista CNPq e integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) - PUCRS. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5119716952766063>. E-mail: otiliakaefer@gmail.com.

Gisele Selistre Ramon – Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS / PUCRS (2021 – atualmente). Mestra em Serviço Social pelo PPGSS / PUCRS (2013). Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da PUCRS (2010). Desde 2013 atua como Assistente Social na Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade - NETSI/PUCRS. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4608974271368135>. E-mail: giseleramon89@gmail.com; gisele.ramon@edu.pucrs.br

Julie King - Associate Professor (Social Work and Human Services) and Program Director (Human Services), School of Psychology and Wellbeing, University of Southern Queensland, Australia

Laurem Janine Pereira de Aguiar - Terapeuta Ocupacional. Doutora e mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8268321402603025>. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-0878-0035>. Email: aguiar.laurem@gmail.com

Lidiany de Lima Cavalcante - Assistente Social. Pós-doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas e Coordenadora do Laboratório de Estudos de Gênero da Universidade Federal do Amazonas – LEG/UFAM.

María Elena Cuartero-Castañer - Professora permanente na Universitat de les Illes Balears (Espanha) no departamento de filosofia e Serviço Social. Doutora em Psicologia. Especialização em Intervenção Familiar e Qualidade de Vida Profissional. Membro do grupo de pesquisa Estudos de Trabalho Social Relacional (ETSOR). Email: me.cuartero@uib.es

Niki Edwards - Professor, Academic Discipline Lead (Social Work and Human Services) and Program Director (Master of Social Work (Qualifying), School of Psychology and Wellbeing, University of Southern Queensland, Australia

Ros Darracott - Associate Professor (Social Work and Human Services) and Program Director (Undergraduate Social Work), School of Psychology and Wellbeing, University of Southern Queensland, Australia

A coletânea “Trabalho, Saúde e Intersetorialidade: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência”, organizada pela equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) dos programas de Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política e Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS, devolve à sociedade os resultados das teses e dissertações, discussões em aulas, reuniões e outros espaços de encontro. Os capítulos refletem as escolhas, ações e energias investidas por autoras e autores, que vêm de diferentes áreas do conhecimento e de diversos países, incluindo Brasil, Austrália, Itália e Espanha. A obra desafia a integração de perspectivas diversas em que a diversidade é o adubo para os diálogos entre esses diferentes pontos de vista que, mesmo distintos ou antagônicos convergem para a compreensão da questão social, expressa nas desigualdades e nos processos de resistência. A realidade impõe diálogos interdisciplinares e intersetoriais e em dimensão global, como uma possibilidade tênue para minimamente enfrentar essa realidade cada vez mais desafiadora em que feminicídios, guerras, genocídios, desastres socioambientais, formas cada vez mais perversas de exploração dos trabalhadores se apresentam em nosso cotidiano.

