

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ANGELA MARIA ROSAS CARDOSO

**A INTERSECCIONALIDADE DAS VULNERABILIDADES DE FAMÍLIAS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
DISTRITO FEDERAL**

Brasília - DF
2023

ANGELA MARIA ROSAS CARDOSO

**A INTERSECCIONALIDADE DAS VULNERABILIDADES DE FAMÍLIAS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
DISTRITO FEDERAL**

Tese de Doutorado, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutora pelo
Programa de Pós-Graduação em Bioética
da Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Glória Lima

Brasília - DF
2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CAN581i Cardoso, Angela Maria Rosas
A INTERSECCIONALIDADE DAS VULNERABILIDADES DE FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DO DISTRITO FEDERAL / Angela Maria Rosas Cardoso;
orientador Maria da Glória Lima. -- Brasília, 2023.
142 p.

Tese(Doutorado em Bioética) -- Universidade de Brasília,
2023.

1. Adolescente. 2. Criança. 3. Bioética. 4. Família. 5.
Saúde Mental. I. Lima, Maria da Glória, orient. II. Título.

ANGELA MARIA ROSAS CARDOSO

A INTERSECCIONALIDADE DAS VULNERABILIDADES DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL

Tese de Doutorado, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília

Aprovada em: 14/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Glória Lima (Presidente)
Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Profa. Dra. Marianna Assunção Figueiredo Holanda
Universidade de Brasília (UnB)

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pelas inúmeras graças e bênçãos derramadas em minha vida neste processo de doutoramento, estudo que possibilitou tantos encontros de amor, respeito, aprendizado, partilhas, compaixão e solidariedade.

Aos meus pais, Francisco (*in memoriam*) e Albertina, pela sua história de vida, dignidade, trabalho, garra, perseverança e fé na vida; eles me ensinaram a acreditar e a buscar os meus sonhos.

Ao meu esposo, *Laerte Cardoso*, pelo incentivo, companheirismo, dedicação à família, cuidado e amor, essenciais para que fosse possível a concretização deste sonho.

À minha orientadora *Maria da Glória Lima*, quero expressar minha enorme gratidão, respeito e admiração pela militância e luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, por enxergar sempre muito mais do que eu achava que seria possível e me mostrar um caminho belo e transformador de aprendizado acadêmico, pessoal e profissional.

À professora *Maria Aparecida Gussi*, pela amorosidade do seu olhar e alegria de compartilhar seus saberes.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética, em especial o Professor Volnei Garrafa, pela perseverança e luta na garantia de um mundo mais justo e solidário, e à Professora Marianna Holanda, pela generosidade, alegria e afeto de suas partilhas.

À minha amiga *Ana Míriam Garcia Barbosa*, pela amizade, sorriso e alegria diante das minhas conquistas, pela capacidade de sonhar junto e acreditar na potência do cuidado às famílias.

Aos meus estudantes de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde, por me mostrarem um caminho de felicidade na docência.

Em especial, às mulheres participantes deste estudo, que aceitaram compartilhar comigo suas histórias de vida e seus sofrimentos, na esperança de um futuro melhor para crianças e adolescentes.

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível”.*

(Atribuída a São Francisco de Assis)

RESUMO

O sofrimento psíquico na infância e adolescência pode ameaçar a capacidade e o potencial de crescimento e desenvolvimento saudável, principalmente em contextos de vulnerabilidades, em que se sobressaem as inúmeras desigualdades e iniquidades sociais no Brasil. A partir do marco legal estabelecido pela Lei nº 10.216, de 2001, e a Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde, que possibilitou o fortalecimento do modelo de cuidado psicossocial, territorial e comunitário, a família passa a assumir uma posição estratégica de cuidado com a pessoa que sofre, compartilhando essa responsabilidade com o Estado e a sociedade. Este estudo teve como objetivo analisar a interseccionalidade das vulnerabilidades de familiares responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, atendidas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF). Trata-se de pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, com uso dos procedimentos de diário de campo e aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado, com 14 familiares procedentes de dois serviços especializados de saúde mental à criança e ao adolescente na RAPS/DF, no período de outubro a novembro de 2020 no Adolescentro e de março a maio de 2021 no Centro de Atendimento Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Taguatinga/DF, com os devidos cuidados éticos. A análise é ancorada nos referenciais teóricos da bioética, das políticas públicas e da saúde mental da infância e adolescência. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise lexical realizada pelo uso do *software* Iramuteq. Emergiram quatro classes de palavras, com a respectiva distribuição percentual das palavras do corpus, tendo cada uma recebendo uma denominação temática: Classe 1, Vulnerabilidades nas histórias de vidas das mulheres (26,44%); Classe 2, Vulnerabilidades presentes no cotidiano de cuidado das famílias (26,68%); Classe 3, Vulnerabilidades relacionadas ao acesso e ao cuidado à saúde de crianças e adolescentes nos dispositivos da RAPS (25,8%); e Classe 4, Vulnerabilidades das crianças e adolescentes no ambiente escolar (21,07%). Os resultados dos dados sociodemográficos das participantes evidenciam a mulher como principal cuidadora, com uma sobreposição interseccional de marcadores de vulnerabilidade, como raça, gênero, classe social, baixa escolaridade e trabalho. O estudo aponta a persistência das vulnerabilidades presentes no cotidiano de familiares que assumem a responsabilidade do cuidado de crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico e constituem importantes conflitos bioéticos. Conclui-se que a bioética de intervenção, a partir dos conceitos de libertação, empoderamento e emancipação, pode contribuir para apresentar caminhos que possibilitem o enfrentamento dos fatores de opressão, exclusão e estigmatização negativa, mediante adoção de ações estratégicas para superação de desigualdades sociais e da construção de uma práxis de cuidado em saúde, democrática e participativa, que tenha como pressuposto fundamental o desenvolvimento da autonomia, liberdade e justiça social.

Palavras-chave: Adolescente. Bioética. Criança. Família. Saúde Mental. Enquadramento Interseccional.

ABSTRACT

THE INTERSECTIONALITY OF THE VULNERABILITIES OF FAMILIES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK OF THE FEDERAL DISTRICT

Psychological distress in childhood and adolescence can threaten the capacity and potential for healthy growth and development, especially in vulnerability environments, in which the several inequalities and social inequities in Brazil stand out. From the legal framework established by Law nº 10.216, of 2001, and the Order nº 336, of 2002, of the Health Ministry, which enabled the strengthening of the model of psychosocial, territorial and community care, the family currently assume a key role of care towards the person who suffers, sharing this responsibility with the State and the society. This study aimed at analyzing the intersectionality of the vulnerabilities of family members responsible for taking care of children and adolescents in psychological distress, assisted in the Psychosocial Care Network of the Federal District (RAPS/DF). This is descriptive exploratory research, with a qualitative approach, using field diary procedures and applying semi-structured script surveys, with 14 family members from two specialized mental health services for children and adolescents in RAPS, from October to November 2020, at the Adolescentro, and from March to May 2021 at the Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi) in Taguatinga/DF, with proper ethical care. The analysis is set on the theoretical references of bioethics, public policies and mental health of children and adolescents. The content of the interviews was subjected to lexical analysis carried out by the Iramuteq software. Four classes of words have emerged, with the respective percentage distribution of the words in the corpus, each one having received a thematic denomination: Class 1, Vulnerabilities in the stories of women's lives (26.44%); Class 2, Vulnerabilities present in the daily care of families (26.68%); Class 3, Vulnerabilities related to access and health care for children and adolescents in RAPS devices (25.8%); and Class 4, Vulnerabilities of children and adolescents in the school environment (21.07%). The results of the participants' sociodemographic data emphasize the woman as the main caregiver, with an intersectional overlap of vulnerability markers, such as race, gender, social class, low education, and work. The study points out the persistence of vulnerabilities present in the everyday lives of relatives who take responsibility for caring for children and adolescents in situations of psychological distress and represent major bioethical conflicts. It is concluded that intervention bioethics, applying the concepts of liberation, empowerment, and emancipation, can contribute to presenting ways that enable facing the elements of oppression, exclusion, and negative stigmatization, through the adoption of strategic actions to overcoming social inequalities and the development of a healthcare praxis, democratic and inclusive, which has as basic assumption the development of autonomy, freedom, and social justice.

Keywords: Adolescent. Bioethics. Child. Family. Mental health. Intersectional Framework.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dendograma do Método Reinert com as partições e conteúdo fornecido pelo <i>software</i> Iramuteq.	64
Figura 2 - Análise Fatorial de Correspondência gerada pelo <i>software</i> Iramuteq	66
Quadro 1 - população de abrangência dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil do distrito federal	55
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo	65
Quadro 3 - Perfil das crianças e adolescentes segundo a descrição das familiares	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
APS	Atenção Primária em Saúde
BI	Bioética de Intervenção
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único do Governo Federal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF	Distrito Federal
DISSAM	Diretoria de Saúde Mental
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDF	Governo do Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Preços ao Consumidor Amplo
Iramuteq	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PPC	Poder de Paridade de Compra
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria de Estado de Saúde
ST	Segmento de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
UnB	Universidade de Brasília
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DA BIOÉTICA	18
2.2 INTERSECCIONALIDADE DE VULNERABILIDADES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	22
<i>2.2.1 Panorama da Política de Saúde Mental Infantojuvenil</i>	<i>24</i>
<i>2.2.2 Intersecção das múltiplas vulnerabilidades das famílias na atenção à saúde mental infantojuvenil</i>	<i>32</i>
2.2.3 Vulnerabilidade do estigma relacionado ao sofrimento psíquico: do modelo biomédico ao modelo psicossocial	39
2.3 INTERSECCIONALIDADE E A INTERFACE COM A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	45
3. OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	53
4. MÉTODO	54
4.1 TIPO DE ESTUDO	54
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	54
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	58
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	60
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	63
5. RESULTADOS	64
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES	64
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA SOBRE AS DIMENSÕES DAS VULNERABILIDADES DE FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE MENTAL	67
<i>5.2.1 Vulnerabilidades nas histórias de vidas das mulheres responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico</i>	<i>72</i>
<i>5.2.2. Vulnerabilidades presentes no cotidiano de cuidado das familiares responsáveis pelas crianças e adolescentes com sofrimento psíquico</i>	<i>77</i>
<i>5.2.3 Vulnerabilidades relacionadas ao acesso e ao cuidado à saúde de crianças e adolescentes nos dispositivos da RAPS/DF</i>	<i>84</i>
<i>5.2.4. Vulnerabilidades das crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico no ambiente escolar e a importância de ações em redes intersetoriais</i>	<i>89</i>
6. DISCUSSÃO	96
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICE A	134
APÊNDICE B	136

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	139
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/SECRETARIA DE SAÚDE/FEPECS	140
ANEXO III – TERMO DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DESSE RECORTE DA PESQUISA	141

1. INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico apresenta manifestações de forma singular para cada pessoa e situação, podendo muitas vezes ser percebido como desânimo, perda do prazer de realizar as atividades diárias, irritabilidade, dificuldade de concentração, dificuldade para dormir e manter o sono. Essas diferentes formas de manifestação do sofrimento psíquico na pessoa durante a infância e adolescência podem resultar em condições capazes de ameaçar o potencial de desenvolvimento ao longo da vida, em face das inúmeras desigualdades e iniquidades presentes nos diversos contextos brasileiros.

A problemática do sofrimento psíquico na infância e adolescência se traduz em um importante problema de saúde pública e bioético. A persistência e a emergência dessa questão estão relacionadas à manutenção do modelo biomédico centrado na patologização, incremento do processo de investigação e rotulação diagnóstica e a medicalização como principal recurso para lidar com o sofrimento, segundo Costa-Rosa (2000). Esse autor afirma que essa forma de abordagem implica na condição de assujeitamento das pessoas, isolamento, fragmentação do cuidado, supervalorização do saber médico, perda de autonomia, falta de investimento no desenvolvimento da pessoa ao longo da sua vida e a exclusão de familiares e dos usuários de qualquer participação no processo de tratamento.

A partir de 2001, observa-se maior visibilidade sobre o cuidado em saúde mental à população infantojuvenil, como uma diretriz importante nas políticas de saúde mental, resultante do movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, e como marco legal dessa última, a publicação da Lei nº 10.216, de 2001, que traz como aporte teórico, técnico e assistencial, o modelo de atenção psicossocial, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante dessas novas estratégias no modelo psicossocial, a família passa a assumir novos papéis, visibilidade e importância no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a família é valorizada e inserida como importante no processo de desinstitucionalização e inserção social em seu território.

Entretanto, não é garantida à família condições de suporte a esse cuidado e promoção de melhores condições de vida em sociedade. Estudos destacam o desamparo vivenciado pelas famílias mais vulneráveis para garantir o cuidado necessário à criança e adolescente, reverberando em sentimentos de solidão,

culpabilização social relacionado ao comprometimento psíquico, resultando em sobrecarga física e emocional (SANTIN, KLAFKE, 2011; BESSA, WAIDMAN, 2013).

Esses aspectos apontam para conflitos bioéticos em face das desigualdades e iniquidades sociais vivenciadas pelas famílias brasileiras e a redução do papel do Estado quanto à proteção e promoção de condições de diminuição das vulnerabilidades presentes nos seus contextos sociais e comunitários.

Estudos sobre a família sempre me mobilizaram, direcionando como tema de interesse na minha trajetória e atuação profissional, acadêmica e de pesquisa. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB) em 2000, e, admitida em concurso público na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em 2001, iniciei minha caminhada profissional em uma Unidade Básica de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal. Em 2006 surgiu a possibilidade de ampliar as perspectivas de cuidado no ciclo de vida e o contexto de trabalho na própria SES/DF, a partir de uma formação em serviço no Adolescentro aberta a todos os profissionais da rede de saúde e intersetorial, visando a capacitação no cuidado ao adolescente em situação de uso de álcool e outras drogas e sua família em uma abordagem psicossocial.

Em consonância a esses aspectos da vida profissional à época, minha dissertação de mestrado teve como objetivo analisar o contexto familiar de adolescentes em situação de uso de drogas e em cumprimento de medida socioeducativa em regime de semiliberdade, visando identificar as vulnerabilidades, os recursos e as estratégias utilizadas pelas famílias quanto ao seu papel de proteção e cuidado. A conclusão do Mestrado Acadêmico no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília ocorreu em 2013, com a defesa da dissertação “Um olhar sobre o contexto familiar do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade”.

Atualmente desenvolvo minhas atividades profissionais, como enfermeira assistencial, com carga horária de 20 horas, no Adolescentro que integra a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF) como serviço ambulatorial especializado em saúde mental para adolescentes. E, como docente no Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (FEPECS), com carga horária de 20 horas, e o desejo de compreender melhor os contextos familiares e sociais, lançaram-me a continuar a vida acadêmica.

Assim, na busca de aumentar as possibilidades de atuação profissional nesse contexto de cuidado, o ingresso no doutorado da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília apresentou-se como importante campo da ciência para a melhor contextualização das vulnerabilidades e necessidades de cuidado e proteção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e as suas famílias.

Observo na experiência profissional, que as mulheres se apresentam como principal cuidadora dos seus núcleos familiares no cotidiano de cuidado nos serviços de saúde, como também, revelam em suas narrativas acerca do seus contextos familiares, inúmeras situações de múltiplas e complexas vulnerabilidades presentes em seus contextos de vida para um melhor cuidado a essas crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico. Essas vulnerabilidades perpassam pelas desigualdades e iniquidades sociais, pela ausência ou desproteção do Estado na efetivação de políticas públicas sociais e pelas questões sociais e culturais que levam a estigmatização negativada e exclusão social.

Portanto, esses aspectos apresentam-se como um problema bioético, e carecem de estudos para orientar aos profissionais de saúde e gestores processos de enfrentamento dessas vulnerabilidades para um cuidado ampliado e inclusivo, a garantia de direitos às pessoas e a promoção de qualidade de vida, resgatando a cidadania e empoderamento dessas famílias.

Nessa direção, faz-se necessário superar modelos de atenção medicalizantes e não inclusivos, para se avançar em processos de transformação na perspectiva de cuidado integral em saúde mental, do fortalecimento do território e comunidades e de uma sociedade mais justa e igualitária, promovendo o desenvolvimento articulado às singularidades das pessoas.

Nesse sentido, os referenciais teóricos discutidos na Cátedra Unesco de Bioética do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília integraram-se à minha formação acadêmica e profissional, com importantes discussões e reflexões, a partir da oferta da perspectiva interdisciplinar e plural para a compreensão dos conflitos bioéticos e morais.

Entre as diferentes correntes teóricas, este estudo se articula com a Bioética de Intervenção (BI) enquanto expressão da bioética brasileira, que assume uma leitura crítica da história, do contexto socioeconômico e das relações de poder, na busca de soluções para os problemas persistentes na constituição de uma ética

aplicada e comprometida com as pessoas mais frágeis e vulneráveis (GARRAFA, PORTO, 2003).

A Bioética de Intervenção propõe a discussão das questões políticas e sociais para avaliar eticamente os conflitos morais e éticos, compreendendo a necessidade de articular o cuidado com as condições sociais dos contextos em que as pessoas estão inseridas (GARRAFA, PORTO, 2003; GARRAFA, 2005), tendo como marco fundamental a reflexão sobre as múltiplas formas de vulnerabilidade social como vetores de conflitos éticos, incorporando a perspectiva dos direitos humanos (GARRAFA, 2005; GARRAFA, 2006).

Entre as categorias analíticas da Bioética de Intervenção, ressalta-se o empoderamento, a libertação e a emancipação, que visam a uma discussão comprometida com a liberdade e o respeito pela alteridade, equidade em saúde, dignidade humana, indignação contra as injustiças e busca pela justiça social (GARRAFA, 2005).

Nesse caminho, a interseccionalidade apresenta-se como uma ferramenta analítica importante para se alcançar respostas interseccionais às injustiças sociais, pois é uma abordagem que visa compreender a vida e o comportamento humano enraizado nas experiências e lutas de pessoas privadas de direito, bem como liga a teoria à prática para auxiliar no empoderamento de pessoas e comunidades (COLLINS, BILGE, 2020). Esses aspectos também são ressaltados por Nascimento e Martorell (2013) em face da relevância dos estudos interseccionais para o fortalecimento e busca pela justiça social, ao lado dos mais vulneráveis na sociedade. Esses autores apontam a importância da compreensão dos aspectos políticos que mantêm os processos de exclusão e desigualdades sociais no Brasil (NASCIMENTO, MARTORELL, 2013).

Portanto, a análise interseccional dos eixos de opressão vivenciados pelas crianças, adolescentes e suas famílias, ancorada nas categorias analíticas da Bioética de Intervenção, apresenta-se como um caminho para repensar os processos de trabalho e buscar a efetivação do paradigma psicossocial no contexto da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do Distrito Federal.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a interseccionalidade das vulnerabilidades de familiares responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, atendidas na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal.

Feita esta introdução, esta tese está organizada com o referencial teórico, no qual é apresentada uma contextualização conceitual sobre as diversas vulnerabilidades e os possíveis fatores determinantes envolvidos, dentre os quais as relações de gênero, classe social, estigma relacionado ao sofrimento psíquico e a construção de políticas de saúde mental, para orientar a organização da gestão e da assistência nos dispositivos da rede de atenção psicossocial no cuidado da saúde mental infantojuvenil, em que a família ocupa um lugar importante como parte integrante dessa rede social de cuidado. Destaca-se a importância de um olhar sobre a interseccionalidade desses fatores de vulnerabilidades com as categorias analíticas da Bioética de Intervenção.

Na sequência, são apresentados os objetivos do estudo. A próxima seção contempla a descrição do percurso metodológico, que assume estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. Na seção resultados são apresentados os achados do estudo, buscando-se identificar fatores de vulnerabilidades no contexto cotidiano de cuidado da criança ou adolescente em situação de sofrimento psíquico. A seguir, apresenta-se a discussão, em cuja seção são refletidos os achados a partir dos objetivos propostos e à luz do referencial teórico do campo da saúde mental, da saúde pública e da Bioética de Intervenção.

Nas considerações finais são apontadas algumas estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades no contexto familiar, com ênfase nas relações interseccionais que afetam o cuidado à saúde mental infantojuvenil, à luz da Bioética de Intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico contempla a discussão sobre a compreensão da vulnerabilidade no contexto da bioética para a proteção dos mais vulneráveis e a garantia da dignidade humana, liberdades fundamentais e justiça social. Apresenta-se a interseccionalidade como proposta de análise estrutural e crítica, na medida em que ela se ocupa principalmente em como são formadas e mantidas as desigualdades sociais e, conseqüentemente, as identidades e as suas políticas como produtos de sistemas institucionais, historicamente permeadas de relações de dominação e opressão.

Segue-se com uma contextualização da construção da Política Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes e as potencialidades e desafios para efetivação do modelo psicossocial, conforme preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira, com destaque para o papel da família no cuidado a essa população e a intersecção das múltiplas dimensões das vulnerabilidades.

Essas questões são refletidas à luz das categorias conceituais da Bioética de Intervenção, entre elas a libertação, o empoderamento e a emancipação.

2.1. VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DA BIOÉTICA

A significação etimológica-conceitual de vulnerabilidade de susceptibilidade de ser ferido assume diferentes especificações, de acordo com os contextos em que é enunciada e com a própria evolução da reflexão e da prática bioética (PATRÃO-NEVES, 2006).

Garrafa e Prado (2001, p. 1492) apontam a importância da análise crítica e da contextualização nas questões bioéticas quanto à compreensão da vulnerabilidade como adjetivo que significa “o lado mais fraco de um assunto ou o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido”. Segundo os autores, a aplicabilidade do conceito implica na busca pela proteção a pessoa em situação de maior fragilidade, desamparo ou abandono, por conseguinte, o reconhecimento da singularidade e particularidade de respostas e encaminhamentos adequados para cada situação.

Schramm (2007, p. 5) aborda a insatisfação quanto à imprecisão conceitual do termo vulnerabilidade “aplicado à condição existencial de indivíduos e grupos populacionais em determinadas circunstâncias de desamparo”. O autor apresenta

como proposta a distinção entre vulnerabilidade e vulneração, considerando que vulnerabilidade é uma característica universal de qualquer pessoa humana como uma potência e vulneração como uma situação de fato.

De fato, se todos são potencialmente (ou virtualmente?) vulneráveis enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde. Em suma, parece razoável considerar mais correto distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva “vulneração”, vendo a primeira como mera potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento da tomada de decisão (SCHRAMM, 2007, p. 6).

Portanto, Schramm (2017) identifica como vulneradas as pessoas que não são capazes de se protegerem sozinhas ou que não possuem algum amparo que venha da família, do grupo ao qual pertençam, do Estado e da própria sociedade. Essa distinção, segundo o autor, justifica-se pela assimetria das relações sociais, nas quais são necessárias medidas compensatórias visando à garantia da justiça social de forma democrática, especialmente a resolutividade das ações do Estado.

O papel do Estado na proteção dos sujeitos vulneráveis também é discutido por Kottow (2003). O autor ressalta que alguns indivíduos são afetados por circunstâncias desfavoráveis, entre elas a pobreza, a falta de educação, as dificuldades geográficas, as condições crônicas e endêmicas, a falta de acesso às instituições públicas ou outras fatalidades, caracterizando essas condições como vulnerabilidades adicionais ou secundárias.

Kottow (2003) considera que essas condições resultam em uma suscetibilidade aumentada dos indivíduos, o que favorece a impotência e a perda da capacidade de superação dessa condição, impedindo o desenvolvimento dos sujeitos.

Segundo Kottow (2003) e Schramm (2017), portanto, esses refinamentos conceituais são importantes para a promoção de ações adicionais e diferenciadas de proteção do Estado, a fim de garantir que prevaleçam a justiça e o respeito pelos direitos humanos como reivindicações igualmente válidas de proteção a todos os cidadãos.

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), em seu Artigo 8, denominado Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, expressa uma condição de obrigação, em que indivíduos e grupos de

vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (UNESCO, 2006).

Portanto, a vulnerabilidade é um elemento da condição humana e significa que existem indivíduos e grupos especialmente propensos à violação da integridade pessoal ou ao desrespeito à autonomia, devido à idade, como crianças, ao tipo de doença (raras ou negligenciadas), à falta de acesso a cuidados de saúde devido ao sistema de saúde de seu país, e também ao gênero, escolaridade, situação financeira, estado de saúde e experiências de vida (UNESCO, 2013).

A significação etimológica e conceitual de vulnerabilidade, enquanto suscetibilidade de dano ou de ser ferido, suscita as conotações normativas, pois evoca o debate bioético para a busca pela proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade, considerando que o aspecto normativo é condicional, ou seja, a pessoa pode sofrer o dano, mas o dano ainda não ocorreu, e essa condicionalidade aponta para a responsabilidade na adoção de medidas apropriadas para que ele seja evitado (ten HAVE, 2016).

Ten Have (2016) exemplifica essa conceituação de vulnerabilidade a partir da descrição dos fatores da vulnerabilidade associada às pessoas idosas, considerando o idoso que vive em asilo, com comprometimento cardíaco grave e demência, apresentando paralisia parcial de membros e dependência para alimentação e higiene, dependente dos cuidados de outras pessoas e com risco aumentado para infecções e doenças. Assim, devido ao dano físico, ele é extremamente vulnerável. As pessoas idosas também podem se tornar vulneráveis pela exposição a eventos climáticos extremos, a falta de garantia de fonte de renda por meio do trabalho e a dependência de benefícios de aposentadoria. No entanto, embora os idosos como categoria ou grupo populacional sejam vulneráveis, dependendo da idade, ausência de doenças ou controle adequado das doenças crônicas e dos recursos disponíveis, nem todos serão igualmente vulneráveis.

Esses aspectos apontam para o que o autor esclarece como dimensões de vulnerabilidade, ou seja, quanto à categorização de grupos como vulneráveis, e dentro das categorias, os aspectos individuais que os tornam diferentes quanto às necessidades de proteção. Dessa forma, a vulnerabilidade apresenta várias dimensões, entre as quais a física, emocional ou psicológica, a social e a econômica. Ser vulnerável, portanto, pode estar relacionado a condições internas, como fragilidade, idade, raça/etnia, doença ou deficiência, mas também a condições

externas, como insegurança de renda, moradia, falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo que essas condições podem coexistir ao mesmo tempo, o que reforça o seu caráter multidimensional (ten HAVE, 2016).

A vulnerabilidade implica não apenas a presença de condições internas e externas, mas também a capacidade de escolha ou a perda de controle e poder. Ela é determinada, muitas vezes, pela impossibilidade de se fazer escolhas reais, dadas as circunstâncias em que as pessoas vivem. Portanto, a interação entre ameaças e mecanismos de enfrentamento implica a necessidade de mudanças efetivas nas condições sociais e econômicas, por meio do desenvolvimento de políticas públicas, a fim de diminuir as desigualdades e promover o caminho de justiça social (ten HAVE, 2016).

Assim sendo, em certas circunstâncias algumas pessoas, comunidades ou populações são mais vulneráveis do que outras, incluindo-se as condições exacerbadas pela influência de determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos, que aumentam a exposição a ameaças e diminuem a capacidade de adaptação. Acrescentam-se a isso as vulnerabilidades especiais que estão relacionadas à incapacidade individual de proteger seus próprios interesses, mesmo que tal falta seja produzida por circunstâncias relacionadas às desigualdades de poder, capacidade cognitiva, educação e recursos financeiros (UNESCO, 2013).

Entre as dimensões apontadas, também se ressaltam os aspectos que compreendem a vulnerabilidade social apresentada no Relatório do Comitê Internacional de Bioética da Unesco sobre o princípio do respeito à vulnerabilidade humana e integridade pessoal (UNESCO, 2013, p. 14):

Muitos indivíduos, grupos e populações tornam-se hoje especialmente vulneráveis devido a fatores criados e implementados por outros seres humanos, em muitos casos em flagrante violação de direitos humanos fundamentais. **A vulnerabilidade social é um fenômeno determinado pela estrutura do cotidiano das pessoas e das comunidades.** Situações de vulnerabilidade social geralmente **interferem na autodeterminação** dos indivíduos e levam a um aumento significativo da exposição aos riscos causados pela **exclusão social**.

No contexto deste estudo, inserido em uma rede de atenção psicossocial, ressaltam-se outros estudos que apresentam a caracterização sociodemográfica das pessoas e familiares assistidos na rede de atenção psicossocial, apontando como principais fatores a renda familiar baixa e a baixa escolaridade dos responsáveis

(ZIWCHAK, ARISTIDES, 2019; PEREIRA, GUIMARÃES, 2015; TSZESNIOSKI *et al.*, 2015; DALTRO, MORAES, MARSIGLIA, 2018).

Diante desses aspectos e no contexto deste estudo, que aborda as vulnerabilidades de famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, compreendem-se crianças e adolescentes como grupo populacional vulnerável, independentemente de suas condições sociais. Entretanto, esse grupo populacional não é igualmente vulnerável, tendo em vista que a presença de sofrimentos psíquicos intensos e persistentes, associado às fragilidades na implementação das políticas públicas, indica múltiplas dimensões de opressão que essas pessoas vivenciam ao longo da sua vida.

Ressalta-se ainda a discussão do conceito de vulnerabilidade quanto às moralidades hegemônicas de Sanches, Mannes e Cunha (2018). Esses autores apontam que as dimensões discutidas anteriormente sobre a vulnerabilidade não incluem a dimensão da compreensão dos processos de exclusão que essas pessoas vivenciam apenas pela condição de divergirem dos valores e padrões morais hegemônicos. Com esse entendimento, eles estabeleceram uma nova dimensão, denominada vulnerabilidade moral.

Sanches, Mannes e Cunha (2018) ressaltam que determinados problemas não estão necessariamente relacionados a condições socioeconômicas, mas essencialmente a uma dimensão excludente e/ou estigmatizante da moralidade hegemônica. Nesse sentido, a inclusão dessa dimensão busca compreender, a partir das narrativas das famílias, as implicações para o cuidado à criança e ao adolescente diante dos prejuízos decorrentes dos processos de estigmatização e discriminação relacionados ao sofrimento psíquico.

2.2 INTERSECCIONALIDADE DE VULNERABILIDADES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

O conceito de interseccionalidade tem sido discutido com o objetivo de se compreender as múltiplas dimensões de desigualdades e o desenvolvimento de alternativas para se resistir e desafiar as várias formas de opressão (CRENSHAW, 1991; BIROLI, MIGUEL, 2015; SMOLEN, 2016; GRZANKA, 2018; RIBEIRO, 2019).

Para a compreensão dessa perspectiva teórica, ressalta-se o conceito de interseccionalidade apresentado por Crenshaw (2002):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Crenshaw (1991, 2002), em seus estudos, apresenta a interseccionalidade como uma forma de se construir as várias interações de raça e gênero no contexto da violência contra as mulheres negras, oferecendo como resposta a consciência da interseccionalidade como o melhor reconhecimento em torno das diferenças e a avaliação de propostas pelas quais essas diferenças encontrarão expressão na construção de políticas de grupo.

Embora a discussão sobre a interseccionalidade tenha surgido dos movimentos feministas das mulheres negras, essa abordagem teórica não está reduzida à teoria sobre identidade (GRZANKA, 2018). A autora aponta que a interseccionalidade é uma análise estrutural e crítica, na medida em que se ocupa principalmente sobre como são formadas e mantidas as desigualdades sociais e, conseqüentemente, as identidades e as suas políticas como produtos de sistemas institucionais historicamente entrincheirados de dominação e violência.

Hening (2015, p. 117) propõe a noção de

Interseccionalidade compreendida primeiramente como relativa às formas de entrelaçamento entre os marcadores sociais da diferença e suas potenciais decorrências em termos de desigualdades sociais, assim como, relativa ao desenvolvimento de táticas de resistência, questionamento e desconstrução da desigualdade, sobretudo sob distintas formas de agência interseccional.

Biroli e Miguel (2015) também ressaltam outros importantes determinantes na construção dessas desigualdades, como geração, sexualidade, etnia e deficiência. Neste estudo, a interseccionalidade apresenta-se como ferramenta analítica e crítica para compreender o contexto de familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, inseridos na rede de atenção psicossocial. Isso porque a compreensão isolada dos aspectos relacionados à classe social, gênero, raça, sofrimento psíquico, deficiência, idade, estigma, entre outros, pode levar a análises parciais e distorções

quanto à dimensão das desigualdades sociais e aos sistemas de opressão e dominação vivenciados por essas pessoas.

Nos próximos tópicos serão discutidos os aspectos da intersecção das vulnerabilidades relacionadas à implementação das ações da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e a inserção da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, com discussão sobre os aspectos relacionados à mulher como principal cuidadora e sobre o estigma, que favorece os processos de exclusão e discriminação.

2.2.1 Panorama da Política de Saúde Mental Infantojuvenil

Nesta seção, por compreender que as políticas públicas de saúde mental podem ter reflexo no processo de enfrentamento dos problemas históricos das vulnerabilidades presentes na atenção à saúde mental infantojuvenil, apresenta-se uma breve contextualização histórica acerca dos avanços e desafios para a efetivação do modelo de atenção psicossocial, com base territorial e comunitária.

A construção da política de saúde mental para crianças e adolescentes ocorreu com o processo de redemocratização do Estado, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), possibilitando visibilidade para a infância e a adolescência, e os marcos éticos da reforma psiquiátrica, que culminaram na publicação da Lei nº 10.216, de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, no documento intitulado Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, publicado em 2005, estabelece que os princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil devem estar ancorados em uma base ética e em uma lógica do cuidado, considerando a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso da sua existência (BRASIL, 2005).

A compreensão da criança e/ou adolescente como sujeito implica o reconhecimento da singularidade do cuidado singular e o direito à voz e escuta às suas demandas, prevendo o acolhimento universal, o encaminhamento implicado e corresponsável, a construção permanente da rede e da intersetorialidade, trabalho no

território, avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2005).

Entre os eventos que marcaram a construção social e política de uma nova concepção de criança e adolescente, ressalta-se a promulgação, no Brasil, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considerando criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O ECA alterou a condição jurídica anterior de menores para a de sujeitos de direitos, substituindo a doutrina da situação irregular pela da proteção integral, como marco orientador das novas políticas e de ações dirigidas à infância e à adolescência, e estabeleceu as disposições preliminares relacionadas à garantia de direitos fundamentais e à dignidade para essa população (BRASIL, 1990).

Apesar do estabelecimento dos marcos cronológicos para a organização das ações políticas para essa população, o Ministério da Saúde menciona que a idade não pode ser definida como um fator delimitador para a compreensão da infância e adolescência, tendo em vista que a delimitação cronológica é insuficiente para universalizar e naturalizar a complexidade dessas faixas etárias (BRASIL, 2007).

Rocha (2004) ressalta que diante das inúmeras desigualdades e iniquidades presentes nos diversos contextos brasileiros há o reconhecimento social da criança e a maior atenção à infância, mas não uma garantia do direito à infância. Seu raciocínio tem amparo no fato de que os inúmeros aspectos relacionados às vulnerabilidades sociais impõem diferentes condições à garantia dos direitos, resultando na existência de diferentes infâncias, em face das diversas formas de se experimentar essa fase da vida e que estão intrinsecamente relacionadas às oportunidades oferecidas pelas condições dos contextos sociais, culturais e políticos em que a criança está inserida.

Nesse sentido também cabe “falar não da adolescência, mas das adolescências que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura” (BRASIL, 2007, p. 9).

Ressalta-se que a construção da política de saúde mental para crianças e adolescentes, segundo Couto e Delgado (2015, p. 23), até a década de 1980, tratava-se de uma “agenda política edificada não para cuidar do padecimento mental na infância e na adolescência, mas para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes”.

Para esses autores (2015, p. 20), a reforma psiquiátrica brasileira significou para a infância e a adolescência a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras, culminando no processo de construção da política de saúde mental para crianças e adolescentes em uma nova perspectiva de cuidado, oposta às linhas de assistência mantidas por várias décadas, ou seja, “uma linha mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização”.

No caminho da construção da política de saúde mental para crianças e adolescentes, ressalta-se o modelo de saúde mental preconizado pela Lei nº 10.216, de 2001, considerada o marco legal da reforma psiquiátrica brasileira e endossou, de forma histórica, as diretrizes da saúde mental na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), ao garantir às pessoas acometidas de sofrimento psíquico a universalidade do acesso aos serviços de saúde e o direito à assistência integral.

Esse marco legal buscou o fortalecimento dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e familiares com a proposta de modelos substitutivos para romper com o modelo biomédico e manicomial. O objetivo era a desinstitucionalização, a partir da construção de uma rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental (BRASIL, 2001) e que possui como objeto de cuidado a existência e o sofrimento da pessoa, considerados um campo transdisciplinar, com diversidades de intervenção e ações intersetoriais, no qual há múltiplos profissionais e atores no cuidado (COSTA-ROSA, 2000).

Portanto, os serviços de saúde mental infantojuvenis que visam atender a esses princípios devem:

Assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014a, p. 27).

Nesse caminho, a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (MS), estabeleceu as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para o atendimento público em saúde mental, com foco no atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, no qual se ressaltam

os serviços de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, denominados de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) (BRASIL, 2002).

O CAPSi possibilitou novas práticas no campo da saúde mental para a infância e adolescência, a partir do entendimento de que é possível construir formas de se enfrentar o sofrimento psíquico centrando-se nas pessoas que sofrem e naquelas que integram o seu convívio. O modelo de atendimento do CAPSi pressupõe, ainda, que o desenvolvimento da autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população (BRASIL, 2014a).

Ressalta-se que a perspectiva da compreensão do sofrimento mental como sofrimento psíquico visa ao reconhecimento da singularidade das pessoas que sofrem e como expressam seus sofrimentos, especialmente na infância e na adolescência, e como se dá o cuidado das famílias no contexto da intersecção de suas vulnerabilidades ao longo das suas histórias de vida.

O sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente (BRASIL, 2013, p.14).

Esse conceito contrapõe a denominação de doença mental ou transtorno mental, ainda presente nos manuais e documentos do MS e nas legislações vigentes, definida como:

Uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2014, p. 20).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental (RAPS), incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa rede compreende os Centros de Atenção Psicossocial, os

serviços de atenção primária à saúde e os de urgência e emergência e de atenção hospitalar, bem como estratégias de reabilitação e de desinstitucionalização, em fundamental parceria das redes intersetoriais (BRASIL, 2011).

As estratégias de desinstitucionalização, segundo Amarante (1995, p. 494) compreende “tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, isto significa não administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades”. Franco e Stralen (2015, p. 313) ressaltam que a prática de desinstitucionalização fundamenta-se, acima de tudo, no entendimento de que é necessário a “construção de novos espaços de habitar que permitam novos arranjos para a produção de subjetividade”, atualmente discutidas nas legislações e documentos ministeriais como Unidade de Acolhimento (UA) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Segundo Saraceno (2001), o Centro de Atenção Psicossocial tem o paradigma de reabilitação psicossocial, como o paradigma de referência, no qual, a reabilitação é a reconstrução da contratualidade social da pessoa em sofrimento psíquico, ou seja, um processo que requer a criação de espaços de negociação entre as pessoas envolvidas e a comunidade, tendo como eixos, a morada, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital, a vida social, em que se dão as trocas sociais, e o trabalho, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e auto-realização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. Essas estratégias são citadas pelo Ministério da Saúde como ações que promovam a inclusão social/autonomia, iniciativas de geração de renda e trabalho, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2014).

Portanto, a organização dos serviços em rede teve como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias, garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

No campo da atenção a crianças e adolescentes, destaca-se: 1) Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2)

Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas - Equipe de Consultório na Rua; 3) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 4) Centros de convivência e cultura; 5) Atenção Psicossocial Estratégica - Centro de Atenção Psicossocial; 6) Atenção residencial de caráter transitório - Unidade de Acolhimento infantojuvenil (UA); 7) Atenção de urgência e emergência - Atenção hospitalar e enfermaria especializada em hospital geral (BRASIL, 2014).

Buscando a compreensão sobre a importância do território como princípio na consolidação do modelo psicossocial ao cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, ressalta-se que:

Ele diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens escrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas (LIMA, YASUI, 2014, p.597).

Outro princípio da política de saúde mental que tem como função reorientar a oferta de serviços e o cuidado em saúde mental, sendo importante na diminuição da dispersão e fragmentação das ações em torno das crianças e dos adolescentes, é a intersectorialidade, definida como:

Uma lógica de construção e operação das políticas públicas que potencializa recursos humanos, financeiros e materiais por meio do desenvolvimento de estratégias conjuntas de gestão e compartilhamento de informações pertinentes ao atendimento integral e integrado. A intersectorialidade associa políticas, conjuga saberes, e competências e multiplica resultados que ultrapassam a segmentação do atendimento, sendo, portanto, potente instrumento estratégico de atenção integral e integrado, pois transcende a atuação de políticas isoladas (BRASIL, 2018, p. 28).

Portanto, o caráter intersectorial previsto na política de saúde mental visa integrar ações entre diferentes profissionais e setores, em suas diferentes áreas de política, buscando um trabalho alinhado e de forma complementar (BRASIL, 2018). Entre os dispositivos da rede intersectorial a serem articulados para a efetivação do modelo psicossocial, ressalta-se a escola como um elemento de cuidado importante para a criança e o adolescente, enquanto dispositivo de intervenção de programas e políticas públicas de educação.

Nesse caminho, Nunes, Saia e Tavares (2015) analisam que ao longo dos últimos anos foram publicadas normativas e legislações que visavam garantir o direito à educação a todas as pessoas, sem discriminação quanto à raça, gênero e cor. Entretanto, ainda persistem inúmeras dificuldades para a efetivação de medidas que proporcionem ações educativas diante da diversidade de habilidades e das histórias de vidas de crianças e adolescentes na educação pública, especialmente na educação inclusiva.

Pensar a escola como espaço de cuidado e promotor de desenvolvimento também perpassa a busca por compreender as relações de poder que mantêm as desigualdades sociais e que estão permeadas por ações que categorizam as pessoas quanto ao desempenho cognitivo, a capacidade de manter boas relações sociais, a participação da família na escola e a aceitação de regras. Essas são apenas algumas entre outras perspectivas que acabam por rotular e distinguir crianças e adolescentes nesses contextos, resultando em processos de exclusão violando o que está proposto em legislações nacionais e normativas internacionais, como o ECA e a DUBDH.

Ressalta-se a importância de se falar da educação inclusiva como resultado de histórico de lutas, conquistas e estudos que consolidaram essa estratégia pedagógica como um modelo de avanço educacional. Ao longo da década de 1990, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e movimentos sociais em defesa dos direitos das pessoas com deficiência se mobilizaram em torno desse tema, resultando na publicação de importantes documentos, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 (BRASIL, 2008) e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, a chamada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

Entre outros aspectos para o fortalecimento do modelo psicossocial de base territorial e comunitária, ressalta-se a articulação entre os dispositivos que compõem a RAPS. Os resultados de uma pesquisa documental, cujo objetivo foi identificar os avanços dos novos dispositivos implementados a partir da reforma psiquiátrica, indicou que ainda existem importantes desafios para se ampliar o acesso e a possibilidade de continuidade do tratamento no território, a exemplo do aumento da

cobertura dos CAPSi e da integração da saúde mental com a atenção primária (FARIA, MENEZES, 2016).

A quantidade de CAPSi, considerada insuficiente e desigualmente distribuída, pode ser atribuída à ausência de decisão política e de investimento para ampliação dos serviços e, ainda, à escassez de psiquiatras gerais e de especialistas em psiquiatria infantojuvenil (GARCIA, SANTOS, MACHADO, 2015). Contudo, o quantitativo de CAPSi é apenas um dos requisitos necessários para se proporcionar a melhoria do acesso à atenção psicossocial infantojuvenil; outra importante questão é a efetivação do modelo psicossocial a partir das ações intersetoriais, da articulação com os recursos do território e do matriciamento por meio do fortalecimento do papel do Estado na proteção aos mais vulneráveis.

Nesse sentido, as ações articuladas entre os dispositivos de saúde mental e atenção primária podem ampliar o acesso e garantir a continuidade do cuidado no território, tendo em vista que a saúde mental deve ser um campo de intervenção prioritário das Equipes de Saúde da Família (ESF). Isso porque tais equipes têm potencialidade de atuar no espaço em que a comunidade vive, devendo ser norteadas por uma visão abrangente da saúde e dos modos de vida da população (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Dessa forma, as ações em conjunto entre os serviços de saúde mental e as ESF visam ampliar o potencial do CAPSi como agenciador de novos cuidados, constituindo uma forma potencializadora do cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico, compartilhando a responsabilidade na melhoria da qualidade de vida das pessoas de um determinado território, e tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis (CARVALHO *et al.*, 2014). Para tanto, as ações de matriciamento dos serviços de saúde mental constituem uma importante ferramenta na ampliação do acesso ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde.

O apoio matricial se constitui em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p. 34).

Dimenstein *et al.* (2009, p. 66) ressaltam que “o apoio matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo”. No bojo dessa discussão, Oliveira e Campos (2015) destacam, como característica que diferencia o apoio matricial das demais estratégias de fortalecimento da rede, o compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas, o que aponta para relações mais igualitárias entre os profissionais e o compartilhamento de saberes e fazeres, tendo como objetivo a resolutividade e o cuidado à pessoa que sofre.

Entretanto, estudos evidenciam a presença de diferentes modelos e perspectivas de cuidado à pessoa em sofrimento, considerando o cuidado centrado em um modelo medicalizante ainda tão presente no contexto dos dispositivos da RAPS, até mesmo dos serviços substitutivos como o CAPSi (DELFINI, REIS, 2012; CONSTANTINIDIS, ANDRADE, 2015; ROSSI, *et al.*, 2019). Além disso, ressaltam-se as relações interseccionais de poder, que dificultam o avanço das mudanças no campo da rede de saúde na busca de um cuidado mais ético e corresponsável (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

2.2.2 Intersecção das múltiplas vulnerabilidades das famílias na atenção à saúde mental infantojuvenil

A partir da publicação da Lei nº 10.216, de 2001, e das Portaria nº 336, de 2002, e 3088, de 2011, do MS, a família passa a assumir novos papéis, compartilhando com o Estado e a sociedade a responsabilidade pelo cuidado do seu familiar em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011). Verifica-se, portanto, a valorização da família como parte do tratamento e o reconhecimento como potente recurso de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Sarti (2007), ao discutir a compreensão sobre o conceito de família, principalmente quando inserida nas políticas sociais, aponta a elasticidade sobre o conceito e os diferentes sentidos nos distintos segmentos sociais, tendo em vista a desigualdade de acesso a recursos, especialmente entre as famílias pobres.

Nesse sentido, a autora reforça que na abordagem da família precisa-se compreender que:

A família é algo que se define por uma **história que se conta aos indivíduos, ao longo do tempo**, desde que nascem, por palavras, gestos, atitudes ou silêncios e que será por eles reproduzida e ressignificada, à sua maneira, dados os seus distintos lugares e momentos na família. [...] **trabalhar com famílias requer abertura para uma escuta**, a fim de localizar os pontos de vulnerabilidade, mas também os recursos disponíveis (SARTI, 2007, p. 26, grifo nosso).

Entre as famílias pobres, Sarti (2007) ressalta a configuração em rede, tendo em vista as dificuldades enfrentadas para a realização dos papéis familiares no núcleo conjugal diante de uniões instáveis e empregos informais. Segundo a autora, esses aspectos resultam em arranjos que envolvem a rede de parentesco como um todo, a fim de viabilizar a existência da família, já que sua extensão corresponde a uma rede de obrigações. Além disso, fazem parte da família aqueles com quem se pode contar e confiar, sendo suas fronteiras traçadas segundo o princípio da obrigação, o que lhe dá fundamento e estrutura suas relações.

No caminho do cuidado aos familiares e do respeito às suas singularidades e demandas, o trabalho com as famílias deve vislumbrar um espaço para que possam expor suas dificuldades, angústias e demandas, ou seja, uma escuta sobre como a pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver com uma criança e/ou adolescente em intenso sofrimento psíquico (NAVARINI, HIRDES, 2008; SANTIN, KLAFKE, 2011).

Os familiares diante da ausência desse suporte adequado podem apresentar sentimentos de medo, solidão no processo de enfrentamento, dificuldades quanto à adesão ao tratamento e para lidar com o estigma e a culpabilização social relacionados ao comprometimento psíquico de seus familiares, resultando em sobrecarga física e emocional para a mulher (SANTIN, KLAFKE, 2011; BESSA, WAIDMAN, 2013).

A sobrecarga está relacionada às demandas para acompanhar a pessoa em sofrimento psíquico ao serviço de saúde, à privação do cuidado da sua própria vida (NAVARINI, HIRDES, 2008), à insegurança sobre o que fazer e como cuidar diante das situações de crise (BESSA, WAIDMAN, 2013), às preocupações com a segurança física e com o futuro, à baixa efetividade dos serviços de saúde em propor ações que contemplem as famílias de modo abrangente e que valorizem o seu papel de cuidador (REIS *et al.*, 2016).

Delgado (2014, p. 104) descreve que “a intensidade do cuidado contínuo acarreta para os familiares uma enorme sobrecarga, tornando-se o desafio crucial da

reforma psiquiátrica oferecer resposta efetiva a tais necessidades”, principalmente porque a questão identitária para as mulheres quanto ao cuidado produz uma invisibilidade não só de cuidados exercidos por elas, mas também das omissões praticadas pelos homens quanto ao envolvimento e cuidado dos filhos (FRANCO *et al.*, 2021).

Considerando que diversos estudos sobre familiares de crianças, adolescentes e adultos com sofrimentos psíquicos apontam a mulher como a principal cuidadora (mães, avós, tias, amigas, esposas, filhas, entre outras) no âmbito doméstico e em todos os demais espaços da rede de saúde e intersetorial (MARINI *et al.*, 2010; SANTIN, KLAFKE, 2011; ELOIA *et al.*, 2014), ressaltam-se as desigualdades sociais relacionadas ao gênero.

Saffioti (2015, p. 59), ao discutir o conceito de gênero e patriarcado, ressalta que as diferentes correntes feministas enfatizaram determinado aspecto do gênero, apontando como consenso a perspectiva de gênero como construção social do masculino e feminino, não explicitando necessariamente as desigualdades entre homens e mulheres. A autora refere que ao “colocar no nome da dominação masculina – patriarcado – na sombra significa operar segundo a ideologia patriarcal, que torna natural essa dominação-exploração”.

Dessa forma, o conceito de patriarcado pressupõe uma perspectiva que proporciona a compreensão das hierarquias e estrutura de poder da sociedade, em que “o valor central da cultura gerada pela dominação-exploração patriarcal é o controle” (SAFFIOTI, 2015, p. 13).

Nesse contexto, a compreensão dessas relações de dominação-exploração oferece caminhos para se discutir a normatização de papéis e das relações familiares que atravessam a história e permanecem na atualidade, especialmente a manutenção de relações de violência entre casais e entre pais e filhos. Resguardando-se as diferenças de condições sanitárias e de saúde, diferenciadas da época retratada por Badinter (1985), a maternidade nas classes sociais menos favorecidas ainda é permeada pela ausência da mulher da casa em virtude de seu deslocamento para o trabalho informal e pouco rentável e por sua responsabilidade pelo trabalho doméstico e pela educação dos filhos.

Louro (1997) ressalta que:

Homens e mulheres certamente não são construídos apenas através de um mecanismo de repressão ou censura, eles e elas se fazem, também, através de práticas e relações que instituem gestos, modos de ser e de estar no mundo, formas de falar e de agir, condutas e posturas apropriadas. **Os gêneros se produzem, portanto, nas e pelas relações de poder** (p.41). [...] A atribuição da diferença está sempre implicada em relações de poder, a diferença é nomeada a partir de um determinado lugar que se coloca como referência (p. 47) [...] a atribuição da diferença é sempre historicamente contingente – ela é dependente de uma situação e de um momento particulares (LOURO, 1997, p. 50, grifo nosso).

Nesse sentido, Saffioti (2015) também ressalta que a experiência histórica das mulheres tem sido diferente da dos homens, não apenas do ponto de vista quantitativo, ou seja, número de mulheres em cargos de poder, salários, respeito, mas também do ponto de vista qualitativo, em que a participação de umas é distinta da de outras, considerando as desigualdades relacionadas a raça e classe social, conforme também identificado em pesquisas nacionais quanto aos principais indicadores socioeconômicos (IPEA, 2011; IBGE, 2016, 2022).

Diante desse contexto, Biroli e Miguel (2015) apontam que o exercício pleno da maternidade da mulher negra parte de um ponto de muito mais resistência social e vulnerabilidade em relação à mulher branca, dadas as complexidades de opressão historicamente construídas, que envolvem a mulher negra e a sobreposição de opressões. Os prejuízos decorrentes dos fatores de opressão vivenciados pelas mulheres negras as desqualificam como pessoas e resultam em inúmeros sofrimentos, dificultando assim, o rompimento desses ciclos de violências e a repetição das suas histórias (ROSA, KLAFFE, 2014; SILVA, COELHO, NJAINE, 2014; DINIZ, 2017).

A pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, publicada em 2019, revela que a redução dos índices de violência contra a mulher ainda demanda muitas ações da parte do Estado em suas diferentes esferas, a fim de proteger e garantir a dignidade e os direitos da mulher (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019). De acordo com a referida pesquisa, 27,4% das mulheres sofreram alguma experiência de assédio, violência física e psicológica em 2018, ou seja, 16 milhões de mulheres brasileiras com mais de 16 anos; desse universo, 76% tiveram como agressor uma pessoa conhecida, estando entre os vínculos mais citados o namorado/cônjuge/companheiro (23,8%) e a ocorrência da violência dentro de casa (42%); apenas 10% relataram ter buscado uma delegacia após um episódio mais grave de violência sofrida.

Nessa direção, Saffioti (2015, p. 75) busca estabelecer os conceitos entre os diferentes tipos de violência:

A **violência de gênero** pode ser perpetrada por um homem contra outro, por uma mulher contra outra. Todavia, o vetor mais amplamente difundido da violência de gênero caminha no sentido homem contra mulher. A **violência familiar**, ou seja, aquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e a afinidade. Compreendida na violência de gênero, a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. A **violência intrafamiliar** extrapola os limites do domicílio. Um avô, cujo domicílio é separado do de seu neto, pode cometer violência, em nome da sagrada família, contra este parente. A **violência doméstica** apresenta pontos de sobreposição com a familiar, podendo também atingir pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregados e empregadas(os) domésticas(os) (**grifo nosso**).

Saffioti (2015, p. 80) também aponta um caminho para as dificuldades de denominação de formas de violência, considerando que em muitos momentos se confundem e são sutis os limites físicos ou sobre quem pratica e contra quem, sugerindo o conceito de direitos humanos, em que, “a violência é todo agenciamento capaz de violá-lo”.

A Lei nº 11.340, de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, também conhecida como Lei Maria da Penha, define como violência contra a mulher “toda e qualquer ação, mesmo omissão, que por conta da desigualdade de gênero cause à mulher sofrimento físico, sexual, psicológico ou gere danos patrimoniais” (BRASIL, 2006).

Considerando esses aspectos, dá-se visibilidade ao impacto social dessas experiências na vida das mulheres e das pessoas de quem se tornam responsáveis. No entanto,

qualquer política que se pretenda efetiva no enfrentamento da violência contra as mulheres, precisa necessariamente, incluir um componente que busque suas raízes culturais e a necessidade de desconstrução das normas sociais que contribuem para a desigualdade de gênero (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019, p. 7).

Nesse sentido, Mombaça (2016) destaca a necessidade de enfrentamento, de não se calar diante das violências vividas, orientadas pelos princípios da diferenciação racista, classista e sexista. Para isso, é preciso nomear a norma, ou seja, dar visibilidade às violências que persistem nesses ambientes domésticos e que são

dadas como naturais, como algo construído pelo casal na sua vida diária, em que as violências não nomeadas, não são dadas como violência, e nisso se constitui o lugar de privilégio dos homens nessas relações.

Ressalta-se a ausência do Estado em garantir a implementação de políticas públicas que ofereçam o cuidado às mulheres, visando à busca pela igualdade das relações entre homens e mulheres. Entre as ações possíveis e necessárias às famílias estão a proteção à mulher contra todas as formas de violência, a oferta de serviços que proporcionem educação, lazer e esporte para que possam trabalhar, a qualificação profissional de mulheres para o mercado de trabalho. Portanto, “ações que viabilizem condições concretas de reprodução material, promoção de bem-estar e cidadania” (PEREIRA, 2020, p. 41)

Nesse contexto, é importante interseccionar entre essas questões a pobreza, considerando-se que as pessoas participantes do estudo também possuem prejuízo no acesso aos serviços, em razão de sua dependência das políticas do Estado. Souza e Silva (2019, p. 5) definem pobreza como “a situação na qual as necessidades das pessoas não são atendidas de forma adequada, ou, ainda, situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com suas necessidades básicas”.

Essas autoras ressaltam a multidimensionalidade e um duplo sentido do conceito atribuído à pobreza: um que abarca as condições de baixo desenvolvimento do local onde residem, reduzindo o acesso às condições básicas de existência; e outro, com raízes nas características demográficas e nas limitações do capital humano e financeiro das famílias, que prejudicam a capacidade de elevação da renda familiar. Segundo elas, não se pode identificar a pobreza apenas como escassez de renda, mas também como privação das capacidades básicas para o desenvolvimento, conforme também discutido por Sen (2000, p. 36), que compreende pobreza como “uma privação de capacidades básicas, e não apenas como baixa renda”.

Nesse contexto, destacam-se os indicadores discutidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), entre os quais a pobreza monetária. Com tais indicadores, procura-se mensurar o número de pessoas pobres, definidas como aquelas que se encontram abaixo de um determinado limite de renda (no caso o rendimento domiciliar *per capita*). Entre os indicadores monetários, destacam-se as linhas de pobreza e extrema pobreza definidas pelo Banco Mundial. A linha de extrema pobreza está fixada atualmente em US\$ 1,90 por dia e a de pobreza em

US\$ 5,50 por dia, em termos de Poder de Paridade de Compra (PPC) (ou, em inglês, *purchasing power parity*), a preços internacionais de 2011. Esses limites estão ancorados nas estimativas de pobreza dos países mais pobres do mundo.

Tal medida vem sendo utilizada para o monitoramento da extrema pobreza dos países, a partir do indicador 1.1.1 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), tendo como taxa de conversão da paridade de poder de compra para consumo privado R\$ 1,66 para US\$ 1,00 PPC 2011, valores diários tornados mensais e inflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para anos recentes (IBGE, 2022).

A partir dessa medida, o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil, de 2021, aponta a existência de 12 milhões de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza (5,7%) e 51 milhões de pessoas em situação de pobreza (24,1%) em 2020, atingindo especialmente homens negros e mulheres negras, considerando o agravamento do desemprego, o aumento da pobreza e a insegurança alimentar decorrente da pandemia da Covid-19 em todo o seu território nacional (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022).

Ainda, as linhas de pobreza administrativas, aquelas criadas com o objetivo de identificar o público beneficiário de programas sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família, em que o valor do rendimento familiar *per capita* para as linhas de extrema pobreza e pobreza passaram a ser de, respectivamente, R\$ 105,00 e R\$ 210,00 por mês (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022).

Nesse contexto de muitas vulnerabilidades de crianças e adolescentes, a pandemia da Covid-19 piorou o acesso a serviços de saúde e os índices relativos à educação (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, no segundo trimestre de 2021, 244 mil crianças e adolescentes de 6 a 14 anos estavam fora da escola – um aumento de 171% em relação ao primeiro trimestre de 2019; outros grupos desproporcionalmente afetados pela pandemia são mulheres e meninas, pessoas negras e pessoas com deficiência (IBGE, 2022).

A pandemia da Covid-19 também colocou luz sobre as desigualdades sociais que já existiam e foram ampliadas devido ao acesso desigual ao sistema de saúde para diagnósticos e tratamento das doenças pré-existentes e para a Covid-19, pelas populações urbanas que vivem em aglomerados populacionais (COUTINHO, SAGGESE, CABRAL, 2021). Esse universo de pessoas sofre com condições

precárias de moradia e saneamento básico, incluindo domicílios superlotados e dificuldades para acesso à água potável, sanitárias, alimentação e nutrição (IBGE, 2022).

2.2.3 Vulnerabilidade do estigma relacionado ao sofrimento psíquico: do modelo biomédico ao modelo psicossocial

A discussão sobre o estigma relacionado ao adoecimento psíquico é abordada por vários autores, tendo em vista a importância da compreensão do fenômeno social da exclusão relacionado ao tema (GOFFMAN, 1988; LINK, PHELAN, 2001).

A primeira abordagem importante sobre o estigma na literatura é descrita por Ervin Goffman em 1963, na obra intitulada *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Segundo Goffman (1988, p.6), o estigma é o resultado de uma combinação de atributos pessoais e estereótipos sociais que contribuem para a rotulação de determinados indivíduos com características “inaceitáveis” ou “inferiores”.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real [...]. **O termo estigma é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributo.** Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso.

Portanto, o estigma envolve premissas essenciais e fundamentais, entre as quais a de que a estigmatização só pode ser representada por meio de relações sociais e, dessa forma, embora as pessoas possam antecipar o sofrimento relacionado a rejeição e exclusão, estas se tornam reais quando elas experimentam o sofrimento na interação social; os estigmas, ainda, são moldados e remodelados nas configurações culturais de cada contexto (GOFFMAN, 1998).

As pessoas distinguem e rotulam diferenças humanas, mantidas por crenças culturais dominantes que ligam pessoas rotuladas a estereótipos negativos, nas quais

são colocadas em categorias distintas a fim de se estabelecer critérios de separação entre “nós” – grupos hegemônicos – e “eles” – grupos minoritários e/ou excluídos (LINK, PHELAN, 2001). Segundo esses autores, o estigma envolve um rótulo que vincula uma pessoa a um conjunto de características negativas que estabelecem um estereótipo, resultando em desvantagens em vários contextos da vida.

O estigma é totalmente dependente do poder social, econômico e político e, portanto, o papel do poder é essencial para a sua produção e manutenção social. Entre as diferentes categorizações sobre as manifestações do estigma, ressalta-se o conceito de estigma social ou público, tendo em vista que, no contexto de pessoas em sofrimento psíquico, esse conceito reforça o processo no qual a população em geral endossa o estereótipo da doença mental e age de maneira discriminatória (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN, BINK, 2016).

O estigma público impacta negativamente no acesso à saúde, pois as pessoas rotuladas como doentes mentais têm menos chance de conseguir acesso integral à saúde em relação às pessoas sem adoecimento mental, bem como no acesso a emprego e no estabelecimento de relações sociais (CORRINGA, BINK, 2016). O estigma também resulta em medo e/ou demora pela procura por ajuda em serviços de saúde, mantendo sintomas e perdas relacionados à ausência de cuidado (SAPORITO, RYAN, TEACHMAN, 2011; CLEMENTE *et al.*, 2015).

Nascimento e Leão (2019) ressaltam que as pessoas em sofrimento psíquico pertencem a um grupo que por séculos foi esquecido, negligenciado, e hoje, com o processo da desinstitucionalização, encontra muitas dificuldades em se inserir na sociedade, sendo uma das principais causas disso o estigma social alimentado pelo desconhecimento da população e pela mídia.

Outro conceito sobre estigma, apresentado por Goffman (1998, p. 30/61), relaciona-se aos prejuízos de familiares de pessoas em sofrimento psíquico, entendendo o autor que podem viver as mesmas discriminações e processos de exclusão, ou seja, o rótulo associado ao sofrimento psíquico também é alcançado por aqueles com quem eles convivem e/ou seus familiares.

A etiqueta da "**apresentação da cortesia**", de fato, assume que a pessoa com quem temos uma relação de papel tenha, de maneira adequada, com outros tipos de pessoas, outros tipos de relações. Dou por estabelecido, então, que os contatos aparentemente casuais da vida cotidiana podem, ainda assim, constituir algum tipo de estrutura que prende o indivíduo a uma biografia, e isso a despeito da multiplicidade de "eus" que o papel e a segregação de audiências

lhe permitem.[...] Por outro lado, o indivíduo que tem um **estigma de cortesia** pode descobrir que deve sofrer da maior parte das privações típicas do grupo que assumiu e, ainda assim, que não pode desfrutar a auto-exaltação que é a defesa comum frente a tal tratamento. Além disso, de maneira semelhante à que ocorre com o estigmatizado em relação a ele, pode duvidar de que, em última análise, seja realmente "aceito" pelo grupo (grifo nosso).

Outro conceito importante é o de estereótipo, definido por Corrigan e Bink (2016) como estruturas de conhecimento baseadas em qualquer cultura que normalmente contém componentes de avaliação negativa, que se tornam preconceitos quando as pessoas desenvolvem emoções e avaliações negativas em relação ao objeto avaliado.

A partir disso, compreende-se que o conceito de estigma fundamentado na análise social, economia e estruturas de poder apresenta um quádruplo processo em que: distingue as diferenças entre as pessoas; ao estabelecer diferenças fundamenta estereótipos negativos; esses estereótipos estabelecem distinções entre as pessoas, com base na marca/rótulo; e esse rótulo leva a perda de status e conseqüentemente à discriminação (LINK, PHELAN, 2001).

A discriminação é o resultado comportamental, normalmente assumindo uma forma punitiva expressa pela restrição do acesso a uma oportunidade legítima ou pela reação aversiva ao grupo estereotipado (CORRIGAN, LINK, 2016).

Schramm (2016), ao conceituar discriminação, ressalta a sua relação com a prática de julgar e tratar pessoas ou populações de maneiras diferentes e excludentes, como resultado de suas classificações por alguma característica, como sexo, espécie, etnia ou classe social, implicando atitudes concretas, consideradas moral e politicamente questionáveis, pois são acompanhadas de estigmatização e exclusão de algum tipo, como é o caso do sexismo, homofobia, racismo e classismo. Por fim, o autor aponta que:

Duas características chave são necessárias para falar de discriminação contra pessoas e populações: (1) tratamento específico diferente do tratamento dado a outras pessoas ou populações, de acordo com a relação aplicada ética estabelece entre a igualdade e equidade, e (2) ausência de qualquer razão convincente para justificar tal comportamento (SCHRAMM, 2016, tradução própria).

Considerando, a importância do tema da estigmatização e discriminação para a bioética, destaca-se o artigo 11 da DUBDH, segundo o qual "nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui

violação à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais” (UNESCO, 2006).

Nesse sentido, Godoi e Garrafa (2014, p. 159) ressaltam que:

Estigma e dignidade humana estão intrinsecamente associados; um só existe na negação do outro. O estigma só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humanos.

Essa discussão à luz da DUBDH contribui para o importante debate quanto aos conflitos morais, decorrentes da violação dos direitos humanos e da dignidade, quanto às práticas estigmatizantes e discriminatórias no âmbito da saúde e dos efeitos sobre as pessoas em sofrimento (LEVANTEZI, SHIMIZU, GARRAFA, 2020; TRABAQUINI *et al.*, 2021), em especial crianças e adolescentes, suas famílias e a sociedade.

Portanto, a estigmatização e a discriminação constituem uma vulnerabilidade relacionada à moralidade, sobretudo um processo de moral negatizada, em que se estabelece que determinados padrões ou formas de existir estão fora do padrão considerado normal ou desejado, apontando para o que Sanches, Mannes e Cunha (2018, p. 45) denominam como vulnerabilidade moral, que “surge do processo cultural, que marca a construção de nossa visão de mundo e escalas de valores”.

Ressalta-se que, apesar da reforma psiquiátrica brasileira ter significado uma proposta de superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado amparados em ações cidadãs e não segregadoras, o modelo biomédico construiu um repertório histórico de estigma relacionado ao sofrimento psíquico, que ainda perpassa as formas de cuidar e de compreender as manifestações desse sofrimento nos diversos contextos sociais (COUTO, DELGADO, 2015).

Nesse sentido, compreende-se que os estudos que indicam a prevalência dos transtornos mentais na infância e na adolescência no Brasil e no mundo não alcançam a compreensão da dimensão dos processos de exclusão e desigualdades sociais vivenciados pelas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares, considerando a ênfase dada aos diagnósticos e medicamentos no processo de escolarização, os quais constituem importantes aspectos de vulneração aliada à pouca efetividade dos dispositivos do Estado para lidar com os processos históricos de estigmatização e discriminação.

Polanczyk *et al.* (2015) ressaltam a importância do conhecimento sobre a taxa de prevalência global para estimar o planejamento das ações de saúde a essa população e a alocação de recursos humanos e financeiros. De acordo com o estudo realizado por esses autores, há prevalência de 13,4% de transtornos mentais nessa faixa etária, sendo os mais comuns os Transtornos Ansiosos (6,5%), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (3,4%), o Transtorno Opositor Desafiante (3,6%) e os Transtornos Depressivos (2,6%).

Mesmo diante das conclusões apresentadas por Polanczyk *et al.* (2015), a categorização de sintomas não permite vislumbrar as vulnerabilidades relacionadas aos contextos de vida dessas pessoas, especialmente quanto aos fatores de opressão e exclusão que elas vivenciam simplesmente pela rotulação diagnóstica.

Portanto, o acentuado e contínuo poder da medicina sobre o controle dos corpos, ao estabelecer causas, sintomas e tratamento para todos os aspectos relacionados à vida e às relações sociais, impõe necessidade de controle e disciplinarização, seja por meio de técnicas terapêuticas, seja por meio de medicações, o que está diretamente relacionado aos interesses do mercado das grandes empresas farmacêuticas e tecnológicas (TESSER, 2010).

A medicalização generalizada da sociedade transformou e transforma muitas diferenças humanas em doenças, em que qualquer diferença pode ser considerada uma forma de patologia, um distúrbio diagnosticável e sujeito a intervenção médica (CONRAD, 2007). Esses aspectos reforçam o controle social dos comportamentos humanos e as relações de poder da sociedade e da medicina e, ao mesmo tempo, a tendência na busca por causas e soluções de problemas sociais nos próprios indivíduos, excluindo o papel da sociedade e isentando o Estado das suas responsabilidades (CONRAD, 2007; BRZOSOWSKI, CAPONI, 2013).

Ao mesmo tempo, essa lógica, centrada na patologização e valorização dos profissionais de saúde como únicos detentores de saber e capazes de cuidar, promove o assujeitamento das pessoas e desqualifica outras possibilidades de cuidado que não sejam as estabelecidas pela lógica de mercado e controle da vida. Portanto, o controle social sobre o comportamento dos indivíduos e a construção social dos comportamentos considerados normais e desviantes, resulta em intolerância diante da diversidade da vida e na manutenção do estigma e discriminação.

Nesse contexto, no qual se discute o cuidado numa linha medicalizante, faz-se necessário apontar o processo de medicalização da infância e da adolescência (BRZOWSKI, CAPONI, 2013; FELIX, SANTOS, 2016; GUARIDO, 2007; DESVIAT, 2018), tendo em vista o papel da medicina nessa população como agente de normalização dos desvios e problemas de comportamento (DESVIAT, 2018).

Brzowski e Caponi (2013, p. 210) definem desvio de comportamento como “qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica”. As autoras ressaltam que os desvios da infância, relacionados com a quebra de normas e de regras impostas socialmente, como, por exemplo, a falta de atenção, a agitação em sala de aula e as dificuldades de aprendizagem, têm sido considerados como comportamentos desviantes e medicalizados.

Portanto, a ruptura com a expectativa da norma instituída pode ocorrer quando uma criança ou adolescente não atende ao que foi estabelecido pela sociedade para o seu desenvolvimento, o que muitas vezes não inclui a compreensão das dificuldades dos contextos em que ela está inserida e das condições que foram ofertadas às famílias, especialmente as mais vulneráveis socialmente.

Desviat (2018, p. 148) também ressalta que nos contextos em que as crianças e os adolescentes são considerados, fora dos padrões subjetivos de convivência e sociais de comportamento, a medicalização passa a ser considerada a solução rápida e sem implicações familiares, educativas e sociais, reduzindo a complexidade da vida psíquica do indivíduo a um lugar de “psiquismo em estruturação, em crescimento contínuo, em que o conflito é fundante e no qual todo efeito é complexo e pressuposto, exclusivamente, um déficit neurológico”.

Esses aspectos são discutidos por Guarido (2007), especialmente quanto ao impacto da hegemonia do discurso psiquiátrico sobre os sofrimentos, os comportamentos e o processo de escolarização das crianças. Nesse sentido, a autora ressalta que:

Se, por um lado, os profissionais da educação se vêem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro, ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos. O discurso médico difundido na mídia leiga, em forma de artigos simplistas que naturalizam o sofrimento da criança e seus ‘problemas de aprendizado’, apresenta-se atualmente na escola de forma

marcante. É comum que professores e coordenadores professam diagnósticos diante da observação de certos comportamentos das crianças, especialmente de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e as encaminhem para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica. É comum também que agentes das equipes escolares insistam em perguntar aos pais, quando se encontram diante de alguma manifestação não conhecida (ou não desejada) de uma criança que está em tratamento, (GUARIDO, 2007, p. 157).

A autora também aponta que a medicalização acentuada na infância silencia os conflitos e as possibilidades da compreensão do contexto de vida dessas crianças, ou seja, atribui-se às dificuldades ou comportamentos difíceis de crianças no contexto escolar como possíveis diagnósticos, invisibilizando as dificuldades que permeiam seus contextos familiares, como as vivências de violências, sofrimentos, falta de rotina de estudos, falta de alimentos, falta de oportunidades para brincar e ser criança.

Nesse contexto, diante da diferença que marca as pessoas e constrói rótulos negativados, a superação das consequências das formas de estigmatização e discriminação necessita ser analisada a partir da intersecção dos fatores de opressão vivenciados por essas pessoas, visando à construção de possibilidades diferenciadas para o cuidado diante da politização dos conflitos bioéticos e o fortalecimento do modelo psicossocial no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

2.3 INTERSECCIONALIDADE E A INTERFACE COM A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A intersecção dos múltiplos fatores de opressão vivenciados pelas famílias de crianças e adolescentes em sofrimentos psíquicos, como raça, classe social, gênero, acesso desigual aos recursos de saúde e educação, estigma relacionado à doença e prejuízos decorrentes do adoecimento, deficiência, entre outros aspectos, reforçam a importância da interface com a Bioética de Intervenção.

Essa interface tem como proposta a construção de um conhecimento que possa repensar as reais necessidades dessas diferentes realidades, tendo em vista as inúmeras vulnerabilidades das desigualdades sociais e econômicas do contexto dessas famílias, especialmente mulheres, crianças e adolescentes, assistidas na RAPS/DF.

Garrafa e Porto (2003) apresenta a Bioética de Intervenção como proposta para a politização dos conflitos morais, posicionando-se ao lado dos sujeitos mais

vulneráveis em face das diversas esferas do poder, atenta aos problemas sociais prevalentes nas regiões mais pobres do mundo. O marco fundamental de sua proposta é a reflexão sobre as múltiplas formas de vulnerabilidade social como vetores de conflitos éticos, incorporando a perspectiva dos direitos humanos.

A Bioética de Intervenção assume o compromisso com a construção coletiva de uma sociedade mais justa e igualitária, pautada pelo estabelecimento de ações equitativas para o setor público e coletivo, capazes de responder à necessidade de justiça social, em que a equidade é o ponto de partida para a construção de sociedades democráticas e livres, à medida que favoreça o reconhecimento da diferenças e a possibilidade de cuidado às pessoas conforme os seus contextos de vida e reais necessidades (GARRAFA, PORTO, 2003; GARRAFA, ROCHA, MANCHOLA-CASTILLO, 2018; MANCHOLA-CASTILLO, GARRAFA, 2019).

Garrafa, Oselka e Diniz (1995) retratam que a igualdade é objeto da justiça social, a partir do referencial dos direitos humanos, visando ao reconhecimento da cidadania, incluindo o direito a uma vida com dignidade e a possibilidade de acesso à saúde e a outros bens essenciais para a sobrevivência humana.

Considerando a interseccionalidade das vulnerabilidades de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias, as categorias conceituais estabelecidas no referencial teórico da Bioética de Intervenção articulam-se como uma possibilidade de discussão epistemológica para a construção de propostas à redução das vulnerabilidades dessa população.

Nascimento e Martorell (2013), ao discutirem a importância da interseccionalidade para a leitura bioética, referem que a vulnerabilidade articulada pela pobreza, gênero e raça amplifica o impacto sobre as mulheres negras, apontando como exemplo que não é possível universalizar políticas de redução de mortalidade materna sem se considerar os fatores vulneradores raciais e a violação dos direitos humanos das mulheres, pois, ao se analisar apenas um marcador social, invisibilizam-se outros, o que pode reforçar e manter a invisibilidade de opressões vivenciadas por mulheres negras.

No contexto da BI, em que o empoderamento, a libertação e a emancipação constituem categorias conceituais, e compreendendo que a participação e a mobilização social são importantes caminhos para se dar voz aos mais vulneráveis, Nascimento e Martorell (2013, p. 428) ressaltam que:

A relação entre os mais vulneráveis e as situações normalmente avaliadas pela bioética merecem atenção, ainda mais se considerarmos que a participação das comunidades, sobretudo por meio da representação de usuários, é ainda bastante pequena. [...] Essa ausência de fala dos grupos subalternizados está vinculada ao fato de que nas articulações políticas hegemônicas as pessoas vulnerabilizadas não teriam condições de constituir um sujeito político capaz de falar e conhecer por si mesmo, em função do fato de que a comunicação, ainda mais no contexto da política, é um fenômeno relacional que supõe um receptor capaz de escutar, sem silenciamentos.

A inclusão da categoria analítica denominada de libertação como parte do referencial da Bioética de Intervenção, a partir da produção de Paulo Freire, iniciada por Garrafa (2005), teve como objetivo destacar a busca de soluções para os persistentes problemas vivenciados pelas populações vulneráveis, as desigualdades e iniquidades sociais, visando à discussão dos conflitos bioéticos envolvidos e possibilitar maior visibilidade à luta das pessoas que buscam alcançar a inclusão social e a liberdade.

O conceito de emancipação inclui o status de liberdade e independência, sendo ressaltado por Garrafa e Manchola-Castillo (2017, p. 24/25) que “somente é emancipado aquele que logrou suprimir sua dependência, que alcançou o domínio sobre si próprio e pode garantir não somente a sobrevivência, mas principalmente, suas livres escolhas frente aos meios de alcançar essa sobrevivência”. Nesse sentido, a garantia de acesso à saúde e demais dispositivos da rede de cuidado à infância e à adolescência, em contexto de práticas que reconheçam as suas subjetividades e necessidades, segundo Amarante (2007), é o aspecto que pode promover a melhor condição de agência na vida adulta, favorecendo a condição de emancipado.

A contribuição do pensamento de Freire alinha-se com o esforço para a compreensão dos preceitos básicos da ética social, ao considerar a busca de soluções para os problemas que afetam a realidade dos oprimidos (FREIRE, 2005; FREIRE, 2009; FREIRE, 2010). Portanto, o esforço para a construção de saberes necessários à conquista pelo respeito à pluralidade, à dignidade e aos direitos humanos universais, em especial, no contexto deste estudo, a participação social e o reconhecimento da pessoa como sujeito da sua história e vida.

Paulo Freire afirma o papel da educação como instrumento libertador, ressaltando:

Por isso é que toda prática educativa libertadora, valorizando o exercício da vontade, da decisão, da resistência, da escolha; o papel das emoções, dos sentimentos, dos desejos, dos limites; a importância da consciência na

história, o sentido ético da presença humana no mundo, a compreensão da história como possibilidade jamais como determinação, é substantivamente esperançosa e, por isso mesmo, provocadora da esperança (FREIRE, 2000, p. 23).

Nesse sentido, destaca-se nessa citação a “importância da consciência na história e a compreensão da história como possibilidade, jamais como determinação”, o que Freire (2005), em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, ressalta como primeiro passo para a libertação a necessidade de que as pessoas se apropriem da realidade que as cercam e as suas condições como seres no mundo. Conseqüentemente, é importante o reconhecimento crítico dos fatores de opressão e também o reconhecimento de que nenhuma situação é impossível de ser modificada. Para tanto, é necessária a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, para gerar uma práxis transformadora, instaurando uma nova que possibilite a busca do ser mais.

Paulo Freire (2005, p. 59/60) destaca ainda que “a opressão só existe quando se constitui um ato proibitivo do ser mais dos homens” e, portanto, uma relação de violência se instala quando os homens são proibidos de ser mais, porque fere, segundo o autor, a vocação ontológica e histórica dos homens. Portanto, ao ser estabelecida a relação opressora, é instalada a violência, “enquanto a violência dos opressores faz dos oprimidos homens proibidos de ser, a resposta destes à violência daqueles se encontram infundida no anseio de busca do direito de ser”.

Nesse sentido, a busca pela ruptura dessa estrutura de dominação inicia-se com a apropriação desses fatores de opressão, mais especificamente com o reconhecimento do ser oprimido e a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora. A libertação exige uma práxis, que é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo; a transformação não é possível sem a participação dos oprimidos, assim como a compreensão de que a luta pela liberdade não se dá sozinha, e sim na comunhão entre homens, na construção do diálogo crítico, na confiança na capacidade de fazer e pensar dos oprimidos (FREIRE, 2005).

Ressalta-se a importância do diálogo discutida por Freire (2005) sobre a construção de uma práxis capaz de transformar o mundo, o diálogo como encontro entre homens e o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens.

Freire (2005) reforça que, para que haja a transformação e a libertação de pessoas oprimidas, há a necessidade de um comprometimento pautado no amor, na

verdade, na humildade, na confiança, no respeito pelos outros; tolerância, abertura ao povo, disposição para acolher a mudança, perseverança na luta, busca pela justiça e intensa fé na capacidade e potencialidade dos homens. E que, um falso amor, uma falsa humildade, a pouca fé nos homens não poderá gerar confiança, e, conseqüentemente, não se estabelece o diálogo e o resultado é um encontro vazio e estéril, porque uma relação dialógica necessita de esperança e confiança.

A confiança resulta do encontro em que os homens se tornam sujeitos da denúncia do mundo para a sua transformação, e a esperança constitui um pré-requisito para o sucesso de uma prática pedagógica e transformadora (FREIRE, 2010).

Freire (2010) destaca que aceitar e respeitar o diferente é uma daquelas virtudes sem as quais a escuta não acontece, pois, se discrimino as pessoas a partir das diferenças de raça, classe, gênero, não posso evidentemente escutá-las, e se não as escuto não posso falar com elas, mas a elas, de forma hierárquica. E, assim, o diferente torna-se não um “outro” digno de qualquer respeito, mas um “isto” ou “aquilo” a ser desprezado e detestado, ou seja, destituído de sua humanidade, e isso é opressão.

Nesse sentido, Freire (2010, p. 119) ressalta que o respeito às diferenças e aos diferentes exige de nós a humildade, a compreensão de que ninguém é superior a ninguém. Portanto,

a falta de humildade, expressa na arrogância e na falsa superioridade de uma pessoa sobre a outra, de uma raça sobre a outra, de um gênero sobre o outro, de uma classe ou de uma cultura sobre a outra, é uma transgressão da vocação humana do ser mais.

Garrafa (2005, p. 128) reforça que a utilização da categoria libertação na Bioética de Intervenção pretende visibilizar a luta das pessoas que almejam a inclusão social, seja no “contexto da saúde ou em contextos mais amplos, a partir da tomada de consciência sobre as forças que os oprimem e pela ação concreta em oposição a elas”.

Nesse caminho, Santos, Schimizu e Garrafa (2014) discutem o diálogo entre a Bioética de Intervenção e a pedagogia da libertação, e apontam os principais aspectos que aproximam ambas as teorias, entre as quais destacam-se: 1) a construção de projetos ético-políticos em defesa das populações vulneráveis e que vivem em

situações de maiores desigualdades e iniquidades sociais; 2) o engajamento pelo reconhecimento das injustiças e pela conquista concreta da autonomia de homens e mulheres, bem como o comprometimento com as pessoas desamparadas e oprimidas; 3) o engajamento necessário na luta pela libertação, que se faz mediante a reflexão crítica, ética e inquietante da realidade em que se vive, com as pessoas que sofrem diferentes opressões; 4) a luta pela libertação dos oprimidos contra injustiças, miséria, fome e sistema opressor, buscando ações coletivas e solidárias forjadas com eles e não para os vulneráveis, assumindo o compromisso na luta pelo resgate a dignidade e justiça social; 5) a construção de uma sociedade diferente e justa, pautada na solidariedade, em que a compreensão da solidariedade está alinhada com a ideia de solidariedade crítica, desenvolvida por Selli e Garrafa (2005).

Cruz e Trindade (2006, p. 489), também buscando o alinhamento da pedagogia da libertação como categoria analítica da BI, ressaltam que o termo libertação também indica que existem “forças opressoras atuando sobre pessoas/grupos sociais, que os tornam frágeis, com o exercício da autonomia cerceado pela coação”, no qual se evidencia a necessidade de atuar de forma consistente para eliminar os fatores de opressão e possibilitar a garantia de direitos humanos fundamentais, como a saúde e a educação.

Fulgêncio e Nascimento (2012) entendem que a discussão bioética estabelecida nesse cenário de desigualdades sociais evoca uma reflexão sobre o contexto de justiça, em que a busca pela justiça social está completamente vinculada ao combate às iniquidades sociais que impactam o mundo da vida e da saúde.

Portanto, influenciada pelas perspectivas de Amartya Sen, a BI pensará a justiça social como o combate à iniquidade na busca de uma prática interventiva socialmente comprometida com os segmentos sociais mais fragilizados pelas forças políticas, econômicas e morais, por meio da categoria empoderamento. Garrafa (2005) aponta que Amartya Sen utiliza em sua vasta obra a palavra liberdade para dar ideia de empoderamento.

O empoderamento também é um conceito que tem permeado a construção das políticas públicas no campo da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica, adotando como sentido o fortalecimento do poder, a participação e a organização das pessoas em sofrimentos psíquicos e familiares no âmbito do cuidado nos serviços substitutivos da RAPS (WENDHAUSEN, BARBOSA, BORGA, 2006).

Nessa linha, Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013, p. 66) referem o CAPSi como

o lugar do usuário e do familiar como protagonista desses cuidados, que se baseia na troca de experiências e na participação de cada ator como protagonista de sua vida, de suas histórias e peças importantes na reflexão e mudança de comportamento de cada um que ver no outro um agente empoderador.

Assim, a adoção dessa categoria conceitual como parte do referencial bioético na discussão deste estudo visa repensar novas práticas de cuidado em saúde mental, que possam potencializar a autonomia e empoderamento de crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos e suas famílias, para que se sintam parte do seu processo de cuidado, sendo incluídas e se incluindo nos processos decisórios nos serviços de saúde mental. Isso porque o modelo psicossocial preconizado pela Lei nº 10.216/2001 consolida-se a partir de ações de cuidado que promovam a reinserção social e a autonomia do sujeito.

Ressalta-se que, no processo de mudanças e avanços na saúde mental, o empoderamento é descrito de forma clara no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010. Esse relatório apresenta estratégias para a efetivação do empoderamento como forma de fortalecimento dos vínculos, valorização da autoestima e melhoria da qualidade de vida: o estímulo à criação de projetos com o protagonismo dos usuários e familiares; a criação de cartilhas informativas que esclarecem os direitos e deveres das pessoas com transtorno mental; a garantia e o fortalecimento das associações e cooperativas de usuários e familiares; a garantia na RAPS das cooperativas e associações; e o esporte, a cultura e o lazer (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o empoderamento está implicado na condição de libertação, em que as pessoas em sofrimento psíquico, por meio de processos promotores de empoderamento, podem alcançar a condição de acesso equânime à saúde, condições de educação e trabalho, participação social com poder de decisão sobre a construção dos processos de trabalho para o cuidado da população em sofrimento psíquico, visando a uma melhor qualidade de vida e à garantia à dignidade humana.

Considera-se fundamental, portanto, a adoção de um posicionamento político e ético que realmente seja promotor de superação das condições de exclusão, em que as pessoas em adoecimento psíquico grave e persistente vivenciam ao longo de suas vidas nos diferentes contextos sociais, tendo em vista que a condição de

empoderamento também inclui a inserção no mercado de trabalho e o reconhecimento da pessoa em sofrimento como sujeito de direitos e escolhas.

Em face do processo de exclusão vivenciado pelas pessoas em adoecimento psíquico na vida adulta, repercutindo em danos pessoais e sociais, que incluem a manutenção dos processos de exclusão social e o aumento do sofrimento decorrente da percepção de incapacidade e desvalorização do seu potencial produtivo, torna-se fundamental repensar a condição dos serviços que constituem a RAPS/DF no contexto da reforma psiquiátrica, a fim de se superar a representação de incapacidade da pessoa em sofrimento nos moldes do antigo modelo asilar (VECHI, CHIROSI, PRADO, 2017).

Diante do contexto apresentado, constata-se que os processos de desigualdades e iniquidades sociais caracterizam os aspectos que indicam a vulnerabilidade das crianças e adolescentes e suas famílias, inseridas nos componentes da Rede de Assistência Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal, em face da pouca resolutividade das suas ações, principalmente diante da persistência da manutenção da lógica de cuidado centrado no modelo biomédico, caracterizando a dificuldade de mudança para o modelo psicossocial preconizado na Lei n.º 10.216, de 2001.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a interseccionalidade das vulnerabilidades de familiares responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, atendidas na Rede de atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF).

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Analisar as condições de vulnerabilidades da população infantojuvenil expressas nas narrativas dos familiares que participam do cuidado nos serviços de atenção à saúde da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal;
- Discutir a interseccionalidade das múltiplas vulnerabilidades relacionadas às famílias, crianças e adolescentes na atenção à saúde mental;
- Discutir a interseccionalidade de vulnerabilidades na atenção psicossocial infantojuvenil à luz dos conceitos de empoderamento, emancipação e libertação, propostos na Bioética de Intervenção.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, visto que essa metodologia possibilita ao pesquisador trabalhar com o universo dos significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, visando:

Compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a:
a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos;
b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas (MINAYO, 2010, p. 23).

As metodologias qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Nesse sentido, este estudo pretende, a partir das narrativas das experiências vividas por familiares responsáveis por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, assistidas nos componentes da RAPS Infantojuvenil do Distrito Federal, analisar as vulnerabilidades e suas interseccionalidades que podem ampliar os fatores de opressão e exclusão presentes nos contextos psicossociais e públicos de atenção à saúde mental, à luz da Bioética de Intervenção.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) configura a sua rede de atenção à saúde psicossocial infantojuvenil, segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, atualizada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, sendo assim, constituída das seguintes unidades, conforme conta do site do órgão (<https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>):

- Quatro Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, conforme representado no Quadro 1;
- Dois Ambulatórios especializados em saúde mental infantojuvenil, que atendem a todo o DF, com acesso regulado pelas Unidades Básicas de Saúde desde novembro de 2021, sendo: 1) Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), destinado a atendimento não intensivo de crianças até 11 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas; 2) Adolescentro, destinado ao atendimento não intensivo de adolescentes a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas (DISTRITO FEDERAL, 2018).
- Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Atendimento de Samambaia para maiores de 16 anos);
- Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base, Hospital São Vicente de Paula, para internação de adolescentes, Hospital da Criança de Brasília e Hospital Universitário de Brasília, para internação de crianças menores de 12 anos.
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

QUADRO 1 - POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO DISTRITO FEDERAL

MODALIDADE	UNIDADE	ABRANGÊNCIA	POPULAÇÃO APROXIMADA	PARÂMETRO MS
CAPSi	Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way	949.452	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Sol Nascente, Areal, Arniqueiras	915.384	
	Recanto das Emas	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia	830.304	
	Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste	369.655	

Fonte: A autora, adaptado do Relatório Saúde Mental em Dados, DISSAM/SES-DF, 2022 (DISTRITO FEDERAL, 2022).

Consistem no cenário de pesquisa deste estudo, o CAPS i de Taguatinga e o Adolescentro. Ambos constituem serviços de atenção secundária à saúde e possuem como coordenação técnica, a Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM) que é diretamente subordinada à Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços (COASIS) da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

O Adolescentro é um serviço ambulatorial especializado em saúde mental para o atendimento de adolescentes de 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais ou que façam uso eventual de substâncias psicoativas. O serviço oferece consultas multidisciplinares, com equipe formadas por psicólogos, psiquiatras, pediatras, neuropediatras, homeopatas, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, ginecologistas, urologistas, odontólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos. Ainda, oferece atendimentos aos familiares e atividades terapêuticas diversas para adolescentes e seus familiares, reuniões para discussão de casos clínicos e intervenções, bem como, terapias integrativas de saúde (Hatha Yoga e Reiki). O serviço atende adolescentes de todo território do Distrito Federal, sendo que, para ter acesso ao serviço, o adolescente deve ser encaminhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, via sistema de regulação (<https://www.saude.df.gov.br/adolescentro>).

O CAPSi de Taguatinga é um serviço especializado de saúde mental para crianças e adolescentes com quadros graves e persistentes de transtorno mental até 18 anos, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas até 16 anos. Possui caráter aberto e comunitário, conforme regionalização apresentada no Quadro 1, acolhendo as famílias com crianças e adolescentes com demandas espontâneas ou encaminhadas por outros dispositivos da rede de saúde ou da rede intersetorial. A assistência à saúde mental é realizada por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, composta por: psiquiatras, clínicos, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas e equipe de enfermagem. O cuidado, no âmbito do CAPSi, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. O primeiro acesso à criança e/ou adolescente e sua família ocorre por meio do acolhimento, não havendo necessidade de agendamento prévio. O serviço possui atendimento individuais e em grupos/oficinas terapêuticas, visitas

domiciliares, atendimentos familiares e reabilitação psicossocial (<https://www.saude.df.gov.br/caps-i-taguatinga/>).

Em 2013 com a reorganização da rede de saúde mental no DF, houve o redirecionamento do atendimento aos adolescentes em situação de uso de drogas para o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) (menores de 16 anos) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) (maiores de 16 anos). Em razão disso, o Adolescentro manteve o atendimento ambulatorial para adolescentes e suas famílias, que apresentam sofrimentos psíquicos moderados e uso eventual de álcool e outras drogas. Desde então compõe a Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal, como dispositivo de referência ambulatorial especializado em saúde mental infantojuvenil para adolescentes de 12 a 18 anos para todo o território do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Esses dois cenários foram selecionados devido a facilidade de acesso pela pesquisadora aos serviços, bem como, por constituírem diferentes componentes disponíveis da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do Distrito Federal.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A seleção da amostra foi intencional, segundo Flick (2009, p. 46), a amostragem na pesquisa qualitativa é “antes concebida como forma de estabelecer um conjunto de casos, materiais ou eventos deliberadamente selecionados para se construir um corpus de exemplos empíricos com vistas a estudar o fenômeno de interesse de forma mais instrutiva”. Nesse sentido, a amostra foi organizada de forma a garantir às condições de responder aos objetivos propostos pelo estudo, em variáveis consideradas analiticamente relevantes, incluindo a facilidade de acesso ao participante e a disponibilidade (ROSA, ARNOLDI, 2008).

A seleção da amostra foi realizada com atendimento aos critérios de inclusão, ou seja, familiares maiores de 18 anos de crianças e/ou adolescentes que estavam em atendimento no serviço há no mínimo seis meses. E como critérios de exclusão, familiares que apresentassem dificuldades de compreensão cognitiva para as questões presentes no roteiro de entrevista que conduziu a exploração da temática deste estudo.

A amostra deste estudo é composta de 14 familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, assistidos na RAPS/DF, sendo cinco familiares do Adolescentro e nove familiares do CAPSi de Taguatinga.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica, entre os quais o roteiro de entrevista semiestruturada e o diário de campo.

Minayo (2010) descreve que o roteiro de entrevista deve ter um conjunto de conceito que constitui todas as faces do objeto de investigação, visando à operacionalização da abordagem empírica do ponto de vista dos entrevistados, apresentando-se como um guia que contenha questões que façam parte do delineamento do objeto de estudo, permita ampliar e aprofundar a comunicação, contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o tema de estudo, do ponto de vista dos participantes.

Para este estudo, foi adotada a entrevista semiestruturada, modalidade que obedece a um roteiro, ou seja, um apoio na sequência das questões, facilitando a sua abordagem e servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, permitindo a inclusão de novos temas e questões trazidas pelo participante como sendo da sua estrutura de relevância (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada teve como roteiro, questões sobre dados sociodemográficos das participantes do estudo, como raça, gênero, idade, escolaridade, fonte de renda, acesso ao mercado de trabalho, composição da família, condições de moradia, e, também, questões relacionadas às diversas dimensões da vulnerabilidade e que possibilitasse compreender a história de vida da/o familiar diante do sofrimento psíquico das crianças e adolescentes. Entre essas dimensões, citam-se a percepção do início do sofrimento psíquico e o impacto para a criança ou o adolescente e a família, as razões que levaram a buscar ajuda nos serviços especializados, as dificuldades enfrentadas durante o itinerário terapêutico e o suporte recebido na rede de atenção à saúde e o suporte intersetorial de apoio à criança e ao adolescente, a percepção quanto à discriminação e preconceito relacionados à dificuldades das crianças e/ou adolescentes no contexto familiar, comunitário, social e institucional e a expectativa dos familiares sobre o futuro.

O diário de campo teve o registro do motivo da indicação da entrevista pelos profissionais do serviço, as dificuldades apresentadas durante a entrevista, a expressão corporal e os sentimentos mais presentes durante o procedimento de entrevista.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada durante o período da pandemia, após o retorno ao atendimento individual, tendo em vista que, inicialmente todos os serviços haviam suspenso suas atividades visando priorizar o atendimento à população nos serviços de atenção primária e atenção secundária à saúde (Unidade de Pronto Atendimento e Hospital) diante do alto índice de morbidade e mortalidade da Covid-19. Portanto, esse período pandêmico da Covid-19 resultou em implicações na organização do trabalho nos dispositivos investigados, com a redução da oferta de atividades terapêuticas tanto qualitativa e quantitativa para compor o projeto terapêutico das crianças e adolescentes, como também, na vida das pessoas/famílias pelas restrições impostas pelas medidas sanitárias de proteção comunitária para impedir o avanço do número de casos de Covid-19.

Essas questões repercutiram no acesso de familiares presentes aos atendimentos nos serviços para fazer a abordagem e convite para participar desta pesquisa. Mas, tem-se uma avaliação da pesquisadora que esse contexto pandêmico, com todos os seus efeitos na organização do mundo do trabalho e da vida das famílias, não foi impeditivo e que foi possível explorar o conteúdo para nas entrevistas realizadas de modo a responder aos objetivos propostos.

Nesse sentido, a coleta de dados foi realizada seguindo os protocolos sanitários instituídos pelos Decretos do Governo do Distrito Federal quanto ao distanciamento mínimo entre profissionais e pacientes e o uso de máscaras.

O contato com a família do/a adolescente no Adolescentro e no CAPSi foi realizado durante os atendimentos agendados pelo próprio serviço. A responsável pelo atendimento fazia a intermediação inicial, sendo posteriormente encaminhada à pesquisadora para explicações quanto aos objetivos da pesquisa e procedimento para coleta de dados. A assinatura do TCLE foi feita após a leitura do termo pela pesquisadora, sendo esclarecidas as dúvidas quanto aos procedimentos que seriam adotados, como a gravação da entrevista e o sigilo dos dados e leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Todas as famílias contactadas pela equipe foram receptivas à participação na pesquisa.

Todas as entrevistas foram conduzidas e gravadas pela própria pesquisadora no período de outubro a novembro de 2020 no Adolcentro e de março a maio de 2021 no CAPSi de Taguatinga. A entrevista mais longa teve duração de 65 minutos e a mais curta, duração de 23 minutos, sendo que a média das entrevistas tiveram duração de 40 minutos.

O critério de encerramento das entrevistas seguiu o princípio e a estratégia de saturação teórica e metodológica, ou seja, “a saturação teórica ocorre quando novos elementos deixam de surgir dos dados coletados” (NASCIMENTO *et al.*, 2018, p. 247).

Os nomes das participantes, crianças e/ou adolescentes inseridos nos serviços e demais familiares foram preservados e substituídos no texto ou nas citações por outros nomes fictícios seguidos da relação de parentesco.

Após o registro dos dados, seguiu-se a transcrição literal das gravações pela própria pesquisadora, sendo feitas várias revisões das transcrições e releituras do material produzido para organização e análise dos dados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados objetivos sobre o perfil sociodemográfico das participantes do estudo, extraídos do roteiro de entrevista, foram organizados em quadros ilustrativos e analisados de forma descritiva, com vistas à identificação de possíveis marcadores de vulnerabilidade.

Os dados qualitativos obtidos das questões abertas foram inicialmente submetidos ao *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires*), versão 0.7, alpha 2. Tal *software* permite a análise de corpus textuais, possibilita identificar o contexto em que as palavras ocorrem, executam a análise lexical do material textual e organizam o texto em classes hierárquicas, identificadas a partir dos segmentos de textos que compartilham o mesmo vocabulário, facilitando, assim, ao pesquisador conhecer seu teor (SALVIATI, 2017).

O Iramuteq foi criado em 2009 por Pierre Ratinaud. É um *software* gratuito, de código fonte aberto, licenciado por GNU GPL (v2), que utiliza o ambiente estatístico do *software* R. Ele é utilizado no estudo das Ciências Humanas e Sociais para realizar análises estatísticas de textos e incorpora o Método de Reinert e a Análise Fatorial de

Correspondência (AFC), entre outras análises que auxiliam na análise e interpretação de textos (SALVIATI, 2017).

O Método de Reinert, dentre as diversas possibilidades de análise lexical, propõe a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), usada neste estudo, e visa obter classes de segmentos de texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente das STs das outras classes.

Antes de inserir o corpus textual no *software*, as entrevistas são formatadas sem as questões, obedecendo as regras, conforme orientações do Manual do Iramuteq (SALVIATI, 2017). Visando garantir a melhor organização textual, foi adotado a padronização de palavras diferentes utilizadas pelas participantes mas com o mesmo sentido, seguindo o critério de escolha, a forma como foi mais citada nas entrevistas, como, esposo e marido, no qual foi adotado a palavra esposo, medicação e remédio, no qual foi adotado a palavra remédio. Por fim, foram substituídos os nomes pessoais pelo grau de parentesco ou vínculo à participante para inserção no *software*, e após a análise dos dados retomado os nomes fictícios para apresentação dos extratos das falas.

Essa análise é baseada na proximidade léxica e na ideia de que palavras usadas em contexto similar estão associadas ao mesmo mundo léxico e são parte de mundos mentais específicos ou sistemas de representação. Nela, os segmentos de texto são classificados de acordo com seu respectivo vocabulário e o conjunto de termos é particionado de acordo com a frequência das raízes das palavras. O sistema procura obter classes formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe (a significância começa com o qui-quadrado) (CAMARGO, JUSTO, 2013; SALVIATI, 2017).

Essa é uma das análises mais importantes do Iramuteq. Nela o *software*, ao utilizar da lógica de correlação, utiliza as segmentações do corpus textual, juntamente com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido, para apresentar um esquema hierárquico de classes. Ou seja, o Iramuteq processa o texto de modo que possam ser identificadas classes de vocabulário. Sendo assim, é possível inferir quais ideias o corpus textual deseja transmitir (CAMARGO, JUSTO, 2013).

A partir da CHD, verifica-se a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que representa num plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes geradas. A AFC é uma representação gráfica dos dados, utilizada para ajudar a visualização da proximidade entre classes ou palavras. O processo de

cálculo da AFC consiste em cruzar as ocorrências de cada forma lexical do vocabulário do corpus com as classes resultantes da CHD, de forma a apresentar as relações existentes entre estas classes num plano cartesiano fatorial, divididos em quatro quadrantes de coordenadas X e Y: quadrantes superiores direito e esquerdo e quadrantes inferiores esquerdo e direito, como exposto na figura 2.

A análise do *software* segundo o Método Reinert apresenta resultados que indicam caminhos a serem explorados e interpretados manualmente pelo pesquisador. Dessa forma, após o processamento dos dados pelo *software* Iramuteq para realizar a análise das classes geradas na CHD, apoiou-se nos preceitos de pesquisa qualitativa proposta por Bardin (2011), que se desenvolve em três etapas: (1) pré-análise, que é uma fase de organização, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, e inclui: a) leitura flutuante, que consiste em estabelecer o primeiro contato com o material da pesquisa e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações; b) escolha dos documentos no contexto da pesquisa; o corpus e a sua constituição implicam atenção a algumas regras, como a da exaustividade, a da representatividade, a da homogeneidade e a da pertinência; c) preparação do material para inserção no *software* Iramuteq; neste estudo, isso se deu após a transcrição literal das entrevistas; (2) exploração do material no qual são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se procedimentos de codificação; e (3) tratamento dos resultados, usando-se a inferência e a interpretação, consideradas como processo de análise do conteúdo (BARDIN, 2011).

No presente estudo, cada classe foi analisada considerando-se as narrativas das participantes quanto às suas vivências em comum no cuidado aos seus filhos, bem como o que as diferenciavam uma das outras em suas histórias de vida, buscando a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a fidelidade ao conteúdo apresentado no texto de cada classe organizada pelo dendograma gerado pela CHD. Assim, cada classe recebeu uma categorização semântica, entendendo-se categorização conforme descrito por Bardin (2011, p. 145/146): “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo é um recorte da pesquisa “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa”, realizada pelo Observatório de Saúde Mental do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB), com o apoio financeiro do Ministério da Saúde.

O projeto recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob o parecer nº 2.200.022, bem como, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, sob o parecer nº 2.270.086.

Para a inserção dos cenários de pesquisa do recorte desse estudo ao projeto supracitado, houve a assinatura do Termo de Anuência Institucional mediante solicitação da pesquisadora (Anexo III).

5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir das entrevistas, acrescidos de informações constantes dos registros realizados pela pesquisadora no diário de campo. No primeiro momento, é feita uma descrição da caracterização do perfil sociodemográfico das famílias participantes do estudo e, também, das crianças e adolescentes que se encontravam em tratamento nos serviços investigados. No segundo momento, são apresentados os resultados qualitativos do corpus textual composto pelas narrativas das participantes, que emergiram nas entrevistas semiestruturadas submetidas à análise lexical pelo *software* Iramuteq, que permitiram a análise e interpretação das relações interseccionadas de vulnerabilidades.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

O conhecimento das condições socioeconômicas e demográficas em que vivem as famílias de crianças e adolescentes que buscam o sistema de saúde pública e enfrentam a sobreposição de sofrimentos, a exemplo dos sofrimentos psíquico e social, indica um caminho para a análise do contexto de vulnerabilidades e situação de vulneração em que essas pessoas estão inseridas, e contribui para ampliar a construção e elaboração dos projetos terapêuticos e parâmetros para formulação de políticas públicas.

No Quadro 2, apresenta-se a caracterização dos dados sociodemográficos das famílias participantes da pesquisa, contemplando escolaridade, fonte de renda, renda *per capita*, condições de trabalho, raça/cor, indicadores de pobreza monetária e composição da família nuclear. O indicador de pobreza monetária é usado como referência para a identificação da população elegível para recebimento de programas sociais, considerando a vulnerabilidade das famílias assistidas nos serviços de saúde e intersetoriais que compõem a RAPS. Essa linha é construída a partir de proporções do salário-mínimo, tradicionalmente usadas para balizar critérios de inclusão em programas sociais como, por exemplo, abaixo de $\frac{1}{4}$ e até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* para, respectivamente, conceder o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e realizar a inscrição das famílias no Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), além da concessão do benefício do Bolsa Família (IBGE, 2022).

QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participante	Idade	Escolaridade	Fonte de renda	Raça/cor	Renda domiciliar <i>per capita</i>	Linha de concessão do BPC (Extrema pobreza) ou Cadastro Único (Pobreza) ¹	Membros da família que vivem na mesma casa (vínculo com a participante)
Maria Luiza	44 anos	Ensino superior	Trabalho formal (pai) Trabalho informal (mãe)	Branca	1.600,00	-	Esposo (36) Filho (14) Filho (16) Filho (18)
Maria Amélia	47 anos	Ensino médio	Trabalho informal (pai)	Branca	666,66	-	Esposo (59) Filho (14)
Maria Julia	38 anos	Ensino médio	Trabalho formal (mãe)	Negra (parda)	375,00	Pobreza	Esposo (33) Filha (15) Filho (6)
Maria da Conceição	32 anos	Ensino fundamental	Trabalho informal (padrasto)	Negra (Parda)	400,00	Pobreza	Esposo (38) Filho (12)
Maria de Fátima	37 anos	Ensino fundamental	Trabalho formal (mãe)	Negra (Parda)	380,25	Pobreza	Filho (16) Filho (14) Filho (19)
Maria Lúcia	39 anos	Ensino médio	Pensão alimentícia	Branca	300,00	Pobreza	Filho (4)
Maria de Lourdes	41 anos	Ensino superior incompleto	Pensão por morte	Branca	1566,66	-	Filho (21) Filha (17)
Maria da Graça	51 anos	Ensino médio incompleto	Trabalho formal/Pensão por idade (avô)	Negra (parda)	1280,00	-	Mãe (78) Sobrinho(19) Sobrinha (22) Filha (13)
Maria do Socorro	41 anos	Ensino fundamental incompleto	Bolsa família	Negra (parda)	55,00	Extrema pobreza	Filho (5) Filho (8) Filho (13) Filha (16) Filho (19)
Maria Fernanda	48 anos	Ensino médio incompleto	Trabalho formal (esposo da tia)	Negra (preta)	300,00	Pobreza	Esposo (52) Filha (18) Sobrinho (17)
Maria Eduarda	44 anos	Ensino médio completo	Trabalho formal (pai)	Negra (parda)	450,00	Pobreza	Esposo(40) Filha (15) Filho (4)
Maria Alice	49 anos	Ensino médio	Trabalho informal (pai)	Branca	250,00	Extrema pobreza	Esposo (54) Filho (21) Filha (12)
Maria Rita	43 anos	Ensino superior	Trabalho informal (tia)	Negra (parda)	2500,00	-	Sobrinha (12)
Maria Antonia	38 anos	Ensino médio incompleto	Aposentadoria por idade (avô) Bolsa família (mãe)	Branca	294,00	Pobreza	Mãe (63) Pai (56) Filha (15) Filho (20)

Fonte: Dados da pesquisa, Elaboração própria.

¹ A renda *per capita* é estimada utilizando-se a renda domiciliar total, dividindo-a pelo nº de pessoas no domicílio (excluindo os moradores pensionistas, empregados domésticos e seus parentes). Este indicador mede a proporção de pessoas que possuem renda abaixo de 50% da renda domiciliar *per capita* nacional. Referências para linhas de pobreza monetária: 1) Extrema Pobreza - ¼ do salário mínimo (SM) ou R\$ 275,00 *per capita* (concessão do BPC). 2) Pobreza - ½ do SM ou R\$ 550,00 *per capita* (concessão para o CadÚnico). Salário mínimo vigente em 2021: R\$ 1.100,00.

Os resultados evidenciam o seguinte cenário: as participantes responsáveis pelas crianças e adolescentes nos serviços eram todas mulheres, 12 mães e duas tias (materna e paterna), com baixa renda *per capita* e baixa escolarização; as famílias eram monoparentais femininas, inseridas em empregos informais e de baixa qualificação. Isso reforça a importante questão de gênero relacionado ao cuidado à criança e ao adolescente nos serviços de saúde.

Quanto ao nível superior, uma mulher negra e uma mulher branca possuíam ensino superior, com maior nível de renda *per capita* e, portanto, com possibilidade de ingresso ao mercado de trabalho e obtenção de salários mais rentáveis. Essas condições vislumbram possibilidades de superação dos fatores de opressão presentes em muitos contextos e que mantêm ciclos de pobreza e iniquidades sociais.

Ressalta-se que, entre as participantes, oito se autodeclararam como pessoas negras/pardas e seis como brancas. De modo geral, entre as mulheres negras evidencia-se menor escolaridade em relação às mulheres brancas. Conforme outros dados constantes no questionário sociodemográfico, a fim de qualificar o conhecimento da rede de apoio das famílias, ressalta-se que nenhuma família apontou que estava sendo acompanhada pelos serviços de atenção primária do seu território.

Ainda, há um desconhecimento de forma geral entre as familiares sobre os recursos comunitários onde residem, entre os quais associações comunitárias, organizações não-governamentais, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na composição e configuração dessas famílias, descritas no Quadro 3, buscou-se também identificar quem são essas crianças e adolescentes na perspectiva das familiares. Segundo informações das participantes que constam das entrevistas semiestruturadas, quanto ao itinerário nos serviços de saúde, a maioria dos adolescentes que estavam inseridos no serviço ambulatorial haviam sido atendidos inicialmente em outros serviços ambulatoriais especializados da rede de atenção secundária à saúde e, posteriormente, encaminhados para seguimento de tratamento.

Quanto às crianças e adolescentes inseridos no CAPSi, a maioria havia sido inicialmente atendida em outros serviços públicos; apenas duas crianças haviam sido inicialmente atendidas na rede privada, mas ambas haviam sido encaminhadas ao CAPSi devido à gravidade do sofrimento psíquico apresentado.

QUADRO 3 – PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUNDO A DESCRIÇÃO DAS FAMILIARES

ID	Idade	Escolaridade do filho	Raça/cor	Gênero	Razões para buscar o serviço de saúde	Cenário de pesquisa
Maria Luiza	14 anos	9º ano	Branca	Feminino	Tentativa de suicídio	Adolescento
Maria Amélia	14 anos	Não alfabetizada Turma inclusiva	Branca	Feminino	Regulação da RAPS/Continuidade do tratamento para TEA	Adolescento
Maria Julia	15 anos	Não alfabetizada Turma inclusiva	Negra (parda)	Feminino	Regulação da RAPS/Deficiência intelectual e ansiedade	Adolescento
Maria da Conceição	12 anos	Não alfabetizado Turma inclusiva	Negra (Parda)	Masculino	Dificuldade de aprendizagem	Adolescento
Maria de Fátima	16 anos	Não alfabetizado Turma inclusiva	Negra (Parda)	Masculino	Regulação da RAPS/Comportamento violento/Dificuldade de aprendizagem	Adolescento
Maria Lúcia	4 anos	Não estuda	Branco	Masculino	TEA	CAPSi
Maria de Lourdes	17 anos	3º ano do EM	Branca	Feminino	Tristeza/Tentativa de suicídio	CAPSi
Maria da Graça	13 anos	8ª série	Negra (preta)	Feminino	Tristeza	CAPSi
Maria do Socorro	16 anos	2º ano do EM	Negra (parda)	Feminino	Tristeza	CAPSi
Maria Fernanda	17 anos	3º ano do EM	Negra (preta)	Masculino	Tristeza/Pensamento de morte	CAPSi
Maria Eduarda	4 anos	Não estuda	Negra (parda)	Masculino	TEA	CAPSi
Maria Alice	14 anos	9º Ens. Fundamental	Branca	Feminino	Tristeza	CAPSi
Maria Rita	12 anos	7º Ens. Fundamental	Negra (parda)	Feminino	Tristeza/Comportamento impulsivo	CAPSi
Maria Antonia	15 anos	8º Ens. Fundamental	Branca	Feminino	Tristeza/Tentativa de suicídio	CAPSi

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA SOBRE AS DIMENSÕES DAS VULNERABILIDADES DE FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE MENTAL

O conteúdo é analisado a partir da leitura dos Segmentos de Texto (STs) das quatro classes lexicais obtidas a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) pelo Método Reinert do *software* Iramuteq, contextualizados no material bruto

das entrevistas, à luz das categorias temáticas da Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

O processamento dos dados pelo *software* Iramuteq, na opção de análise de estatísticas textuais, apresentou a ocorrência de 50,433 palavras no corpus textual, em uma frequência média do aparecimento de 3.602 por texto, com 2.498 números de formas e 1.029 palavras distintas (hápax). O Iramuteq gerou relatório classificando 1.248 STs, considerando relevante 85,48% do material. A classificação de segurança segue o padrão de pelo menos 70% do material. A análise de classificação textual do *software* Iramuteq identificou quatro classes de palavras, com a sua respectiva distribuição percentual do corpus: Classe 1, com 330 STs, (26,44%); Classe 2, com 333 STs (26,68%); Classe 3, com 322 STs (25,8%) e Classe 4, com 263 STs (21,07%), conforme apresentado na Figura 1.

FIGURA 1 – DENDOGRAMA DO MÉTODO REINERT COM AS PARTIÇÕES E CONTEÚDO FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.



Fonte: Dendograma gerado pelo *software* Iramuteq.

Sendo assim, cada uma das classes emergiu agrupando sentidos e significados, permitindo uma aproximação com as múltiplas dimensões das vulnerabilidades experimentadas pelas familiares de crianças e adolescentes objeto da pesquisa.

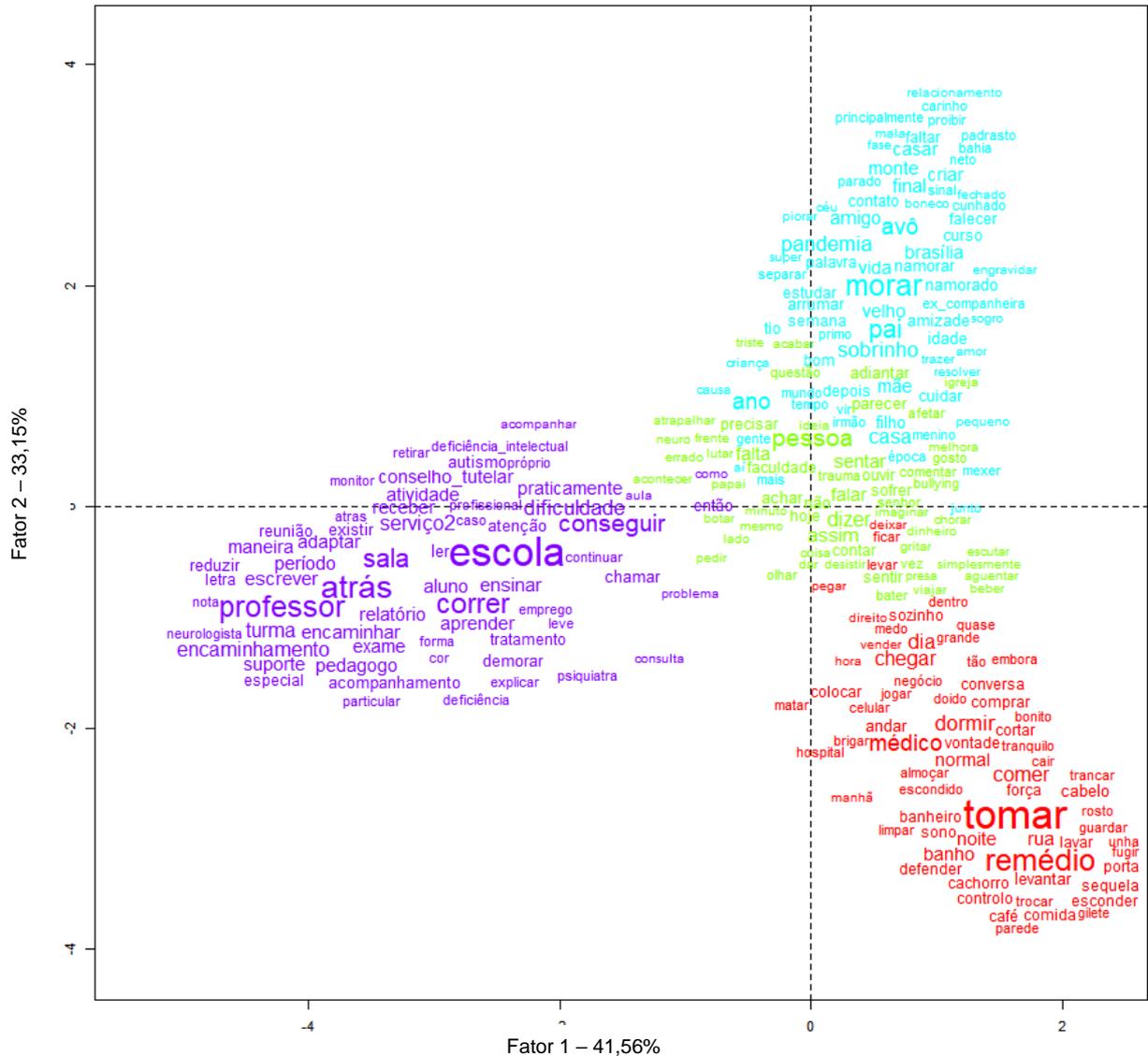
O conteúdo de cada classe, juntamente com uma retrospectiva do material bruto das entrevistas, necessário para reconstruir sentido e significado semelhantes atribuídos pelas participantes, constituíram material de análise técnica do conteúdo.

As classes organizadas pelo *software* Iramuteq e as respectivas denominações em categorias temáticas são apresentadas não segundo sua ordem numérica, mas sim com vistas a uma melhor organização e fluidez para a compreensão dos sentidos atribuídos pelas participantes sobre a experiência vivida e, também, a uma aproximação com as múltiplas dimensões das vulnerabilidades no cuidado realizado junto às suas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em tratamento nos serviços investigados.

As classes resultantes da análise textual, submetidas ao Iramuteq, receberam as seguintes denominações temáticas: vulnerabilidades nas histórias de vidas das mulheres responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico (Classe 3); vulnerabilidades presentes no cotidiano de cuidado das familiares responsáveis pelas criança e adolescente com sofrimento psíquico (Classe 2), vulnerabilidades relacionadas ao acesso e ao cuidado à saúde de crianças e adolescentes nos dispositivos da RAPS (Classe 1); e vulnerabilidades das crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico no ambiente escolar e a importância de ações em rede intersetorial (Classe 4).

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) é apresentada na Figura 2, para a visualização da proximidade das palavras entre as classes. Sem a pretensão de quantificação, buscou-se uma leitura quanto à oposição e proximidade das classes oriundas da CHD em seus eixos X e Y.

FIGURA 2 – ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA GERADA PELO SOFTWARE IRAMUTEQ



Fonte: Dados da pesquisa

A combinação das palavras entre as classes nos dois eixos (X e Y) oferece quatro núcleos lexicais em uma visão bidimensional.

Chama atenção um primeiro núcleo lexical, o qual corresponde a classe 2 (verde), ocupando de forma central o quadrante, orientado mais a direita, com estreita relação e articulação com os outros três núcleos lexicais: a classe 1 (azul), a classe 3 (azul) e a classe 4 (vermelha).

O primeiro núcleo lexical (classe 2, verde) tem como palavras em destaque as palavras pessoa, dizer, assim, sentar, abarca as dimensões que perpassam o o contexto do início da vida adulta e as dificuldades enfrentadas nas relações conjugais e familiares.

O segundo núcleo lexical, que corresponde a classe 3 (azul), ocupando o quadrante superior direito positivo, que tem as palavras morar, pai, avô, ano, abarca significativamente as dimensões acerca das suas histórias de vida, nascimento de seus filhos, vida conjugal e relações familiares.

Verifica-se tanto na AFC, como no CHD, que tanto o primeiro (classe 2, verde) como o segundo (classe 3, azul) núcleos lexicais, estão bem interrelacionados e articulados, abarcando histórias de vidas e o cotidiano, como expressão das subjetividades e lugar social são reveladores de situações de interseccionalidade de vulnerabilidades de marcadores de classe social, raça, de gênero, a a mulher como principal cuidadora, que sofre perdas, abandonos e vivência de inúmeras situações de opressão e processos de exclusão ao longo de suas trajetórias de vida. Entrelaçamentos das histórias de vida e o cotidiano que atravessados pelas dificuldades que persistiram(em) e refletem os sofrimentos no cotidiano do cuidado aos seus filhos e demais pessoas da família.

O terceiro núcleo lexical é composto pela classe 1 (vermelha), ocupando de modo prevalente, o quadrante direito inferior negativo, encontra-se em interação com o núcleo lexical primeiro (classe 2) e afastado dos núcleos referentes às classes 3 (roxa) e 4 (azul). Este núcleo tem como palavras prevalentes: tomar, remédio, médico e dormir. Este núcleo compreende as dificuldades quanto ao acesso aos serviços; ao comprometimento dos filhos e às dificuldades de acesso ao cuidado nos serviços de saúde e demais dispositivos da rede intersetorial; também apresenta a repercussão quanto ao estigma social construído ao longo da história quanto ao sofrimento psíquico e o respectivo tratamento.

O quarto núcleo lexical aparece com força a classe 4 (roxa), encontra-se no quadrante esquerdo inferior negativo, distanciada dos núcleos lexicais correspondentes às classes 1 e 3. Tem como palavras em destaque: escola, atrás, professor e correr, na medida em que traz como dimensão importante intersetorial, o papel da escola na vida das crianças, adolescentes e suas famílias, especialmente, apontando as vulnerabilidades presentes nesse dispositivo, que possui dificuldade na articulação com a rede de saúde e demais setores.

5.2.1 Vulnerabilidades nas histórias de vidas das mulheres responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico

A classe 3 reflete a história de vida das participantes, em sua maioria marcada por perdas, abandonos e inúmeras dificuldades vivenciadas ao longo de suas trajetórias. Essa situação oferece uma importante compreensão dos aspectos singulares que influenciaram a organização ou o seu modo de viver com a família.

Ressalta-se nas narrativas das participantes fatores de opressão que fizeram e fazem parte das vidas, como a vivência de sofrimentos e preocupações com a maternidade solitária. Tais falas apontam para o irrefutável papel social da mulher, que expressa sentimentos de medo, tristeza e solidão, em face da obrigação de assumir o cuidado de um filho sozinha, sem a perspectiva de trabalho para sustentá-lo, a condição de escolarização necessária para alcançar um emprego mais rentável e a estabilidade conjugal que possibilitasse dividir as tarefas.

A minha gravidez foi muito difícil, porque eu recusei meu filho pelo fato de ter sido abandonada, mas ao mesmo tempo muito por culpa minha. Eu casei com o meu marido para o meu filho ter um pai, eu não era uma pessoa que eu tinha planos de casar, eu tive outros relacionamentos estando com ele, eu tive outras pessoas antes dele e de repente engravidei e fiquei com ele (Maria Luiza/mãe).

Quando eu engravidei dele (pai do filho) eu tinha 17 anos, eu praticamente me isolei. Eu engravidei nova, eu entrei em depressão. Então praticamente parei tudo, eu fui morar com a minha mãe e o meu pai. A gente mudou até de local, porque eu não conseguia nem morar no mesmo lugar. Eu entrei em depressão, em depressão mesmo, eu não queria ver ninguém. Ainda ficava naquela situação, naquele pânico. Será que eu vou conseguir? Será que eu vou conseguir criar ele? Ficava só com aquilo na cabeça, por isso que eu parei minha vida só para ele (Maria da Conceição/mãe).

No contexto dessa última fala durante a entrevista, Maria da Conceição recorda muitos sofrimentos e fala da profunda tristeza com a descoberta da gravidez do filho na adolescência, o abandono da criança pelo pai e o sentimento de insegurança e vergonha diante da possibilidade do julgamento social pela gravidez aos 17 anos de idade.

Em outros contextos em que as relações conjugais foram mantidas por mais tempo, apesar das vivências de violências contra a mulher e os filhos, as participantes relatam o uso prejudicial de álcool e outras drogas por parte dos companheiros, as agressões físicas aos filhos e a violência psicológica, resultando em muitos

sofrimentos para a mulher e as crianças e adolescentes.

Ele não tá nem aí, ele não mede palavras, ele foi criado com a avó dele aqui em Brasília e ele não tá nem aí, ele pensa que pode ofender o emocional da pessoa e depois tá tudo bem, é o que eu vejo nele ele não mede as palavras ele quer ofender e depois passar a mão ele mexe com o emocional de todo mundo lá em casa (Maria Alice/mãe).

Ele (marido e pai da adolescente) usava muita droga e atentou tanto, tanto, que eu me separei, não quis mais nem saber. Só quem sabe é que tem alguém que mexe com droga, que já pegou filho ou marido. Não é brincadeira, não! (Maria da Graça/mãe).

Maria Antonia retrata as dificuldades durante o período em que manteve a união com o pai da sua filha, usuário de substâncias psicoativas que frequentava um serviço comunitário para tratamento. Observa-se a partir da sua narrativa as vivências de violência física, psicológica e sexual, ilustradas pelas inúmeras traições do marido, a negligência do pai no cuidado à filha e, posteriormente, a descoberta de que o pai havia sido autor da violência sexual da filha por mais de um ano.

Na época eu separei, devido ele continuar usando droga. Ele arrumou outra pessoa que era usuária de drogas. Foi quando ele me bateu e tudo. Aí eu entrei na Lei Maria da Penha e resolvi que não dava mais. A gente se separou nessa época, mas eu não sabia do abuso (abuso sexual da filha pelo pai). Ainda voltei com ele de novo e foi a última vez que eu voltei com ele. Fui morar em Planaltina, foi em Planaltina que ele pegou e arrumou essa pessoa de novo quando ele me bateu e tudo, foi quando eu peguei e me separei em 2019, me separei vim embora e tudo foi quando eu descobri tudo (Maria Antonia/mãe).

O não convívio ou a separação conjugal nos primeiros anos de vida dos filhos apresenta-se como um contexto comum para a maioria das participantes. E qual é esse espaço que os pais deixam de ocupar na vida dos filhos?

Outro contexto comum identificado nos relatos das mães, que os filhos desejavam a presença do pai, muitas vezes, uma figura do pai idealizado como uma pessoa que pudesse brincar, passear, conversar e ajudar nas tarefas escolares etc. “O pai dela morreu há três anos e isso também mexeu muito com ela, mataram, já éramos separados, ele morava em outra cidade, quando ele veio pra Brasília, ela tinha 5 anos de idade, mas nunca procurou” (Maria do Socorro/mãe).

Entretanto, à medida que os filhos crescem, elas percebem que eles se distanciam e se conformam com essa ausência.

O pai mora em outra cidade. Muito pouco que ele fica, porque não tem muito

apego. Ela gosta muito do pai, fica um tempo na casa dele, mas não tem momentos de pai e filha. Às vezes quando pega e leva para casa dele, ela não gosta porque ele mora sozinho, não tem criança, não tem ninguém para ela brincar. Então, ela não gosta disso. Quando ele pega, a expectativa dela é ir para a casa da avó. Quando ele não leva dá ruim. E aí ele fala: “não vou trazer mais a Ana para minha casa, porque ela reclama demais e ela fica sozinha, só falando que quer ir para a casa da avó dela” (Maria Júlia/mãe).

Entre outros aspectos relacionados à figura paterna, os discursos também apontam situações em que as participantes demonstram a preocupação das crianças ou adolescentes permanecerem com os pais após a separação conjugal, mesmo que eventualmente, e serem maltratados.

Ele até pegava o filho, mas eu proibi porque, toda vez que ele ia para a casa do pai, ele voltava xingando mais palavrão. Ele voltava mais nervoso. Aí, eu proibi porque achei que ele estava piorando (Maria Lúcia/mãe).

Em algumas situações, após o rompimento de relações conjugais violentas encontram pessoas que oferecem uma relação de maior proteção e amor. Em outras, novas uniões com muitas fragilidades e a persistência de vivências de violência, incluindo, exploração financeira e desproteção dos filhos. Nesse sentido, a história de vida de Maria de Fátima aponta as gestações não planejadas, as dificuldades com os companheiros, as violências vividas, as marcas da exploração dos companheiros e as dificuldades do cuidado solitário dos filhos após o falecimento dos seus pais.

Depois que eu me separei do João (pai do filho mais novo e adolescente atendido no serviço), eu arrumei um namorado. E ele: “Vem morar comigo que eu cuido dos meninos?”. Eu fui, cansada, né, com medo de não dar conta de cuidar dos meninos. Esse rapaz que a gente foi morar junto, ele arrancou muito dinheiro do meu pai, meu pai gostava muito de mim, meu pai queria me ver feliz e emprestava dinheiro, ele falava, me empresta tanto para eu quitar a minha moto, me empresta tanto pra gente casar, a gente chegou a casar, ele quis casar, meu pai pagou tudo. Ele pegava tanto dinheiro do meu pai e meu pai dava porque ele pensava, ele tá cuidando dos meus netos, meu pai morreu com ele devendo uns 30 mil para o meu pai, me separei, depois eu arrumei o abençoado que eu não quis mais (Maria de Fátima/mãe)

Em alguns contextos, outras formas de constituição de famílias são delineadas visando ao melhor cuidado e proteção à criança ou adolescente, seja no início da vida ou em razão de sofrimentos ou situações que persistem ao longo de suas histórias. Existem contextos familiares em que as casas dos pais tornam-se espaços de muito sofrimento, ou até mesmo de não reconhecimento do pertencimento à família de origem, como citado por Maria Fernanda, ao resgatar sua fala do sofrimento sobre a

saída do sobrinho da casa dos seus pais “fugir de onde? Se nem um lar ele tinha”. Essa familiar foi sugerida para ser entrevistada pelos profissionais de um dos serviços investigados, posto que ela estava direcionada ao cuidado do sobrinho, em quadro de depressão mais grave e em situação de acolhimento na família da tia devido ao risco de suicídio, caso permanecesse na casa do pai ou da mãe. Maria Fernanda fala do sofrimento do sobrinho diante da ausência de cuidado dos pais e das dificuldades com o marido em aceitar a presença dele na sua casa. Outra situação, a família de Maria Rita que assumiu o cuidado da sobrinha, tendo em vista que o pai e a mãe faziam uso problemático de substâncias psicoativas.

Ele morou com o pai, mas ele disse que o pai era muito agressivo com as palavras duras, e o fato do pai não morar com a mãe, a mãe dele é minha irmã, o pai dele é irmão do meu marido, mas não moraram juntos, não ficaram juntos foi só um namoro. Então desde pequeno a vida do meu sobrinho foi ficar de lá pra cá, nunca teve um lar, ficava um tempo com a mãe, um tempo com o pai. Quando chegou no final do ano (2020) ele foi passar as férias com a mãe na Bahia, quando a tia leu a carta dele e não quis mais ficar com ele com medo dele tirar a vida dele, ele falou para mãe dele que não queria morar nem com ela e nem com o pai, mas ele iria morar com ela se ela fosse morar em Salvador sem o marido. [...] se ele tivesse que morar com o pai, ele ia preferir se matar (Maria Fernanda/tia materna).

Pra mim (tia paterna) sempre foi muito complicado, desde pequena foi muito complicado, porque assim igual eu falo pra Marli (ex companheira), a gente parou a nossa vida, gastamos toda nossa juventude porque Ana (sobrinha) sempre deu trabalho (Maria Rita/tia paterna).

Nos diferentes arranjos familiares evidenciam-se as desigualdades de gênero, marcando o papel da mulher nesse lugar de cuidado, a responsabilidade pela educação, abnegação da própria vida em prol de garantir o desenvolvimento e a manutenção da família.

Entre tantos caminhos de sofrimentos e lutas pela sobrevivência, as participantes também apontam o papel da família extensa, na qual são incluídos os avós, tios e irmãos e, ainda, a rede comunitária, os vizinhos, a igreja etc. “Minhas amigas que ajudavam, assim todo mundo trabalha no final de semana, a gente vai pra sua casa, uma toma conta do seu filho, outra vai fazer as coisas e você vai ficar sem fazer nada” (Maria Eduarda/mãe).

Tem minha irmã, meu cunhado tem um filhinho dela que foi uma grande salvação pra ela, porque ela ajudou muito ela. O primo tem três aninhos, mas foi uma benção na vida da gente, quando ela está agonizada, ela quer conversar com a minha cunhada, liga para ela e conversa, por causa dele que ela tá vivendo, então tem ajudado muito (Maria Antonia/mãe).

Ressalta-se, diante desses contextos de extrema vulnerabilidade, a importante reflexão de Maria Amélia quanto ao seu sofrimento diante das limitações evidenciadas no cuidado à sua filha na infância e adolescência e que podem ser mantidas na vida adulta, além da importância de uma rede de suporte informal familiar e comunitária e da proteção e responsabilização do Estado para a garantia de direitos humanos, justiça social e dignidade humana.

Ela sempre vai precisar de alguém, sempre que vai precisar de um suporte. Por isso que eu digo que espero em Deus, porque eu pensava com o autismo, ela vai treinar e vai chegar aos 18 anos, mas agora com o diagnóstico de deficiência intelectual, agora ficou mais difícil. E se a minha filha não tivesse apoio da família? Se eu e o meu marido faltar? O que o Estado pode fazer? Qual instituição que pode dar apoio? (Maria Amélia/mãe)

Nesse sentido, entre outras situações de desamparo e dificuldades de implementação de ações resolutivas e assertivas no cuidado a essas famílias pelos equipamentos do Estado, apontam-se outros novos desafios vivenciados pelas famílias, tendo em vista que este estudo foi realizado durante a segunda onda da pandemia da Covid-19.

A pandemia, que teve início no Brasil em janeiro de 2020, ampliou ainda mais as vulnerabilidades e iniquidades sociais dessas famílias, considerando os desafios decorrentes das restrições sanitárias e isolamento social como medidas de proteção para restringir o contágio e adoecimento pelo novo coronavírus (SARS-COV-19).

As restrições sanitárias e o isolamento social repercutiram na sociedade em todos os âmbitos, seja pela restrição ao acesso aos serviços de saúde, diante da diminuição da oferta de atendimento individual pelos serviços de saúde da atenção primária e ambulatorial na rede especializada e de saúde mental, seja pelo cancelamento das atividades em grupo e das atividades escolares. Por fim, registram-se o sentimento de medo diante da alta morbidade e mortalidade do novo coronavírus e a ausência de perspectiva de retorno às atividades cotidianas.

Esses aspectos exigiram das famílias a reorganização da vida diária, considerando a permanência de todas as pessoas em tempo integral no ambiente doméstico, o que resultou em novos e importantes ajustes no cuidado para lidar com as consequências do isolamento e o cancelamento de atividades terapêuticas essenciais ao tratamento de crianças e adolescentes. Isso pode ser constatado nessa

fala: “Ele ia começar em março (aulas da pré-escola), mas aí já adiou e não sabe nem quando vai começar. É difícil. Ele fica mais nervoso. Ele fica só dentro de casa porque não tem o que fazer” (Maria Lúcia/mãe).

Era para ele está estudando. Era pra começar esse ano, né? Mas está nessa loucura da pandemia. No SER ele era atendido 3 dias na semana, não tava bom não, mas era o que tinha no momento. Mas quando veio essa pandemia, parou tudo, parou na estimulação precoce, parou no SER (Maria Eduarda/mãe).

Portanto, a pandemia trouxe maior agravamento dos sintomas das crianças e adolescentes inseridos nos serviços, devido à diminuição dos atendimentos de saúde e ao cancelamento das atividades da rede intersetorial, como escola, estágios, atividades de esporte etc.

Nesta classe são identificadas algumas das vulnerabilidades das histórias de vidas das participantes, nas quais observa-se que, diante das inúmeras dificuldades vivenciadas no dia a dia, essas mulheres revelam-se cansadas e preocupadas frente às necessidades dos filhos, ao futuro e a suas duras realidades.

Entretanto, também se observam histórias de superação na busca de uma vida melhor para o filho na infância e adolescência, visando a um futuro com possibilidades de trabalho e autonomia, o que aponta para a necessidade de efetivação de políticas públicas direcionadas às mulheres e suas famílias.

5.2.2. Vulnerabilidades presentes no cotidiano de cuidado das familiares responsáveis pelas crianças e adolescentes com sofrimento psíquico

Na classe 2, as dimensões expressam o lugar de sofrimento vivenciado em face a dificuldade em lidar com os comportamentos alterados e persistentes dos filhos, sem a percepção de melhoras na condição de saúde da criança e que pode ser agravada pelo risco de suicídio, o estigma relacionado ao sofrimento psíquico, a dificuldade encontrada quanto ao acesso aos serviços de saúde para tratamento de saúde e de alta complexidade na rede pública e a precária condição de contar com a proteção do Estado para assegurar a garantia dos direitos das suas crianças e adolescentes.

Esses contextos de tantos sofrimentos psíquicos graves evidenciam a persistência do adoecimento, entre os quais o prejuízo na aquisição de competências

cognitivas e relacionais no ambiente escolar, a falta de autonomia para as atividades diárias, a dificuldade no controle da raiva e impulsividade. Tudo isso resulta na necessidade de supervisão constante dos filhos, os discursos das mães apontam para obstáculos a serem superados a fim de vislumbrar um futuro em que eles possam ter autonomia e estejam capacitados para o mercado de trabalho e demais expectativas sociais para a vida adulta. “Eu creio que ele vai mudar um pouco! Não é possível, não! Não existe isso, não! Toda vida dando trabalho, né? Acho que tem algo de bom lá na frente” (Maria de Fátima/mãe).

Eu sei que cura não tem, mas o meu sonho é que ele melhore, que ele tome conta da vida dele, mesmo com as dificuldades, que possa aprender limites, que todo mundo tem que ter e que dê conta da vida dele. Tem dias que eu estou mais forte, nunca vi uma coisa tão difícil, até hoje! Mas parece que a gente vai aprendendo, vai endurecendo com as coisas! Vai passar a não pensar, senão pensar parece que eu vou viver o aqui e agora e levar (Maria Eduarda/tia materna).

Nesse contexto de sofrimentos, sobressai-se entre as participantes o relato de Maria de Fátima sobre o filho, que na infância já apresentava muitas dificuldades nas relações interpessoais e, diante da ausência de acesso aos recursos dos dispositivos e instituições do Estado, seu comportamento evolui de forma acentuada na adolescência e ele começa a apresentar condutas violentas, físicas e sexuais, atingindo outras crianças, bem como maus tratos a animais. Maria de Fátima retrata toda a linha da vida do seu filho, do nascimento até os dias atuais, desde o início da aquisição da linguagem e das dificuldades nas relações sociais, importantes prejuízos no desenvolvimento e que foram invisibilizados pelas instituições de saúde e educação em que ela buscou ajuda. Essa entrevista traz a negligência, o abandono, o desamparo do Estado e o estigma vivenciado por essa família negra e pobre, diante do sofrimento psíquico e do racismo institucional.

Quando ele voltou do passeio do bombeiro mirim, ele não sentou no lado do irmão, sentou do lado de uma menina. Diz o meu filho que “viu alguma coisa estranha, depois que o responsável veio e ele assustou e veio para o meu lado, mãe, a mão dele tava fedendo demais da conta! Aí, eu falei: Olha só! Nesse dia eu bati tanto nele, eu fiquei ceguinha né? Eu não sei o que ele faz com essas meninas, eu tenho medo dele ficar pior. Eu não sabia tratar dele, eu tive que dar surra e ele foi parando de bater nas meninas, porque eu, desesperada sem orientação nenhuma, eu batia nele, ele batia nas meninas e eu batia nele. Eu batia, eu não sabia conversar com ele né, não tinha paciência porque ele só sabia judiar das pessoas e foi passando o tempo (Maria de Fátima/mãe).

No ensino integral ele está seguro. Ele vai aprender, vai, tudo. Não deu uma semana, eles disseram que não podiam aceitar o meu filho lá. Tenho até hoje o comunicadinho. É cansativo demais, você corre para um lado, corre pro outro. É uma choradeira, um desespero, mas ninguém pode ajudar. O negócio do meu filho é que a escola não pode expulsar mais, muitas vezes ameaçou de expulsar. Então, eu me desesperei outro dia desses, até falei com a assistente social que ele precisava de um trabalho, porque quem sabe ele não muda (Maria de Fátima/mãe).

Identificam-se aspectos relacionados à moralidade dos profissionais inseridos nos dispositivos da rede de educação e saúde, pois, diante das dificuldades de acolher o adolescente com comportamentos considerados mais graves, as participantes se deparam com ações mais excludentes do que includentes. Acrescenta-se que nesse lugar de solidão e desamparo, “porque eu desesperada, sem orientação nenhuma”, como enfatizado por Maria de Fátima, e diante das dificuldades de ser acolhida nos dispositivos do Estado, muitas vezes o que ela e outras mães na mesma condição conseguem fazer na tentativa de controlar e fazer com que o filho entenda a seriedade das consequências do seu comportamento é reagir com outras formas de violência.

Nesse sentido, as narrativas das mulheres apontam para o julgamento que permeia a sociedade, ao se considerar que a falta de habilidade das mães em lidar com os filhos na infância e adolescência resultam em comportamentos que poderiam ser evitados, se soubessem o que fazer ou se tivessem adotado medidas para controle. “Tanto que as pessoas olhavam para ela e diziam: filha única, né? Porque esse jeitinho dela, de ser muito infantilizada, é porque é filha única, né? Porque você só tem ela, né?” (Maria Amélia/mãe).

Críticas, receita como educar melhor a minha filha todos os dias, todos os dias eu recebo. Dizem: Você errou aqui ou você faz assim. Todos os dias eu recebo, por isso que eu deixei de falar. Tem muita gente que acha que é falta do que fazer. E não é! (Maria Luiza/mãe).

A própria mulher pode experimentar sentimentos de culpa por não estar sempre ao lado da criança ou ao ser julgada pelos vizinhos, familiares e profissionais, de ser uma mãe ou cuidadora negligente e implicar danos à criança, que poderiam ser evitados se estivesse em casa. “Como a mãe dele saía para trabalhar, deixava ele com outras pessoas, ele sofreu agressão de primos, porque a mãe deixava pra ir trabalhar e os primos batiam” (Maria Fernanda/tia paterna).

É assim porque como eu sempre trabalhei, eu pagava alguém para ficar com

ele, ele ficava mais isolado, ele se sentia muito sozinho, eu peguei e fiquei um pouco em casa para ver se muda, se era isso mesmo, quando eu percebi que ele precisava de mais atenção e eu tive que parar de trabalhar para ficar com ele, porque ele ficava muito isolado, mesmo ficando com outra pessoa. O medo dele é que me atrapalha, então até pra eu trabalhar eu fico preocupada porque se ele fica sozinho e der uma chuva ele se desespera, então ele tem aquele trauma de ficar sozinho (Maria da Conceição/mãe).

Essas questões são submetidas ainda a um julgamento moral sobre o lugar da mulher numa sociedade patriarcal. Por conseguinte, esses comportamentos apontados pela sociedade podem resultar na estigmatização negativa relacionada a não ser uma boa mãe e no estereótipo de incompetente, requerendo, dessa forma, ajuda para conseguir cuidar dos filhos, reforçando-se condutas prescritivas e disciplinadoras.

Ressalta-se que, no contexto atual, em que a maioria das mulheres também trabalha fora de casa, o cuidado dos filhos muitas vezes é compartilhado com outras pessoas da família ou com instituições públicas ou privadas, evidenciando uma ambivalência em relação à necessidade de trabalho e de ter alguém para prestar o cuidado que a criança requer. E quando a mulher não encontra escolha? Como o Estado pode oferecer à mulher ou cuidadora a condição de garantir proteção à criança ou adolescente em situação de maior vulnerabilidade?

No contexto de extrema vulnerabilidade social vivenciado por Maria do Socorro, mulher negra (parda), desempregada há 2 meses, para cuidar da filha com sofrimento psíquico intenso e persistente, com alto risco de suicídio, vivendo atualmente por meio das contribuições da igreja e do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família, verifica-se o sentimento de impotência diante do sofrimento da filha e as inúmeras tentativas de suicídio e a ausência de recursos financeiros para garantir o sustento da casa, pois ela precisou optar entre o sustento da casa e a supervisão integral para garantir a vida da filha.

Foi difícil, muito difícil você aguentar tudo sozinha. É muito difícil e até hoje. Tudo, né? Eu trabalhava, mas ao mesmo tempo eu queria cuidar dela. E isso afetou muito a minha saúde, não só psicológico, mas físico também, e às vezes eu saía correndo do trabalho. Muito difícil depender de outras pessoas. Eu não gosto de dar trabalho, desde os meninos pequenos eu trabalho, quer roupa e eu não posso comprar porque não tenho como. (Maria do Socorro/mãe).

Esses contextos familiares podem ser agravados pela própria condição de saúde dessas mulheres cuidadoras, seja pela ausência de recursos financeiros, seja

pela sobrecarga do cuidado requerido, seja pela existência de comorbidades clínicas, quando elas referem que ao procurar os serviços de saúde nem sempre encontram respostas efetivas. Elas expressam que, ao buscarem atendimento ao filho ou durante o acompanhamento dos filhos nos atendimentos aos serviços de saúde, acabam por também possuírem demandas quanto aos próprios sofrimentos físicos e psíquicos, que se sobrepõem, ampliando as vulnerabilidades a que estão imersas, considerando o cansaço e o desalento no cuidado solitário e cotidiano.

Maria Lúcia fala do intenso sofrimento com o comportamento do filho, especialmente após a separação, sem rede de apoio, pois não conseguia pedir ajuda à família. Fala da dificuldade de conversar sobre os seus problemas com as pessoas, inclusive familiares, e na entrevista também foi bastante sucinta.

Eu tava em tempo de me suicidar mesmo, eu entrei assim numa depressão séria mesmo, que eu queria só morrer, porque eu não dormia, o menino só chorando, e ele dava muito trabalho, muito trabalho, ele chorava muito, ele era de bater a cabeça na parede, ele se mordida, ele se jogava no chão, ele saía quebrando as coisas, até que uma vez eu vim aqui, né. tipo assim, pedir socorro, porque eu não aguentava mais (Maria Lúcia/mãe).

Entre os sofrimentos retratados pelas participantes, ressalta-se a história de vida de Maria de Lourdes, mulher branca, aposentada por invalidez devido ao câncer e metástase, pensionista vitalícia, viúva há 11 anos, esposo faleceu vítima de infarto agudo do miocárdio fulminante enquanto jogava bola no campo de futebol onde moravam. Ela traz as dificuldades de acompanhar a filha em tratamento no CAPSi devido ao longo tempo destinado ao tratamento do câncer, quimioterapia, radioterapia, cirurgias, sofrimento diante da necessidade dos dispositivos do Estado para o seu próprio tratamento.

Maria de Lourdes desenvolveu complicações, sofrendo com convulsões devido à retirada de um tumor no cérebro e metástase pulmonar devido à demora em conseguir os recursos terapêuticos necessários. “Para você ter ideia, é a segunda vez que venho aqui no CAPSi, porque sempre quem vem com ela é minha irmã, porque eu não podia sair de casa sempre, pois estava em tratamento, fazendo quimioterapia” (Maria de Lourdes/mãe). Ela ressalta a gravidade do sofrimento psíquico da filha, angústia e impotência diante da falta de percepção de melhora e dos recursos necessários à garantia do cuidado.

No contexto descrito acima, no qual não há a presença da pobreza extrema, mas há a dependência de ações do Estado na garantia do cuidado à saúde para tratamentos de alta complexidade na rede de saúde, evidencia-se a vulnerabilidade social relacionada às políticas públicas de saúde. Ressaltam-se as relações de poder instituídas pelos dispositivos de Estado, a partir da dependência que se faz dos recursos tecnológicos e humanos. A partir da narrativa da entrevistada, não se identifica um planejamento do Estado que priorize a equidade e a integralidade das ações à população.

Essa questão do desamparo do Estado também é reforçada na narrativa de Maria do Socorro, pois, diante do seu sofrimento, constata-se que pouco ou nada é feito para garantir a ela condições mais efetivas e resolutivas no cuidado da sua filha em sofrimento e dos demais filhos. Portanto, verifica-se que aqueles familiares que assumem o lugar principal de cuidado à criança e/ou adolescente, também podem adoecer e precisam de cuidados.

Entre outras vulnerabilidades presentes nesses contextos familiares relacionados ao sofrimento psíquico, destaca-se a discriminação vivenciada pelas crianças, adolescentes e cuidadoras, o que ocasiona sentimentos de vergonha, humilhação, constrangimento e evitação social.

Ah! Quando ela está em crise na escola, ela morre de vergonha, ela diz “eu não sou igual a essas meninas, eu sou diferente”. E isso traz sofrimento para ela. Acho que as colegas falam algo escondido, mas ela percebe. Quem não percebe? (Maria Luiza/mãe).

Porque uma pessoa que não tem dificuldade, quando escuta algo que não gostou retruca, mas ela não, ela chora, ela se oprime, ela fica num canto fica triste. É porque ela se sente excluída, eu não sei. As meninas vão querer conversar com quem entende, com quem sabe das coisas (Maria Julia/mãe).

Esses aspectos apontam para o conceito de estigma social ou público, considerando que os colegas da escola, ao perceberem as dificuldades, desqualificam as crianças/adolescentes e as excluem das rodas de conversa, brincadeiras e demais atividades escolares, reforçando a perspectiva social sobre o sofrimento psíquico como atributo depreciativo.

Os processos discriminatórios e excludentes também são vivenciados pelas participantes. O estigma de cortesia fragiliza ainda mais essas mulheres, tendo em vista que, ao não se sentirem acolhidas e apoiadas nessa complexa busca de compreender os prejuízos decorrentes do sofrimento dos seus filhos, e diante dos

inúmeros julgamentos morais, elas mencionam que preferem se distanciar ou evitar conversar sobre o assunto com outras pessoas, até mesmo da família, pois não encontram esperança de amparo e solidariedade. “Quem está 24 horas com ela sou, quem está com ela o tempo todo sou eu. Então, uma coisa é você entrar e ver a pessoa por 30 minutos para saber o que ela está fazendo a outra é você passar o dia todo” (Maria de Lourdes/mãe).

Eu tenho vizinhos, mas não tenho intimidade, não confio! Eu só tenho duas pessoas com quem converso, eu tenho um pouco de cautela de com quem conversar, né. “Eu já ouvi as pessoas falarem que isso é frescura! Ah, isso é frescura! É por isso que eu não converso” (Maria do Socorro/mãe).

Eles não vão ajudar só atrapalha fica afastada mesmo e eu vou cuidando dele sozinha eles acham que é manha eu já ouvi tanta besteira quem sabe é a gente que vive que passa né porque uma pessoa vim e falar ah isso é besteira isso é muito fácil mas pra a gente que tá vivendo sabe que não é ela sofre prejudicou a vida dela demais (Maria Antonia/mãe).

Portanto, a discriminação quanto à manifestação dos comportamentos relacionados a sofrimentos psíquicos resulta em desvantagens em vários contextos da vida. Segundo a percepção da Maria Eduarda mãe de uma criança de três anos, que teve o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, fala da jornada extenuante de cuidado, diante da demanda exigida pelo filho e da solidão nesse cuidado diário, bem como a dificuldade de lidar com o preconceito e o estigma relacionado à agitação motora do filho, a dificuldade de fala e adequação às regras sociais. O esposo que guardava uma expectativa e, diante do reconhecimento das diferenças do comportamento do filho, ele mantém um distanciamento afetivo, não se envolve no cuidado, apresentando inclusive constrangimento, que o impede de oferecer o suporte necessário ao cuidado e a expressão de afeto à criança.

Eu acho que ele sente vergonha na verdade, mas ele não responde, nem pra mim e nem para o meu irmão. Eu não sei se aquele olhar de crítico ou se é sei lá do quê, mas onde a gente passa, quando ele começa aqueles gritos. Porque é de uma hora para a outra. Eu não sei se é melhor ele estar em casa ou não, porque é como eu estou dizendo, pro lado de conversar com o filho, eu não tenho apoio dele. Da gente conversar, de discutir o que tem que ser feito. Porque antes do filho nascer a gente conversava, por isso, o que eu digo que ele faz é não aceitar, porque antes ele falava “Ah, meu filho quando fizer três aninhos eu vou botar na aulinha de futebol, não sei o quê”. Ele ficava naquelas coisas, parece assim que ele não gostou da notícia que a gente deu do que está acontecendo (Maria Eduarda/mãe).

No caminho da análise dessas vulnerabilidades presentes na vida dessas

mulheres, a impotência se sobressai diante das dificuldades do sofrimento psíquico da criança e/ou adolescente, dos processos de exclusão, estigmatização e discriminação quanto ao sofrimento psíquico, a sobrecarga física e psíquica experimentada como familiar e principal cuidadora. Ressalta-se que a identificação desses sofrimentos deve ser alcançada pelos profissionais, para que as ações sejam resolutivas e articuladas, de forma a acolher os cuidadores em suas demandas, como um sistema familiar amplo que precisa de cuidados.

5.2.3 Vulnerabilidades relacionadas ao acesso e ao cuidado à saúde de crianças e adolescentes nos dispositivos da RAPS/DF

A classe 1 apresenta as diferentes dimensões relacionadas às preocupações com os filhos no dia a dia. Um primeiro contexto abarca as preocupações relacionadas à dependência dos filhos para atividades da vida diária, enquanto que, em outra situação, as preocupações estão relacionadas aos riscos e à manutenção da vida dos filhos. Essas preocupações apresentam-se mais acentuadas em seus discursos quando é citada a ausência do Estado em garantir ações que visam ampliar o acesso à rede de cuidados de base territorial e comunitária.

No primeiro contexto, o cuidado dessas mulheres envolve a supervisão constante e o suporte a várias atividades da vida diária dos filhos, para que eles possam alcançar autonomia ao longo do seu desenvolvimento, como: fazer a higiene corporal, organizar o quarto, dormir sozinho, cuidar da alimentação, fazer a supervisão das atividades escolares, realizar pequenas compras, ajudar nas tarefas domésticas, reconhecer dinheiro e fazer cálculos. Além disso, elas se preocupam com as relações pessoais dos filhos na escola e na comunidade, diante de episódios de agressividade e irritabilidade.

Ele (filho de 3 anos) não faz nada, ele não toma banho só, ele não se veste só, ele não come só, ele ainda usa fralda, tudo é eu ,eu cheguei aqui porque ele fazia acompanhamento na precoce (estimulação precoce) todo dia (Maria Eduarda/mãe).

Ele começou a tomar banho sozinho com 10 anos de idade. Ele não sabia tomar banho só, ele entrava no banheiro, jogava água no corpo e já saía, não sabia se cuidar, não sabia se limpar. Ele tem essa dificuldade de se defender das coisas, então quando alguém fala mal dele ele chora, ele fica com aquilo guardado, ele fica dias com aquilo guardado com aquela tristeza dentro dele. [...] Então ele fica com aquilo na cabeça, ele não conta para ninguém, ele

conta depois de dois dias que ele vai contar, que ele consegue contar as coisas, ele tem essa dificuldade de se defender (Maria da Conceição/mãe).

Nesse sentido, ressalta-se a história do filho de Maria de Fátima, de 16 anos, preto, não sabe ler ou escrever, cursando o 8º ano do ensino fundamental em escola regular e em turma regular. O filho estava em tratamento em outro dispositivo da rede e foi encaminhado para o serviço ambulatorial para seguimento de tratamento, conforme os critérios da regulação da RAPS.

No segundo contexto, as preocupações estão relacionadas à dimensão de risco de vida dos filhos, em que a supervisão e o monitoramento constante são necessários para garantir que o/a filho/a não coloque em risco a própria vida, com a ingestão de comprimidos, enforcamento, quedas de grandes alturas, automutilação, entre outras alternativas.

Tudo que possa facilitar (o suicídio) eu tiro. Foi se cortando, teve um outro apartamento que morei que as janelas eram todas com guarda roupa, a gente colocava o guarda roupa justamente para ela não tentar pular. Ela fica totalmente agressiva e não deixa nem triscar nela. Para você ver as medicações dela, não ficam na minha casa, ficam no apartamento da minha irmã e toda a noite a minha irmã vai e entrega o da noite e deixa comigo os do dia. Porque já chegou ao ponto dela tomar todos os remédios que tinha dentro de casa (Maria de Lourdes/mãe).

Quando eu olhava pra ela, ela tava toda cortada, toda picotada. Ela ainda tem vontade de se matar, mas quando ela pensa, ela lembra que a gente está ali apoiando. Ela já pegou corda, mediu assim, para saber a altura para ver se dava. Tem pensamentos de morte e tem vontade de se cortar (Maria Antonia/mãe).

Ele ficava debaixo da cama, se escondia e eu comecei a ver que ele não tinha medo do perigo, começou a fazer coisas graves, ele entrou debaixo da cama, ligava os fósforos, ligou um fósforo e queria colocar fogo debaixo da cama com ele lá. Ele ia em cima dos cachorro perigoso, pitbull, cachorro grande e bravo, ele não tava nem aí, ia lá e punha a mão no cachorro e o cachorro pegou o rosto dele todinho com os dentes, que até hoje ele tem uma cicatriz aqui no queixo, pegou e mordeu porque ele não tinha medo (Maria de Fátima/mãe).

As mães apontam o cansaço diante da persistência dos comportamentos, do dia a dia de cuidado intenso e, geralmente, solitário, para que os filhos tenham seu autocuidado preservado e não se coloquem em risco. “Sempre ter que mandar a mesma coisa, você vai perdendo a paciência, mesmo sabendo da dificuldade, entendeu?” (Maria Júlia/mãe).

Todos os dias, todo dia, todo dia, na parte dele ficar mais agressivo é porque ele tá crescendo, ele está se defendendo, porque antes ele só chutava, ele só chorava, ele era pequenininho, hoje não! Hoje ele está grande, ele brigava muito, agora ele já tem os movimentos de grito de raiva, o que não dá certo, eu não faço as vontades, mas tem vez que eu estou tão cansada, que eu faço as vontades pra ver se deixa quieto (Maria Eduarda/mãe).

Esses aspectos apontam para as diferentes demandas dos serviços e as particularidades do cuidado a ser ofertado às suas principais cuidadoras. Entretanto, diante da manifestação de algum sintoma de sofrimento psíquico, reconhece-se no discurso das participantes as consequências desse sintoma como uma diferença, na qual se estabelece uma marca ou rótulo para a criança ou adolescente.

Na fala “sempre tinha aquela proteção de não deixá-la como outra criança normal, tipo vai ali na venda comprar alguma coisa e volta, a gente tinha esse nível de proteção” (Maria Amélia/mãe), identifica-se a preocupação da mãe em não deixar a filha adolescente com deficiência intelectual como outras adolescentes da mesma idade sem deficiência, o que aponta para o caminho da categorização das formas de ser, cuidar e proteger as pessoas, tendo em vista que, o “nível de proteção” é associado a fragilidade e a incapacidade de autocuidado.

Essa marca ou rótulo implica diferentes desdobramentos, entre eles a construção de estereótipos de crianças frágeis, em que, diante das poucas habilidades identificadas pelos profissionais de saúde e familiares, a manutenção desse lugar de dependência na vida adulta por outras pessoas é fortalecida. “Ela não tem condições de ficar sozinha, os médicos já falaram que ela sempre vai depender de mim de tudo, alguém pode aproveitar que ela não tem maldade” (Maria Júlia/mãe).

Considerando, o contexto de pobreza e de vários processos de exclusão vivenciados por essas mulheres, a dependência da mãe por toda a vida imprime uma condição de extrema vulnerabilidade, principalmente analisando-se a partir da intersecção entre ser uma mulher, negra, pobre e portadora de deficiência intelectual.

Quanto à percepção do estigma vivenciado pelos filhos e da impotência em como lidar com as suas próprias dificuldades, destaca-se o discurso de Maria Amélia quanto à angústia e sofrimento diante das limitações da filha, estabelecidas pelos médicos, do medo do futuro e das dificuldades de lidar com o diagnóstico, inicialmente de TEA e, posteriormente, de deficiência intelectual no atual serviço, apontando o quanto essas condições são permeadas de julgamento social e culpabilização da mãe.

Maria Amélia ressalta as dificuldades iniciais da filha quanto à aprendizagem e aquisição da fala e o longo percurso pelos serviços de saúde e de educação, na busca por melhores condições de desenvolvimento e suporte, devido à preocupação com a fragilidade e a percepção de dependência da filha em várias áreas da vida. Esse relato traz com clareza várias questões relacionadas às dificuldades das pessoas em lidarem com as diferenças e os diferentes, como em um episódio em que o diretor da escola negou a necessidade de plano de apoio educacional individualizado às demandas da sua filha e invalidou o seu discurso, julgando como excesso de proteção.

Aqui se observa um contraponto às práticas de educação e saúde: ora elas invisibilizam as necessidades de melhor adequação das atividades pedagógicas para o alcance do potencial de desenvolvimento da criança e as diferenças são negadas, ora invisibilizam as potencialidades de desenvolvimento da criança pelo estabelecimento da diferença.

Entre outros aspectos relacionados ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e às vulnerabilidades presentes na rede de saúde, destaca-se o discurso de uma participante que, durante um acolhimento inicial em um serviço, ouviu da profissional atendente que o seu filho tinha comportamento de “psicopatia”.

No entanto, essa fala não ajudou a mãe a compreender as necessidades de cuidado do filho, apenas ampliou sua preocupação e a certeza de que o filho tinha algo que necessitava urgentemente de apoio de alguma instituição. Mesmo quando conseguiu o atendimento, deparou-se com o modelo centrado na categorização dos comportamentos como sintomas, invisibilizando os aspectos sociais, culturais e políticos que permeiam a sua vida, tendo em vista que recebeu apenas medicação como oferta no tratamento, sem garantia das condições necessárias para o enfrentamento do sofrimento psíquico retratado pela família.

Ele nem pegou triagem, nem nada, já foi fazendo o acompanhamento, deu remédio para ele, era carbamazepina na época. Ali ele já tinha 10 anos, já tinha 8, sei lá. Nem sei, ele começou com a carbamazepina e ficou bom. Só que ele começou a ficar dopado, tipo morto vivo, andava e parecia que ele estava em pé à força. Eu comecei a ficar com o coração doendo, de ver ele daquele jeito, só engordando e dopadão, querendo fazer as coisas e molão. Meu Deus esse menino não tá normal! Fui lá e falei com a médica, ela falou assim, eu posso trocar o remédio, mas continua tomando a carbamazepina em menor dosagem (Maria de Fátima/mãe).

Nesse sentido, a categorização dos sofrimentos psíquicos como sintomas reforça práticas estigmatizantes e discriminatórias que estão inseridas não apenas

nas relações sociais entre vizinhança, família e escola, mas também em serviços de saúde.

Esses aspectos foram ressaltados por Maria Luiza, ao retratar a vivência da percepção do estigma e discriminação ao longo da sua vida, da necessidade social de adequação às normas e do sofrimento diante da falta de lugar para sua expressão como pessoa. Essa participante aborda com profundo sofrimento a repercussão da imposição do tratamento medicamentoso pela falta de adequação às normas sociais, a sensação de deixar de ser para ser o que os outros desejam, de sempre ser reconhecida como “alguém que não muda porque não quer, não muda porque não precisa”.

Essa situação evidencia o lugar de assujeitamento da pessoa diante do cuidado fragmentado e centrado no tratamento de sintomas e na medicação. Entretanto, ao confrontar os discursos das participantes com a perspectiva proposta pela Lei nº 10.216, de 2001, e as portarias ministeriais que possibilitaram as condições de implementação de várias propostas de cuidado psicossocial, reconhece-se um longo caminho a ser percorrido para a efetivação e resolutividade dessas propostas, tendo em vista que o uso da medicação continua fortalecido nesse lugar de ausências de outros recursos terapêuticos.

A médica passou até remédio pra ela dormir, pra ansiedade e um outro remédio lá. Ela é ruim para dormir, ela tem insônia. Para ela ficar mais calma queria que ela passasse por um psiquiatra, pra ela passar um remedinho para deixá-la mais calma pra ela dormir (Maria da Graça/mãe).

Tanto ele, quanto minha filha eles desenhavam essas coisas, mas ultimamente, depois que eles tão tomando remédio eu não tenho visto mais nada de novo, quando eu vou olhar é tudo aquilo que já tinha visto antes (Maria Fernanda/tia materna).

Que hoje eu me sinto melhor. Ele toma três medicações, a doutora fala que é para ele melhorar o sono, para ver se ele amanhece o dia melhor. Mas a agitação dele é muito grande, até que passou agora pela psiquiatra, foi a primeira consulta dele, trocou os remédios para ver se ele aquieta, porque ele não para (Maria Eduarda/mãe).

Observa-se que a medicação no tratamento ao sofrimento psíquico também permeia a expectativa das pessoas assistidas nos serviços, apesar da ambiguidade quanto à efetividade dos medicamentos pelas participantes, pois de um lado reforçam a importância do uso da medicação para controle dos sintomas ou comportamentos

dos filhos, e de outro revelam a insegurança e o medo diante das consequências do uso.

Reconhece-se que a terapêutica medicamentosa é um recurso amplamente utilizado e, quando prescrito de forma coerente, direcionada às necessidades individuais da pessoa em sofrimento psíquico, possibilita uma importante melhora da sintomatologia. No entanto, o que se questiona é a manutenção de práticas que podem estigmatizar, considerando que apenas a medicação não permite a oferta de condições reais de enfrentamento das dificuldades ao longo da vida, como muitas vezes o que é garantido nos atendimentos ambulatoriais ou em outros serviços territoriais substitutivos, que mantêm o modelo biomédico no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Quanto ao aspecto relacionado à medicalização e categorização de sintomas ressalta-se o discurso de Maria Luiza sobre o seu adoecimento e das dificuldades que a impediram de cuidar da sua filha nos primeiros anos de vida, do seu sentimento de impotência e cansaço diante do próprio sofrimento psíquico e o da sua filha. Fala também da percepção do estigma e discriminação vivenciados ao longo da sua vida, da necessidade social de adequação às normas e do sofrimento diante da falta de lugar para sua expressão como pessoa. Aborda com profundo sofrimento a repercussão da imposição do tratamento medicamentoso, pela falta de adequação às normas sociais, a sensação de deixar de ser a si própria para ser o que os outros desejam, de sempre ser reconhecida como “alguém que não muda porque não quer, não muda porque não precisa”.

Nessa classe em que se observa a intersecção entre a manifestação do sofrimento, o estigma, a forma de cuidar e o acesso aos serviços de saúde, a identificação nos discursos das participantes quanto ao modelo de cuidado presente nos dispositivos de saúde mental evidenciam a dificuldade de efetivação do modelo psicossocial e a medicalização da vida, como subjugação aos discursos hegemônicos e disciplinadores.

5.2.4. Vulnerabilidades das crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico no ambiente escolar e a importância de ações em redes intersetoriais

Esta classe (4) reflete a vulnerabilidade do acesso aos dispositivos da rede intersetorial no cuidado ampliado em saúde mental à população infantojuvenil, na

percepção das familiares. Elas destacam de forma bem significativa a importância da escola na vida das crianças, adolescentes e suas famílias, apontando as vulnerabilidades presentes nesse dispositivo e as dificuldades na articulação com a rede de saúde, impactando na capacidade de resposta e efetivação do modelo psicossocial.

Quanto aos aspectos relacionados à aprendizagem formal, as participantes retratam as dificuldades para a leitura e escrita de seus filhos, a dificuldade de manter a atenção às aulas e o prejuízo no processo de alfabetização e aquisição de habilidades cognitivas esperadas para a idade. “Olha essa parte de ler é o que ela consegue fazer melhor, lê com fluidez, que as pessoas quando vê ela lendo fala, nossa como ela lê bem, mas escrever mesmo, ela veio desenvolver lá pelo quinto ou sexto ano” (Maria Júlia/mãe).

Ele não tem assim, ele pega a cor mas demora meia hora para saber que cor é, ele tem essa dificuldade, até hoje ele não consegue ler e escrever, mas ele tem essa dificuldade, mas é bem pouquinho, mas mesmo eu ensinando todo dia continua com aquela dificultadizinha (Maria da Conceição/mãe).

Diante das dificuldades de manter o acompanhamento do conteúdo e o desempenho escolar esperado para a idade e a série em curso, os professores solicitam a presença dos pais para esclarecimentos sobre as dificuldades apresentadas no processo de escolarização e, muitas vezes, sugerem que a criança possa ser avaliada pelo profissional especializado da área da saúde, especialmente o médico.

A minha filha atrasou a fala, quando ela entrou na escola eu percebi que tinha algo diferente, mas não sabia o quê. A escola pediu para que investigasse, a escola indicou, mas ela já tinha um encaminhamento do postinho de saúde que a pediatra indicou o atendimento em serviço especializado (Maria Amélia/mãe).

Foi através da escola, foi a escola que começou a perceber e me chamou para que eu procurasse uma psicóloga, uma pedagoga para tirar dúvidas, ela me deu os encaminhamentos. Ela não acompanhava a turma, que ela não tinha rendimento, que ela dormia muito na sala de aula, que ela copiava muito com sete ou oito anos foi porque até a quarta série (3º ano do Ensino Fundamental) não permitem que reprove (Maria Júlia/mãe).

Com essa perspectiva da necessidade de assistência à saúde, instituiu-se um longo itinerário terapêutico até alcançar os serviços especializados para os filhos e a avaliação solicitada pela escola para que possam ser alcançados os recursos

pedagógicos que contemplem melhores condições de aprendizado e a garantia do direito à educação.

Esses aspectos aumentam as vulnerabilidades presentes nas situações aqui relatadas, considerando a necessidade de maior apoio das mães na supervisão das atividades escolares em casa, a frequência de absenteísmo do trabalho para comparecer aos serviços de saúde e educação, a impotência e a angústia diante da demora para acessar os recursos necessários que possam indicar caminhos que garantam melhores oportunidades para os seus filhos, especialmente na perspectiva da educação inclusiva. Resultando em atrasos importantes para o suporte adequado na escola e outros sofrimentos relacionados à falta de aquisição de habilidades adequadas à idade.

Ele tinha uns 6 anos, desde os 6 anos ele começou a apresentar essas dificuldades, ele começou a estudar desde os 3 aninhos e nunca aprendeu nada, aí eu achava estranho, quando ele fez 6 anos eu percebi que ele tinha alguma coisa errada, foi o tempo que eu comecei a ir atrás das coisas dele. Fui assim, como é público eu demorei muito mesmo para correr atrás. Ele (médico) pediu muito exame, até hoje estou fazendo, então muito exame que pediram, que eu fiquei até preocupada, porque eles pediram tanta coisa, né! Que eu até me desesperei! Foi esse ano, esse ano que eu estou vendo, agora com tudo na mão para começar a ajudar ele, no ano que vem (2022). Acho que sim, acho que atrasou muito, eu corri muito atrás dos documentos, a gente corria atrás, a gente andou esses hospital tudo, porque andava em um, mandava para o outro, andava no outro, a gente ficou praticamente três anos correndo atrás dessas coisas (Maria da Conceição/mãe).

A necessidade de acompanhamento do filho nos dispositivos da educação e saúde reduz a capacidade de trabalho e renda familiar; entretanto, a mãe desse adolescente não havia sido sequer orientada a realizar o cadastramento para recebimento de benefício social ao qual tinha direito e pudesse possibilitar à família melhores condições de acesso ao serviço, por meio do transporte gratuito.

Ela (assistente social) falou, pois é você tem direito com o relatório que eles (serviço de saúde em que havia permanecido por 3 anos) fizeram, você tinha direito. E eu tinha direito e não sabia! Não tinha nem passe livre. Tudo a assistente social providenciou (Maria de Fátima/mãe).

Algumas exigências, como a atualização de relatórios que comprovem uma deficiência intelectual ou a manutenção de um laudo de um diagnóstico de transtorno mental, na maioria das vezes apresentam-se como um problema que agrava os prejuízos das crianças e adolescentes e aumenta os processos de exclusão social.

Eu vim aqui (Adolescentro) pegar o relatório. **Pega o relatório, leva lá na escola, para ele conseguir monitor, prova que ele precisa.** E, aí é aquela luta toda, até conseguir já está na metade do ano, já foi a metade do ano para conseguir. Aí fala (escola) jogando na cara: Ah mãe, o seu filho é assim! Mas você sabe que na escola ele não podia estar! Eu digo: Uai! Ele não podia tá, mas ele tá! Eles dizem: “Ele não podia ter uma pessoa só para ele, um monitor. Ele tinha que tá na sala reduzida! Eu respondo: Então consegue para ele, né? A escola coloca ele em com um montão de gente e um monitor para ele. Aí, eu fico pensando, **eu não entendo esse pessoal da escola que complica tanto**, porque se eles lessem o relatório que vocês fazem no COMPP ou aqui (Adolescentro) que eu levo para lá, e eles cumprissem sem fazer rodeios, melhorava tanto (Maria de Fátima/mãe) (grifo nosso).

Considerando as narrativas das participantes quanto ao tempo de espera para avaliação médica especializada para que a criança e/ou adolescente conseguisse acesso aos recursos pedagógicos adequados e a lacuna de desassistência em um período importante do desenvolvimento humano, observa-se a desigualdade de condições da população mais vulnerável socialmente quanto ao acesso à saúde e as violações dos seus direitos.

Verifica-se também, entre as participantes cujos filhos adolescentes estavam inseridos no serviço ambulatorial especializado, que o longo itinerário terapêutico e/ou dificuldades de acesso aos recursos da rede de saúde e intersetoriais, resultaram em outros sofrimentos psíquicos, diante da falta de resposta e suporte necessário dos equipamentos do Estado para garantir a condição de desenvolvimento adequada, entre eles, tristeza, dificuldades para a aquisição de autonomia e vivência de *bullying*.

Entre outras dificuldades para que seus filhos tivessem acesso aos recursos necessários para o desenvolvimento acadêmico e social, as participantes ressaltam as condições de ensino nas escolas, como o número de alunos em sala de aula, a falta de preparo dos educadores para lidar com as diferenças e a falta de garantia das instituições em proporcionar o ensino inclusivo que seja realmente promotor de desenvolvimento.

No começo não estava em sala reduzida, eu que pedi porque como ele está com muita dificuldade, ele não pode ficar em turma muito cheia, então foi eu que pedi, ele estudava a tarde, eu pedi para passar para uma turma de manhã, para uma turma menor porque ele não conseguia aprender, então em uma turma menor ele começou aprender um pouco (Maria da Conceição/mãe).

Algumas participantes ao abordarem as dificuldades de aprendizagem dos filhos durante a infância apontam o discurso que permeia as práticas educacionais

quanto à proibição da reprovação escolar em anos de alfabetização. Entretanto, na maioria dos relatos, a não reprovação não acompanha as medidas necessárias para a superação das dificuldades escolares identificadas ao longo do processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, identifica-se a dualidade entre passar e chegar sem saber nada, e não reprovar/reter para que ele possa continuar tentando numa perspectiva de manter a motivação e adequação ao tamanho, comparado a outros alunos mais novos.

Então, ela foi para o quinto ano e no quinto ano ela reprovou. No ano seguinte, eu já tinha um laudo, ela já passava direto por causa dos laudos, porque não tinha o rendimento, não tinha notas suficiente para passar e eu não sabia do problema até então, porque eu não tinha conseguido os acompanhamentos passeis mais de dois anos para conseguir entendeu demorou para sair (Maria Júlia/mãe).

Ele já está há três anos no terceiro ano. É porque é assim, eles tem medo de passar e praticamente chegar na outra sala e não saber nada, porque eles falam que na outra sala tem que saber pelo menos uma letrinha, ele tava sempre na mesma sala, sempre voltando para a mesma sala, eu vi que aquilo ali tava atrapalhando ele, quando ele repetiu o terceiro ano pela segunda vez ,eu fiquei preocupada. Eles estão ajudando ele de todas as maneiras, eles me chamam para reuniões e tudo, eles colocam ele em sala separada para aprender outras coisas diferentes, mas assim no começo eles deixaram ele fazer o que quiser (Maria da Conceição/mãe).

Quanto aos limites dos educadores para conseguir oferecer o atendimento educacional especializado, entre eles o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados para atender às necessidades específicas dos estudantes, uma das participantes que estava inserida dentro do contexto dos dispositivos da rede de educação pública ressaltou que as escolas possuem poucos recursos humanos, materiais e físicos, entre outros, além da qualificação dos profissionais.

Eu trabalho muito com isso. É o que mais você vê e não tem preparação nenhuma, a escola para receber esse tipo de situação, a escola não está preparada para receber nenhum tipo de deficiência. Eu digo isso com experiência. Eu vejo que nós não estamos preparados para receber. Nós não estamos. Eu sou muito a favor de escolas especiais. E outra, uma escola com 30 a 35 alunos dentro de uma sala querer que dê atenção especializada para um ou dois alunos com algum tipo de deficiência. A escola não tem perna para isso, a escola não consegue, a escola não consegue é muita criança muito diferente daquilo que a gente queria que fosse. Se pudesse ter inclusão de fato eu queria, quem não queria. Então, a gente tem que começar, mas a escola foi feita para ensinar, mas como você vai pegar o histórico de um aluno e não vê lá atrás, ou seja, não vê o que ele passa em casa (Maria Luiza/mãe).

Como é que ela vai se adaptar à escola? Fiquei com muito medo da escola.

Como ela ia se defender? Fiquei muito preocupada e pensava: quando eu não estiver aqui, o que é que vai acontecer? Foi tudo muito novo para mim, né? O que aconteceu comigo? De acordo com o que eu recebi o diagnóstico, logo no primeiro ano eu tive um desentendimento muito grande com o psicólogo da escola, porque eu naquela ânsia de proteger eu queria uma turma reduzida. [...] Na escola classe eles faziam todo um trabalho de aceitar diferenças, eles são mais solícitos, mas quando passou para o ensino fundamental que muda tudo, ela não conseguiu se adaptar (Maria Amélia/mãe).

Entretanto, apesar das dificuldades e limites presentes nos dispositivos de educação, ressalta-se a necessidade de compreender a complexidade presente nesses sistemas, tendo em vista que há de fato limites na atuação dos profissionais da educação. Suas ações estão inseridas em um contexto socioeconômico que apresenta fragilidades, que reduz a potência desses dispositivos e aponta para conflitos éticos importantes quanto ao papel do Estado na garantia da implementação e implantação das suas políticas, especialmente na atenção à população em situação de maior vulnerabilidade social e na perspectiva da educação inclusiva.

Considerando esses aspectos e o potencial transformador da educação como propulsora de desenvolvimento social e superação das desigualdades e opressões, ressalta-se a necessidade de melhores investimentos nesses contextos estudados, tendo em vista a perspectiva de futuro que se dá por meio do alcance da educação e que precisa ser viabilizada por meio da inclusão de pessoas com deficiência. “Então o futuro dele, eu penso que ele vai conseguir um emprego. Eu tenho medo dele não conseguir um emprego, porque ele não sabe fazer uma continha, sabe?” (Maria de Fátima).

Entre os outros componentes da rede de apoio à criança e adolescente, as mães apontam o papel do Conselho Tutelar (CT). Em muitas situações, ele é acionado para garantir a proteção de crianças e adolescentes, especialmente pela escola, quando se identifica abandono ou faltas acima do permitido, vivência de violências intra e extradomiciliares e automutilação. O objetivo é oferecer à família os recursos necessários para o cuidado e melhores condições de superação, visando à proteção da criança e do adolescente. Dessa forma, encaminham aos serviços de saúde, monitoram a família e realizam pactuações com os demais dispositivos da rede intersetorial.

O Conselho Tutelar já apareceu lá em casa, porque ela ficou com muitas faltas, né, por causa das crises, então eles viram e foram lá saber o que estava acontecendo, eles me ajudaram, eles encaminharam ela para o CIEE

(Centro de Integração Ensino-Escola). Ela ficou o ano passado todo aqui (CAPSi) e no CIEE. É assim, ela veio para o CAPSi depois das faltas na escola e aí o CT foi na minha casa e ficou sabendo como estava a situação e tudo, e eles é que me encaminharam e fizeram tudo (Maria de Lourdes/mãe).

Conforme se verifica, esta classe evidencia as vulnerabilidades das crianças e adolescentes no ambiente escolar, especialmente quanto à educação inclusiva, considerando que a não aquisição das competências ao longo do processo de alfabetização é identificada pela maioria das participantes como um problema, devido à vivência do *bullying* e do sofrimento diante das dificuldades de aprendizagem.

Portanto, a potencialidade da escola como dispositivo no cuidado à criança e ao adolescente encontra-se reduzida diante da ausência de políticas públicas consistentes e adequadas às demandas dessas pessoas e suas famílias, apontando para a manutenção dos fatores de pobreza e processos de exclusão ao longo da vida.

6. DISCUSSÃO

Os principais resultados reafirmam o papel histórico da mulher como principal cuidadora (MUYLAERT, DELFINI, REIS, 2014; ELOIA *et al.*, 2014; PAZ *et al.*, 2022), e suas histórias de vida, de modo geral, marcadas por contextos de múltiplas vulnerabilidades. Evidencia-se uma sobreposição interseccional de raça, gênero, classe social, estigma relacionado ao sofrimento psíquico, modelo biomédico e hospitalocêntrico no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e fragilidade das relações sociais e comunitárias, como geradoras de vivências subjetivas e materiais de processos de opressão e de exclusão ao longo de suas trajetórias.

Retomando as discussões de ten Have (2016) quanto ao caráter multidimensional da vulnerabilidade, identificam-se entre as participantes desse estudo questões relacionadas ao fato de ser mulher em uma sociedade patriarcal, o adoecimento físico e psíquico das mulheres, o racismo, a insegurança de renda, a moradia em regiões de poucos recursos comunitários e sociais, a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade, aspectos que também resultam em perda de controle e poder para alcançar melhores condições sociais e econômicas.

Entre outras vulnerabilidades muitas vezes invisibilizadas e naturalizadas na vida dessas mulheres, mas que impactam na capacidade de agenciamento e resposta ao cuidado das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, ressaltam-se a dependência financeira e a vivência de violência psicológica, identificadas por meio dos relatos de desqualificação, e o desrespeito nas relações conjugais, a convivência com o uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas pelos parceiros, a violência do homem contra as crianças e adolescentes, desvelando as relações de dominação-exploração patriarcal, conforme discutido por Saffioti (2015).

Considerando as diversas vulnerabilidades no contexto cotidiano das familiares deste estudo, ressalta-se ainda, a produção de violências no seio das relações interpessoais familiares, com inúmeras rupturas e perdas e o empobrecimento da vida material e afetiva, reverberando fortemente nas crianças e adolescentes, como também, das familiares que respondem pelo cuidado.

Em estudo realizado por Salles e Barros (2013), as autoras desenvolvem uma integração analítica entre os conceitos cotidiano e reabilitação psicossocial para propor processos de transformação na atenção à saúde mental. Nessa direção, alguns autores como, Boaventura de Sousa Santos (2003), Paulo Freire (2005, 2009,

2010) e José de Souza Martins (2014), têm possibilitado aportes teóricos metodológicos em diferentes campos interdisciplinares para compreensão do cotidiano como expressão da vida material e social.

Ressalta-se ainda que, nos contextos familiares das participantes, as mulheres que estavam trabalhando no mercado formal possuíam empregos com longas jornadas de trabalho, baixa qualificação profissional e salários. Em outros contextos, em que a mulher estava desempregada ou optou por não trabalhar fora de casa para se dedicar ao cuidado dos filhos, enfatiza-se a situação de dependência econômica de outras pessoas da família ou das redes sociais de apoio, o que reverbera para a ausência de ações protetivas do Estado.

As desigualdades expressas nas narrativas das mulheres que vivem em situação de extrema pobreza e pobreza apontam para uma luta pela subsistência desigual e desumana, que reflete as inúmeras desigualdades e iniquidades sociais existentes no Brasil.

Segundo Biroli e Miguel (2015), o exercício pleno da maternidade da mulher negra parte de um ponto de muito mais resistência social e vulnerabilidade em relação à mulher branca, dadas as complexidades de opressão historicamente construídas, que envolvem a mulher negra e a sobreposição de opressões, conforme também identificado nas situações de mulheres negras neste estudo. Os prejuízos decorrentes dos fatores de opressão vivenciados pelas mulheres negras resultam em inúmeros sofrimentos, dificultando assim o rompimento desses ciclos de violências e a repetição das suas histórias (ROSA, FALCKE, 2014; SILVA, COELHO, NJAINE, 2014; DINIZ, 2017).

A compreensão dessas relações de dominação-exploração enquanto conflitos bioéticos oferece caminhos para discutir a normatização de papéis e das relações familiares que atravessam a história e permanecem na atualidade, especialmente a manutenção de relações de violência entre casais e entre pais e filhos. Nesse sentido, identificam-se a necessidade de se ofertar à mulher condições reais de enfrentamento às desigualdades e iniquidades sociais, na condição de responsável pelo cuidado de crianças e adolescentes, e também a necessidade de ampliação de ações para incluir o homem nesse processo de cuidado, considerando-se a análise de Klein, Meyer, Borges (2013) que evidenciam que as ações das políticas públicas dirigidas às famílias pobres possuem como foco a mulher em seu papel social de mãe, reforçando as diferenças e desigualdades de gênero.

Mariano e Carloto (2011, p. 70) ressaltam ainda a importância sobre o debate dessa questão identitária da mulher na nossa sociedade, mantida na construção de políticas públicas, tendo em vista “os riscos da cristalização dos papéis sociais de gênero que aprisionam as mulheres nas tarefas relacionadas ao cuidado, à maternagem e, de modo mais geral, à reprodução social”.

Portanto, esse importante marcador social precisa fazer parte da construção de projetos políticos e terapêuticos pelos diferentes atores sociais envolvidos no cuidado às famílias assistidas da RAPS/DF, a fim de buscar um processo de transformação das convenções sociais de gênero na direção de uma sociedade mais igualitária e não reproduzir práticas que reforcem a mulher como única cuidadora. Ressaltam-se, nesse sentido, as narrativas das participantes que evidenciam as inúmeras renúncias exigidas da mulher por toda a sociedade e que resultam em sobrecarga física e psíquica diante do alto grau de dependência da criança e/ou adolescente em sofrimento psíquico, da invisibilidade do seu papel e sofrimentos, das discriminações e preconceitos que atravessam as suas relações interpessoais e sociabilidade, conforme também discutido em outros estudos (SILVA *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2016).

No caminho da análise dessas vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero apresenta-se a intersecção ao estigma de cortesia, segundo Goffman (1998), relacionado ao sofrimento psíquico das crianças e adolescentes. Ressalta-se que muitas vezes a mulher no papel de cuidadora é culpabilizada e julgada como incapaz e incompetente, pois as crianças e adolescentes apresentam comportamentos compreendidos socialmente como falta de habilidade em estabelecer regras e garantir que sejam obedientes e comportem-se segundo as normas sociais instituídas.

A vivência desses processos de estigmatização e discriminação, sem a efetiva e resolutiva proteção do Estado, também impacta na capacidade de resposta dessas mulheres e ampliam os sofrimentos já existentes nesses contextos, conforme também apontado por Nunes e Torrenté (2009).

Esses processos constituem fatores de opressão e exclusão relacionados à moralidade, sobretudo um processo de moral negativada, como apresentado nas narrativas das participantes, nas quais se evidencia a escala de valores quanto aos comportamentos considerados “normais” ou “desejados”, em que tanto as crianças e adolescentes quanto suas cuidadoras são estigmatizadas por não corresponderem ou não atenderem a determinados padrões ou formas de existir, apontando para o que Sanches, Mannes e Cunha (2018, p. 45) ressaltam sobre a vulnerabilidade moral.

Portanto, os prejuízos decorrentes dessa construção de escalas de valores entre os “normais” e “anormais” quanto à presença ou ausência de sofrimentos psíquicos reforçam a importância da compreensão da vulnerabilidade relacionada à moralidade.

Nesse sentido, retoma-se a discussão de diversos autores que destacam a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico, ainda alicerçada em aspectos socioculturais construídos no período asilar ancorado no paradigma biomédico, as quais foram marcadas pelos estereótipos de periculosidade, irracionalidade, imprevisibilidade, em que o tratamento tinha como prerrogativa a conduta tutelar, a perda da liberdade diante de hospitalizações prolongadas e desumanizantes (BRAGA, D’OLIVEIRA, 2015; WEBER, JURUENA, 2017; AMARANTE, NUNES, 2018; PITTA, GULJOR, 2019).

Segundo Couto e Delgado (2015), o modelo biomédico construiu um repertório histórico de estigma relacionado ao sofrimento psíquico que ainda persiste na sociedade e entre os profissionais de saúde e educação, resultando em práticas excludentes e estigmatizantes (CLEMENTE *et al.*, 2015; CORRIGAN, BINK, 2016; CORRIGAN, O’SHAUGHNESSY, 2017), que aumentam a vulnerabilidade das pessoas assistidas na RAPS.

As participantes identificam os processos de estigmatização e discriminação vivenciados pelas crianças e adolescentes no contexto escolar, especialmente diante do comportamento tido como “problemático” pelos educadores e gestores das instituições de ensino, produzindo perda de oportunidades que possam ajudar no processo de socialização, pois muitas vezes as instituições de educação acabam “expulsando” o aluno da escola. No contexto familiar ou comunitário, a vivência cotidiana apresenta discursos sociais moralizantes, incluindo crenças de amigos e vizinhos que consideram o sofrimento psíquico intenso como “frescura” ou “falta de vontade de melhorar”.

Esses discursos morais apontam para o conceito de estigma público, o que afeta diretamente as pessoas com sofrimentos psíquicos intensos e familiares, seja pelos processos discriminatórios que resultam em exclusão dos contextos sociais em que são inseridos, seja pelos processos discriminatórios que responsabilizam as pessoas em sofrimento pela própria melhora, resultando em solidão e maiores sofrimentos, conforme também apontado por Corrigan e Bink (2016).

Esses aspectos constituem importantes conflitos bioéticos, em que, a partir das categorias analíticas da Bioética de Intervenção e a DUBDH, ressalta-se a necessidade de estratégias coletivas, no âmbito social e político, para a ruptura desses fatores que mantêm os processos de estigmatização e discriminação, visando à inclusão social. Nessa linha, observam-se a importância do fortalecimento e a efetivação das ações de cuidado no modelo psicossocial como proposta de superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, em conformidade com o pensamento de Amarante (2007, p. 104): “a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, conseqüentemente, de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental”.

Entre outras ações de cunho social e político, passíveis de implementação, citam-se a maior divulgação de informações sobre o sofrimento psíquico, buscando ajudar as pessoas a lidarem com as diferenças e os diferentes, a partilha de histórias de vida, o fortalecimento de ações de inclusão social, especialmente o acesso ao trabalho e à educação (CORBIÈRE *et al.*, 2012), a discussão sobre o prejuízo do estigma e da discriminação (CORRIGAN, 2004), bem como o fortalecimento da democracia e o engajamento das pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias em mobilizações sociais na luta pela garantia de direitos humanos, igualdade e a justiça social.

No caminho da análise da intersecção das vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero, estigma de cortesia e estigma público, acrescenta-se a discussão sobre classe social. Retomando os aspectos socioeconômicos das famílias participantes, ressalta-se que, entre as 14 participantes, seis viviam em contexto de pobreza e duas em contexto de extrema pobreza.

Segundo Sen (2000), a relação entre renda e capacidade é demasiadamente afetada pela idade da pessoa, pelos papéis sexuais e sociais, pela localização, pelas condições epidemiológicas e por outras variações sobre as quais uma pessoa pode não ter controle ou ter um controle apenas limitado. Neste estudo, isso fica demonstrado pela idade das pessoas em sofrimento psíquico intenso (crianças e adolescentes), o papel social da mulher enquanto cuidadora e responsável pela família, moradia em áreas mais pobres da cidade e com menos recursos sociais disponíveis e as limitações impostas pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde da rede pública na infância e adolescência.

Portanto, as desvantagens, como a idade, incapacidade ou doença, reduzem o potencial da pessoa para alcançar a melhora da renda, induzindo à compreensão de que a pobreza real (no que se refere à privação de capacidades) pode ser mais intensa do que possa parecer no espaço da renda (SEN, 2000). Nesse sentido, as condições identificadas de pobreza estão para além da questão da renda, ou seja, incluem outras privações que diminuem a capacidade de resposta e empoderamento dessas mulheres diante do enfrentamento necessário para lidar com o sofrimento psíquico da criança e adolescente, como o sentimento de impotência e medo, as violências presentes em seus contextos familiares e comunitários, a dependência do Estado e a solidão no cuidado.

Entre os aspectos que reverberam para a privação de capacidades básicas, segundo Sen (2000), apontam-se as dificuldades das participantes quanto ao acesso aos serviços de saúde da rede pública. Considerando que, nas histórias de cuidado das participantes deste estudo, o sofrimento psíquico se manifesta ainda na infância e as dificuldades relatadas advêm do longo itinerário terapêutico percorrido pelas familiares nos dispositivos da rede, até alcançar o tratamento no serviço de saúde especializado, ficam evidenciadas a desproteção do Estado e a privação de capacidades dessas mulheres, crianças e adolescentes.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde da rede pública, importa destacar o modelo de cuidado que orienta o acolhimento às diferentes demandas das pessoas ao buscarem os serviços, em face do que Delfini, Bastos e Reis (2017, p. 3) ressaltam: “essa busca dos familiares por atendimento pode ser um indicador privilegiado para aquilatar potencialidades e fragilidades na construção da rede de atenção”. Segundo esses autores, quando as famílias se deparam com encaminhamentos ou condutas centradas na queixa, existe uma fragmentação da pessoa e das suas necessidades, apontando para características do modelo biomédico ou modo asilar da atenção.

Esses aspectos apontam para a importância do acolhimento à criança e/ou adolescente considerando o respeito ao seu poder de fala e de participação como sujeito, bem como a compreensão da demanda do responsável/cuidador de forma contextualizada e singularizada, na busca de uma conduta ética e respeitosa que possa oferecer melhores condições de planejamento das ações necessárias ao cuidado e à superação da conduta tutelar do modelo biomédico (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019; SALVADOR, PIO, 2016).

Diante dessas fragilidades dos serviços, ampliam-se as dificuldades das famílias em seus itinerários terapêuticos, tendo em vista que a falta de efetivação de um princípio da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, denominado de encaminhamento implicado e corresponsável (BRASIL, 2005), resulta para a família o sentimento de solidão e abandono à própria sorte, pois não se observam nas narrativas o comprometimento e a responsabilidade do profissional, que encaminha para outros dispositivos, e o reconhecimento das vulnerabilidades interseccionadas, que ampliam os sofrimentos dessas pessoas, especialmente os encaminhamentos da atenção básica para os dispositivos da rede de saúde especializados.

Entre as razões que levaram a buscar os serviços especializados, as participantes relatam as dificuldades de aprendizagem, o comprometimento na linguagem, fala e interação social, agitação e comportamentos violentos, com prejuízos nas relações sociais, tristeza persistente e comportamento suicida, conforme também identificado em outros estudos (DELFINI, BASTOS, REIS, 2017; PAZ *et al.*, 2022).

No itinerário terapêutico relacionado às dificuldades de aprendizagem, crianças e adolescentes também vivenciam a moralidade do discurso hegemônico quanto ao desempenho educacional e adequação às normas e projetos pedagógicos, que permeiam as instituições de educação. Guarido (2007, p. 157) ressalta que “a hegemonia do discurso psiquiátrico sobre os sofrimentos e as disfunções comportamentais e cognitivas das crianças encontra-se cada vez mais atravessada pelo discurso do especialista”. Em outras palavras, diante da criança e/ou adolescente em aprender a ler ou escrever, comportamentos agitados e inquietos, brigas frequentes entre colegas, solicita-se a avaliação de um especialista, como psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, psiquiatra etc., reproduzindo um discurso normalizador predominante do paradigma biomédico.

O caminho de busca ao especialista para a avaliação de dificuldades relatadas pela escola revelam várias dificuldades enfrentadas durante o itinerário terapêutico e o suporte recebido na rede de atenção à saúde e intersetorial de apoio à criança e ao adolescente. Observa-se um longo itinerário percorrido, ora porque não conseguem o acolhimento singular com atendimento ou encaminhamento de forma mais resolutiva, ora porque suas demandas não são compreendidas como graves, havendo um percurso árduo na busca dos recursos humanos e tecnológicos, resultando em

sofrimentos psíquicos diante da ausência de suporte para a aquisição de habilidades em momentos importantes do desenvolvimento humano.

Nesse contexto em que as crianças apresentavam como principais demandas a avaliação das dificuldades de aprendizagem e nas relações sociais, identifica-se nos relatos o diagnóstico de Deficiência Intelectual, segundo DSM-V. Entretanto, as dificuldades relatadas pelas mães caracterizam necessidades de atendimento pedagógico na escola, e não clínico. Esses aspectos são descritos na Nota Técnica nº 4, de 23 de janeiro de 2014, do Ministério da Educação (BRASIL, 2014b), considerando que a articulação da avaliação pedagógica e clínica é complementar, quando a escola considera necessário, visando singularizar a oferta de ações ao estudante. Portanto, a necessidade de relatório ou avaliação médica para que as crianças tenham acesso aos recursos pedagógicos na escola não deve se caracterizar como um impedimento ou cerceamento das ações pelos dispositivos de educação.

Nesse caminho de pactuações entre os dispositivos da educação e saúde, as exigências de relatórios médicos que comprovem a deficiência intelectual ou o diagnóstico de transtorno mental, na maioria das vezes, apresentam-se como um problema que agrava os prejuízos dessas pessoas, aumenta os processos de exclusão social e evidencia a violação dos direitos e da dignidade humana, ensejando, ainda, o não cumprimento a Lei nº 13.146, de 2015 (BRASIL, 2015).

Entre outros aspectos, a resposta da escola quanto à necessidade de atenção diferenciada para o processo de alfabetização muitas vezes não repercute em acolhimento às necessidades pedagógicas para o alcance das potencialidades e aprendizado dessas crianças e adolescentes. O processo de inclusão às crianças e adolescentes com deficiência intelectual é permeado por uma lógica de ensino para atender de forma burocrática às legislações nacionais e normativas (NUNES, SAIA, TAVARES, 2015; PRAIS, ROSA, JESUS, 2018).

Antunes, Rech e Ávila (2016) reforçam a importância da formação que possa favorecer as necessidades dos alunos que necessitam de práticas pedagógicas diferenciadas, bem como o fortalecimento em práticas que valorizem o potencial para aprendizagem dessas crianças e adolescentes, para que a inclusão seja uma prática e não um mero discurso presente nos espaços educacionais.

A partir dessa perspectiva Marques (2020) ressalta que o sistema educacional vive seus obstáculos e contradições, com cortes de verbas e retrocesso aos paradigmas que reforçam o modelo de exclusão, resultando em inúmeros desafios à

efetivação de um modelo educacional que garanta o direito à pessoa de uma educação de qualidade e promotora de desenvolvimento.

Schmidt *et al.* (2016), ao realizarem uma análise da percepção do docente e das práticas pedagógicas relacionadas às práticas inclusivas com crianças com TEA, relatou as lacunas existentes na formação dos professores em relação ao conhecimento necessário para a sua escolarização, bem como o sentimento de impotência, frustração e desamparo. Eles apontam a necessidade de maior suporte técnico-pedagógico aos docentes, uma estrutura e organização escolar focada em princípios inclusivos e a consolidação da parceria entre a família e a escola.

Quanto ao sentimento de despreparo e necessidade de maior capacitação para a inclusão nas escolas, Nunes, Saia e Tavares (2015, p. 1114) questionam o quanto realmente os educadores estão dispostos a fazer para enfrentar os desafios da educação inclusiva, e ressaltam que “as possibilidades de formação da educação estão nas relações estabelecidas dentro da escola, partindo de sua estrutura educacional e das pessoas que compõem esse dia a dia”. Essa perspectiva encontra evidência nas narrativas das mulheres quanto aos processos de exclusão vivenciados pelas crianças e adolescentes nas escolas e nas limitações impostas na vida da pessoa com deficiência, diante da exigência da avaliação de especialistas para que apontem os motivos das dificuldades escolares e das repetências, visando estruturar o projeto pedagógico.

Outro aspecto que amplia a vulnerabilidade de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou necessidades de práticas pedagógicas diferenciadas para aprendizagem está a psiquiatrização do fracasso escolar. Nesse sentido, Caponi e Daré (2020) referem que os sofrimentos psíquicos da pessoa na lógica neoliberal decorrentes de suas condições adversas de vida foram transformados pela psiquiatria em um conjunto de sinais e sintomas que indicam a existência de uma patologia ou transtorno mental.

Dessa forma, as dificuldades de aprendizagem não são reconhecidas em um contexto da singularidade de cada pessoa e na sua história de vida, mas, sim, a partir de uma supervalorização do desempenho individual em detrimento às condições da pessoa humana, em que não há espaço para o reconhecimento das ações coletivas (CAPONI, DARÉ, 2020).

Nesse debate também se compreende a necessidade de se romper com a lógica de mercado, em que as pessoas devem estar aptas para a produção de capital.

Isso se observa no sofrimento das participantes, não apenas quanto à dificuldade de aprender, mas quanto à dificuldade do filho não estar apto ao mercado de trabalho e não ter condições de sobrevivência, diante das exigências da sociedade e discriminações relacionadas à deficiência intelectual e/ou sofrimentos psíquicos.

Nunes, Saia e Tavares (2015) entendem que o estereótipo mais comum relacionado à pessoa com deficiência está relacionado às suas limitações na vida e sua exclusão das oportunidades de vida em sociedade, ou seja, quando se trata da pessoa considerada como incapaz e incompetente, o enfoque das ações não são as capacidades, mas exclusivamente as suas limitações.

Nesse sentido, as limitações para investimento no desenvolvimento da pessoa enquanto sujeito, buscando a promoção da sua autonomia na infância e na adolescência, repercutem em novos processos estigmatizantes ao longo da vida adulta. Almeida e Carmo (2021) apontam que a falta de oportunidades na infância faz com que pessoas na vida adulta, além do estigma relacionado ao sofrimento psíquico, também se sujeitem à dependência de outras pessoas para tarefas simples do cotidiano, como ler, fazer pequenas contas, escrever o próprio nome.

Ressalta-se que os relatos sobre crianças com comportamentos considerados como mais graves e diagnosticados com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e sobre adolescentes com comportamento suicida, ambos classificados como transtornos mentais graves e encaminhados aos CAPSi, tiveram itinerários diferentes daqueles que apresentavam queixas relacionadas ao comportamento e/ou dificuldades de aprendizagem, conforme também discutido em outros estudos (DELFINI, BASTOS, REIS, 2017; PAZ *et al.*, 2022).

Diante da objetivação dos critérios estabelecidos pelas portarias ministeriais e a organização dos governos locais para sistematizar a rede de assistência psicossocial, especialmente no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018), identifica-se nas narrativas das participantes uma lacuna de desassistência para os comportamentos considerados leves e moderados, devido às fragilidades de cuidados em saúde mental na atenção básica e na articulação com os serviços especializados em saúde mental, bem como a precariedade da rede de atenção psicossocial infantojuvenil, o que repercutiu diretamente no itinerário percorrido pelas famílias.

As narrativas das participantes também apontam para outras dificuldades no caminho da efetivação do modelo psicossocial na RAPS/DF, como a ausência da manutenção do vínculo do serviço especializado com a atenção primária, a

manutenção do modelo ambulatorial, mesmo em dispositivos substitutivos, como o CAPSi, a pouca oferta de outros recursos terapêuticos para além da medicação e consultas individuais e as dificuldades de articulação intersetorial entre os dispositivos da saúde e educação. Nesse contexto, Teixeira, Couto e Delgado (2017) também apontam como problemas no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes a demanda da APS por especialistas, indicando a manutenção da fragmentação do cuidado e a ausência da gestão na construção da articulação intersetorial e da ampliação da rede de saúde mental.

Entretanto, quanto à organização da rede e ao aspecto da territorialidade do cuidado, ressaltam-se os serviços de atenção primária no Distrito Federal, que incluem as equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) estabelecidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Trata-se de dispositivos que de fato estão na localidade onde as pessoas moram e possuem um território adstrito, o que não ocorre com os CAPSi, conforme apresentado no Quadro 1, dificultando a articulação em rede e ações de matriciamento e o cuidado territorial.

Esses aspectos reverberam para a fragilidade e precarização da construção da rede de saúde e intersetorial que compõem a rede de cuidado à população infantojuvenil. Isso, segundo Junges (2014), constitui um importante desafio bioético, pois essa ausência do Estado na efetivação de políticas públicas resulta na dificuldade de acesso às condições mínimas necessárias ao desenvolvimento e diminuição das vulnerabilidades.

A ausência e desproteção social do Estado são evidenciadas neste estudo pela persistência do modelo biomédico de atenção em saúde mental, dificuldade de acesso aos dispositivos de saúde da RAPS/DF, dificuldades de articulação entre os dispositivos da rede de saúde e intersetoriais, manutenção de discursos morais que reforçam o estigma social relacionado ao sofrimento psíquico e ausência de políticas públicas destinadas à mulher no cuidado às crianças e adolescentes.

Nesse sentido, a ausência do Estado como consequência da política neoliberal, com retraimento de suas responsabilidades de proteção social, constitui vulnerabilidades que afetam a família, tendo como consequência a sobrecarga física e psíquica, sobretudo das mulheres, quanto à função de cuidado, proteção, educação, condições materiais, econômicas e subjetivas, resultando em uma luta desigual e desumana pela sobrevivência (PEREIRA, 2020).

Esse contexto retrata as consequências da ideologia neoliberal em que o Estado diminui cada vez mais o seu papel no estabelecimento de políticas públicas para a garantia de efetivação de direitos, bem como determina a forma de olhar para essas crianças e adolescentes, enfatizando a capacidade produtiva e a responsabilidade cada vez maior dos indivíduos para melhora da sua condição de vida.

Entre outros aspectos políticos importantes, relacionados à política neoliberal, que reduzem a potência dos dispositivos de base comunitária e territorial na luta contra a ruptura do modelo hospitalocêntrico e ainda hegemônico nos dispositivos de saúde mental, destacam-se as novas legislações, instituídas a partir de 2016.

Essas legislações, alicerçadas no retrocesso e que fragilizam processos emancipatórios que fortaleceram o empoderamento, participação, inserção social e construção do lugar do sujeito no território (ABRASCO, 2017; CRUZ, GONÇALVES, DELGADO 2020), compreendem a Resolução n.º 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a), a Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, do MS, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS (BRASIL, 2017b) e a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, do Ministério da Justiça, que regulamentou o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2020).

As novas legislações incentivaram o maior investimento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, a criação de equipes multiprofissionais de atenção especializadas em saúde mental vinculadas a unidades ambulatoriais especializados, a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas e nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), em detrimento do fortalecimento das equipes dos CAPS, bem como, a ampliação do números de serviços substitutivos para alcançar de forma efetiva e resolutiva à população. Esses aspectos são citados por importantes estudiosos e militantes da reforma psiquiátrica como um retorno à lógica de cuidado asilar e institucionalizado, bem como, uma abordagem proibicionista e punitiva (AMARANTE, NUNES, 2018; PITTA, GULJOR, 2019; CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Tais reflexões são importantes ao se considerar que o fortalecimento desses dispositivos, que se apresentam como retrocesso às conquistas da reforma

psiquiátrica, também ocorre em detrimento ao matriciamento das Equipes de Saúde da Família e ampliação dos CAPSi como dispositivos substitutivos no modelo de atenção psicossocial territorial e de porta aberta (PITTA, GULJOR, 2019; MEZZA, TORRENTÉ, 2020). Elas refletem a necessidade de manutenção da luta pelo cuidado psicossocial e emancipatório dos sujeitos e de suas famílias, defendidos pelo movimento reformista (PITTA, 2011; PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012).

Quanto aos atores sociais envolvidos nesse movimento emancipatório, Lima *et al.* (2020) destacam o papel da participação dos familiares em diferentes formas de ativismo e luta pelos direitos de seus filhos, ressaltando que a maior aproximação entre os serviços e os familiares, por meio da valorização de suas falas, do acolhimento ao seus sofrimentos e do estímulo e respeito a sua auto-organização, apresenta-se como uma proposta de consolidação das conquistas da reforma psiquiátrica brasileira e para a superação de obstáculos na implementação do cuidado efetivo no modelo psicossocial.

Entre as estratégias de participação ressalta-se, a participação nas discussões sobre as atividades terapêuticas dos serviços, a participação de forma ativa de seu tratamento, por meio do projeto terapêutico singular, participação nas assembleias, participação nas conferências de saúde mental, fóruns de saúde, realização conjunta de eventos sociais, participação nas atividades rotineiras do serviço, clube de familiares, criação de associações ou cooperativas de usuários para discutir os problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e direitos fundamentais, que ultrapassam a atuação dos profissionais do CAPS, mas devem ser promovidas e incentivadas pelo serviço para o empoderamento dos principais atores envolvidos no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2004). Essa participação também inclui pensar em estratégias que possam garantir o reconhecimento de fala dessas crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, construindo também possibilidades para que sejam protagonistas de seus processos. (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019).

Destaca-se que, entre as narrativas das participantes do estudo, a participação nas atividades dos serviços da rede pública que fizeram ou fazem parte da história de cuidado das crianças e adolescentes restringem-se ao envolvimento em atividades em grupos terapêuticos e reuniões para familiares, o que evidencia a fragilidade na implementação de ferramentas que vislumbram a libertação e o empoderamento das pessoas inseridas nos dispositivos da RAPS infantojuvenil.

Nessa direção e a partir da perspectiva da BI, que adota como categoria conceitual o conceito de libertação de Paulo Freire, resgata-se o diálogo como ferramenta para o encontro comprometido, que possa promover a transformação social, reconhecendo-se o silenciamento imbricado pelos profissionais de saúde em suas relações de cuidado.

A categoria libertação desvela as posições de poder e permite pressupor uma tomada de posição no jogo de forças pela inclusão social, bem como aponta para o contexto onde se instalam as ideologias capazes de manter a sujeição, a fragilidade e a incapacidade de enfrentamento (GARRAFA, 2006). Santos, Schimizu e Garrafa (2014, p. 275) ressaltam que “o primeiro passo para a busca da libertação é que as pessoas se deem conta da realidade que as cerca, tomando consciência de suas condições como seres humanos”.

Esses autores destacam a compreensão de Paulo Freire no sentido de que as pessoas envolvidas nesses processos compreendam os fatores que as oprimem, e também que esses fatores possam ser modificados, por meio da construção de uma práxis democrática e participativa que tenha como pressuposto fundamental o desenvolvimento da autonomia sobre as condições promotoras de libertação.

Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013, p. 68) enfatizam que é possível desenvolver um trabalho pautado na participação dos sujeitos, na busca da sua autonomia em todo processo de cuidado, com o intuito de ter “os serviços não como o único lugar de estar e se tratar, mas como espaços do qual emergem pessoas críticas e lutadoras por seus direitos e lugares na sociedade”.

Portanto, a construção de um diálogo e consciência da população sobre os seus direitos e a efetivação de espaços democráticos podem indicar caminhos para uma cultura de participação social. Segundo Freire (2005), esse exercício deve ser pautado no amor, disposição para acolher a mudança, perseverança na luta, busca pela justiça e intensa fé na capacidade e potencialidade das pessoas.

Diante das inúmeras desigualdades e iniquidades sociais que impactam nas formas de ser e de viver dessas mulheres, destaca-se a discussão bioética de Fulgêncio e Nascimento (2012), que evoca uma reflexão sobre o contexto de justiça social. Sob a influência das perspectivas de Amartya Sen, a BI discute a justiça social para o combate à iniquidade a partir de uma prática interventiva socialmente comprometida com os segmentos sociais mais fragilizados pelas forças políticas, econômicas e morais, por meio da categoria empoderamento.

Esses aspectos visam fortalecer a potência da efetivação de um paradigma em saúde, que busca a autonomia, a liberdade e o empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, mas que só pode ser alcançada pela garantia da articulação, a integração dos diferentes pontos de atenção das redes de saúde no território e a consolidação da parceria das redes intersetoriais. A esses aspectos soma-se a participação dessas pessoas como sujeitos de direitos nos processos decisórios e democráticos nos serviços em que estão inseridas, conforme preveem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Faz-se necessária a efetivação de políticas públicas que reconheçam as ações de cuidado às crianças e aos adolescentes, respeitadas as singularidades dessa população e a complexidade do sofrimento psíquico, para além de instituições de saúde. As políticas devem também considerar a participação social e a articulação do cuidado, visando à proximidade do acesso dos contextos reais vivenciados pelas pessoas, projetos de vida e oportunidades de cultura, trabalho e lazer, para ampliar as condições de inclusão social (NUNES *et al.*, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar os contextos de interseccionalidade das vulnerabilidades em que vivem as familiares que são responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico e que promovem a articulação do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.

Os resultados evidenciaram no cotidiano doméstico e institucional das familiares investigadas, procedentes dos dois equipamentos de cuidado infantojuvenil da RAPS, a presença de diversas vulnerabilidades que, sob um olhar interseccionado, indicam situações de grandes desigualdades sociais, injustiça social e violação de direitos para o cuidado integral em saúde mental.

Entre os fatores de vulneração e opressão presentes nos contextos dessas participantes, sobressaem as expectativas socioculturais atribuídas ao papel das mulheres no cuidado do filho e da casa, as vulnerabilidades sociais associadas à questão de gênero, classe social, escolaridade, trabalho e ao cuidado dedicado aos seus entes familiares. Esses fatores acabam por fragilizar e gerar tensionamentos nas relações interpessoais e familiares e, conseqüentemente, diversos tipos de violências nesses contextos, que transcendem para os espaços sociais e comunitários.

Por outro lado, constatam-se, também, dificuldades de acesso aos recursos de saúde geral, atenção primária, secundária e especializada em saúde mental, com críticas ao atendimento e à organização do trabalho dos profissionais de saúde, bem como a persistência de práticas de cuidado à criança e adolescente pautadas no modelo biomédico, estigmatizantes e fragmentadas.

Cabe destacar, dentre os fatores de vulneração das participantes investigadas, a precariedade de suporte de ações intersetoriais e da rede de apoio comunitária. Com isso, a escola, na condição de um importante recurso da rede social e territorial, que deveria proteger e favorecer a aprendizagem dessa população com sofrimento psíquico numa perspectiva da educação inclusiva, se revela paradoxal, por violar direitos dispostos no marco legal da reforma psiquiátrica e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, considerando-se a dificuldade de assegurar o acesso aos recursos pedagógicos, mais adequados ao desenvolvimento e condições de aprendizagem de crianças e adolescentes.

Os avanços conquistados pelas políticas públicas de atenção integral à população infantojuvenil estão ameaçados e retrocedem desde 2016, quando aparece na mídia de forma recorrente a luta das mães em manter a matrícula das suas crianças nas escolas regulares, com propostas de retorno às escolas especiais. Aspectos que remetem à discussão de Nunes, Saia e Tavares (2015, p. 1114), segundo as quais a “educação inclusiva parte das questões levantadas pela deficiência, mas não se limita a elas, porque é a própria escola que precisa ser repensada como escola para todos”. Essas autoras ressaltam, ainda, que a diversidade presente na educação inclusiva não é um benefício ou favorecimento às pessoas historicamente excluídas, mas uma luta pela evolução da sociedade.

Somados a esses fatores de opressão, têm-se nas narrativas das participantes quanto aos aspectos subjetivos e objetivos relacionados ao cuidado às crianças e adolescentes, os comportamentos alterados, a dependência para o autocuidado e para assumirem e gerirem as atividades da vida diária e, em situações mais graves, risco de ocorrência de violências dirigidas à própria pessoa, autoprovocadas e/ou mesmo comportamentos suicidas, demandando monitoramento constante.

Essas situações são experimentadas pelas participantes como geradoras de sobrecarga, podendo implicar agravos emocionais e físicos, com sentimento de solidão, ressentindo-se da falta de políticas públicas sociais mais protetivas e inclusivas e de contextos familiares e comunitários mais solidários.

Os inúmeros fatores de opressão que se interseccionam reverberam para a diminuição do papel do Estado na proteção aos mais vulneráveis, especialmente o modelo de atenção psicossocial preconizado pela Lei nº 10.216/2001. Isso se verifica pela inexistência ou pouca resolutividade das ações na implementação de políticas públicas que promovam maiores condições de inclusão social e equidade, buscando estimular o processo de transformação das relações interseccionais de vulnerabilidades referidas neste estudo, em direção a uma sociedade mais igualitária e solidária. Para esse tipo de sociedade se faz necessária a responsabilização do Estado na formulação de políticas públicas aplicadas ao enfrentamento das vulnerabilidades identificadas.

Chama a atenção a invisibilidade desses fatores de opressão vivenciados nas relações interseccionadas de vulnerabilidades dos contextos familiares, que atravessam o cuidado à saúde mental infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, revelando importantes conflitos morais.

Nessa busca por estratégias que possam vislumbrar o respeito à dignidade e à garantia de direitos, bem como a redução das desigualdades e justiça social, mostra-se importante a efetivação do modelo psicossocial à saúde mental. Isso pressupõe o fortalecimento das ações em rede de saúde e intersetorial, o aumento do número de CAPSi, a instituição da clínica ampliada e do projeto terapêutico singular, o incentivo e fortalecimento à participação popular, as ações de matriciamento e de educação permanente para profissionais de toda a rede de saúde.

Entre essas ações de fortalecimento do modelo psicossocial na RAPS/DF, ressaltam-se: o fortalecimento das ações intersetoriais, a partir do estabelecimento do diálogo e da corresponsabilidade entre os diferentes setores, para a construção democrática do planejamento e a efetivação do cuidado no território e na comunidade; e, a articulação entre os diferentes dispositivos da rede de saúde psicossocial, o que inclui o fortalecimento de cada dispositivo e da micropolítica voltada para o cuidado integral e singular, pois os serviços fragilizados encontram resistência para efetivar mudanças necessárias e concretas de superação de um modelo fragmentado e centrado na patologia e medicação.

No entanto, essas ações necessitam de um Estado forte e democrático, preocupado com as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, visando à mudança paradigmática do modelo biomédico para o modelo psicossocial, a implementação e implantação de políticas públicas que visam à cidadania, dignidade da pessoa humana e garantia de direitos.

A mudança paradigmática de modelo de atenção à saúde mental também pressupõe a desconstrução de estigmas impregnados na sociedade quanto ao sofrimento psíquico e à dificuldade de aceitação da diferença, o que repercute em processos discriminatórios e excludentes, bem como ações que não reconhecem essas pessoas como sujeitos de direitos, limitando o investimento no cuidado às pessoas diante do estereótipo de incapaz e incompetente, o que mantém os processos de exclusão social construídos historicamente.

As vulnerabilidades de ordem individual e coletiva, da insuficiência de políticas sociais e de ações programáticas intersetoriais e morais identificadas nesta investigação são convergentes com as quatro dimensões ou desafios a serem enfrentados para avanço do processo de reforma psiquiátrica brasileira, segundo Amarante (2007).

Essas dimensões são assim sistematizadas: 1) epistemológica, na busca da consolidação do paradigma psicossocial no campo da saúde mental; 2) técnico-assistencial que visa uma nova organização de serviços, construindo espaços de sociabilidade, de geração de renda, apoio social, de moradia, entre outros, que possam ser produtores de vida em suas comunidades, 3) jurídico-política, a criação de instrumentos legais e normativas, a exemplo de leis e portarias, entre outros que possibilitam argumentação para a consolidação da autonomia e empoderamento dos sujeitos que sofrem e suas famílias, na construção de espaços de participação social e política na luta pela garantia da voz, cidadania e direitos; e 4) sociocultural, a partir da desconstrução histórica sobre a loucura em nossa sociedade, que ainda estigmatiza e discrimina, mantendo processos de exclusão social e outros sofrimentos (AMARANTE, 2007).

Fogaça e Klasura (2021, p. 14) ressaltam que “as políticas públicas surgem como um movimento de respostas às lutas sociais, e se fundamentam no reconhecimento da desigualdade social, o que legitima as lutas pelos direitos humanos que devem ser respondidos pelo Estado por meio de legislações e políticas transversais e setoriais”.

A BI tem como compromisso a busca pela justiça social como combate à iniquidade, na busca de uma prática interventiva socialmente comprometida com os segmentos sociais mais fragilizados pela ausência de resposta do Estado na proteção dos mais vulneráveis. Para tanto, a intersecção dos múltiplos fatores de opressão evidenciados neste estudo traz luz para a compreensão das desigualdades e iniquidades sociais presentes nos contextos de vida dessas familiares, bem como proporcionam aos profissionais envolvidos no cuidado a essas pessoas a oportunidade de adquirir conhecimentos que fortaleçam as lutas políticas pela garantia de direitos e justiça social.

O cuidado que se dá nas ações do dia a dia, na escuta e acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, no comprometimento pautado no amor, na verdade, na humildade, na confiança e no respeito, conforme ressaltado por Paulo Freire (2005), para a construção de relações dialógicas que promovam a transformação social e emancipação.

Nesse sentido, a categoria libertação da BI, aponta a educação como um caminho de busca pela justiça social, a partir da perspectiva do reconhecimento do direito à voz por meio da participação social das pessoas em sofrimento psíquico e

suas famílias, nos dispositivos da rede de saúde e intersetorial. Essa vertente pressupõe que as pessoas possam apropriar-se dos recursos e limitações dos serviços, dando visibilidade às dificuldades dos diferentes atores envolvidos, e empoderar-se do seu papel como ator social nas arenas sociais e políticas, na construção de propostas coletivas e democráticas.

Essa categoria prevê, ainda, o encorajamento e valorização da luta por direitos e o envolvimento em distintas formas de ativismo, como grupos de encontros entre os diferentes atores envolvidos, de modo que possam participar das decisões sobre o funcionamento do serviço, assembleias ou associação de cuidadores e/ou responsáveis, participação nos projetos terapêuticos por meio do fortalecimento da clínica ampliada, ampliação no envolvimento no tratamento a partir do reconhecimento do seu sofrimento e necessidade de cuidado. Essas e outras ações que tenham o mesmo propósito promovem o reconhecimento dessas pessoas como sujeito de direitos e o acolhimento das perspectivas dos responsáveis sobre as necessidades das crianças e adolescentes, e constroem estratégias de tratamento de modo compartilhado.

Lima *et al.* (2020) destacam a maior aproximação entre os serviços e os familiares por meio da valorização de suas falas, do acolhimento aos seus sofrimentos e do estímulo e respeito a sua auto-organização, apresenta-se como uma proposta de consolidação das conquistas da reforma psiquiátrica brasileira e para a superação de obstáculos na implementação do cuidado efetivo no modelo psicossocial.

A libertação tem como perspectiva, na infância, a inclusão da escola como parceira no cuidado, não apenas identificando sintomas e referindo-se às instituições de saúde, mas participando de forma articulada da proposta de cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Outrossim, ela objetiva a adoção de projetos pedagógicos para a criança ou adolescente em sofrimento psíquico e/ou deficiência intelectual, que rompam com a concepção biomédica e em que as barreiras e impedimentos tendem a ser naturalizadas, vinculando as limitações funcionais, concebendo-as como sujeitos passivos e dependentes de cuidados.

Entre outras estratégias, deve-se pensar no fortalecimento das ações dos CAPSi, integrando a família e oferecendo o acolhimento e escuta regulares, grupos de orientação, grupos de cuidados e intervenções que diminuam a sobrecarga da família cuidadora e a articulação com demais dispositivos da rede de apoio e intersetorial. Dessa forma, as ações das instituições que fazem parte da rede de

cuidado às crianças e adolescentes devem estar comprometidas não apenas com o rompimento da lógica de isolamento e exclusão, mas também com o fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade.

Diante das inúmeras situações de vulnerabilidades nas quais essas famílias estão inseridas, torna-se necessária e urgente a proteção do Estado no sentido da adoção de ações resolutivas e capazes de favorecer o suporte às famílias. Isso viabiliza o acesso à saúde, à educação e aos recursos comunitários, bem como a capacitação para o trabalho, além dos benefícios sociais necessários ao suporte aos mais vulneráveis, para que possam romper com os inúmeros ciclos de exclusão já vivenciados ao longo de suas vidas.

Entre as fragilidades e potencialidades a serem alcançadas por cada dispositivo e no caminho da compreensão da dimensão da vulnerabilidade programática para o contexto da bioética, Junges, Barbiani e Zoboli (2018) destacam que à vulnerabilidade social dos usuários dos serviços junta-se a vulnerabilidade programática da rede de saúde, diante da baixa resolutividade, fragmentação no acesso às redes de atenção à saúde, dificuldade de articulação no território, dificuldade de trabalho em equipe e baixa efetivação de ações intersetoriais. A isso se juntam, também, a necessidade de ambientes de trabalho adequados às demandas de usuários e profissionais, as dificuldades do próprio processo de trabalho para o fortalecimento e aprofundamento das práticas no modelo psicossocial, aberto e de interação e respeito à diversidade (ZGIET, 2013).

À vista disso, considera-se importante e fundamental a adoção de um posicionamento político e ético que realmente seja promotor de superação das condições de exclusão, em que as pessoas em adoecimento psíquico grave e persistente vivenciam ao longo de suas vidas nos diferentes contextos sociais. Isso porque a condição de empoderamento também inclui a inserção no mercado de trabalho e o reconhecimento da pessoa em sofrimento como sujeito de direitos e escolhas. Jorge e Bezerra (2004, p. 557) apontam que “a incerteza provocada pela patologia mental em uma sociedade pouco receptiva aos distúrbios emocionais faz do trabalho uma forma de inclusão social”.

Segundo Sen (2000), as melhores condições de acesso à saúde, educação e trabalho refletem a condição de desenvolvimento de capacidades, ou seja, a condição de empoderamento e agenciamento da própria vida. Nessa linha, quanto à defesa da dignidade e garantia de direitos à pessoa em sofrimento psíquico, retoma-se a

discussão de Pereira (2020) sobre a simplificação estabelecida pela lógica neoliberal, em que essa perspectiva do Estado configura ações reducionistas no que se refere à existência de políticas universalistas, emancipatórias e cidadãs.

Na linha da construção de condições de empoderamento e libertação das mulheres no cuidado às crianças e adolescentes, retoma-se a discussão de importantes retrocessos para a política nacional de saúde mental, advindos das legislações instituídas a partir de 2016, que refletem a redução do investimento em serviços territoriais e comunitários e a ampliação dos investimentos em serviços hospitalares e comunidades terapêuticas. De forma subjacente, percebem-se características de governos que desrespeitam importantes conquistas de movimentos sociais em reconhecimento às condições humilhantes e desumanas a que estavam sujeitas as pessoas em sofrimento psíquico.

Entende-se como importante a compreensão de que a construção do Estado Democrático se faz com o fortalecimento da democracia e das instituições democráticas, a garantia dos direitos humanos e o enfrentamento das desigualdades e iniquidades sociais, o que se dá no contexto da RAPS/DF, por meio do reconhecimento das expressivas conquistas políticas e sociais do movimento reformista. A reforma psiquiátrica, que representa uma luta pela justiça social e garantia de direitos à saúde da população em sofrimento psíquico, encontra amparo para o fortalecimento e garantia de manutenção pelo respeito a diversidades advindas do retorno ao governo em 2023 de um representante de Estado que resgata os fundamentos de uma democracia participativa para o país.

Nesse sentido, a esperança de um governo de base progressista, requer que os trabalhadores, usuários e sociedade se mantenham atentos, organizados na luta e no exercício do controle social para a defesa de formulação de políticas de saúde mental alinhadas aos princípios da reforma psiquiátrica e do tratar em liberdade.

A partir desse lugar de pesquisadora e como profissional de saúde que atua na RAPS, o estudo revela fragilidades dos profissionais e dos serviços de saúde mental infantojuvenil da RAPS/DF, como de outros setores e da formulação de políticas sociais e de saúde, com foco no empoderamento da população assistida e no reconhecimento do seu lugar como ator político na luta pela garantia dos seus direitos como pessoa em sofrimento psíquico.

Portanto, assumir estratégias para garantir espaços democráticos para que as pessoas possam ter o sentimento de pertencimento ao serviço e reconhecer-se como

parte, identificar e reconhecer as fragilidades, o compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais e usuários/famílias que possam refletir positivamente na construção dos projetos terapêuticos singulares, tornam-se movimentos importantes para transformações sociais.

A compreensão da singularidade e as vulnerabilidades que atravessam cada núcleo familiar, com a descrição de várias violências, requer novas abordagens para sair de processos naturalizados de exclusão e estigmatização, para processos de ressignificação do cotidiano, de modo a favorecer novas produções de sentidos na relações familiares e institucionais na busca de vislumbrar um novo lugar social para essas famílias, crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico e social.

Desta forma, aliar a abordagem do cotidiano do contexto familiar às discussões do campo da saúde mental e da bioética pode ampliar a compreensão da sua complexidade para planejar políticas sociais e ações efetivas mais específicas e em rede, visando o enfrentamento das vulnerabilidades e a estruturação de processos de reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, de uma forma mais digna e ética.

Também aponta-se a necessidade de maior aprofundamento das discussões sobre questões raciais, das desigualdades sociais, das violências no cotidiano familiar e contexto institucional, como fator de opressão para o acesso ao cuidado integral em saúde mental e a garantia dos direitos de todas as pessoas, de forma dialógica, digna e ética que visem à busca pela cidadania e pelo à dignidade, autonomia e liberdade.

Ressalta-se que este estudo não teve como objetivo avaliar as práticas de cuidado nos serviços, mas oferecer luz às vulnerabilidades presentes nos contextos das famílias envolvidas, a partir das narrativas sobre suas histórias de vida e da história de cuidado na infância e adolescência, o que refletiu na compreensão de como se dão as práticas a partir dos seus itinerários terapêuticos.

As implicações das vulnerabilidades identificadas neste estudo acarretam um comprometimento à essa população infantojuvenil especialmente vulnerável, onde se faz essencial garantir o acesso à rede de saúde e intersetorial de forma integral, equânime e universal, considerando as suas especificidades e condições reais e materiais de desenvolvimento ao longo da vida.

Como contribuições deste estudo, aponta-se a análise interseccional das múltiplas vulnerabilidades a partir das categorias analíticas da Bioética de Intervenção

ao possibilitar uma leitura crítica da história, do contexto socioeconômico e das relações de poder, na busca de soluções para os problemas persistentes.

Diante dos problemas persistentes e emergentes bioéticos na assistência à saúde mental à população infantojuvenil e seus familiares, este estudo evidencia a importância da Bioética de Intervenção, com os seus pressupostos teóricos analíticos, ser incluída nos estudos do campo da saúde mental, na busca de respostas para oferta de um cuidado integral em saúde, visando a garantia de direitos e a justiça social para as pessoas que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de saúde mental. 2017.** Disponível: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>. Disponível em: 21 mar. 2021.
- ALMEIDA, V.C.; CARMO, A.J. Educação e saúde mental: o processo de ensino-aprendizagem na primeira infância e suas consequências na vida adulta. **Revista Científica UNIFAGOC. Caderno Multidisciplinar.** v. VI, n. 1, p. 39-47. 2021.
- ALVES, T.C.; OLIVEIRA, W.F.; VASCONCELOS, E.M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ANTUNES, H.S.; RECH, A.J.D.; ÁVILA, C.C. Educação inclusiva e formação de professores: desafios e perspectivas a partir do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 171-198, 2016.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5ª ed. Brasília: Artmed. 2014.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** São Paulo: Círculo do Livro, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013.
- BIROLI, F.; MIGUEL, L.F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. Dossiê – Desigualdades e Interseccionalidades. **Mediações.** v. 20, n. 2, p. 27-55. 2015.
- BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019.

BRAGA, C.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform scenario. **Interface (Botucatu)**. v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 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. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2007.

BRASIL. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Diretoria de Políticas de Educação Especial. **Nota Técnica nº 04, de 23 de janeiro de 2014**. MEC/SECADI/DPEE. Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&Itemid=30192. Acesso em: 15 jan 2023. 2014b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Diário Oficial da União, de 7 de julho de 2015. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. (14 dez 2017). Seção 1, 239. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, de 21 de dezembro de 2017. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020**, que regulamenta, no

âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União*, 2020.

BRZOZOWSKI, F.S.; CAPONI, S.N.C. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Iramuteq: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em psicologia**. v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013.

CAPONI, S.; DARÉ, P.K. Neoliberalismo e Sofrimento Psíquico: A Psiquiatrização dos Padecimentos no Âmbito Escolar. **Mediações**, Londrina, v. 25, n. 2, p. 302-320, 2020.

CARVALHO, I.G.N.; GONDIM, A.P.S.; HOLANDA, T.T.; ALENCAR, V.P. CAPS i: Avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 6, n. 14, p. 42–60, 2014.

CLEMENT, S.; SCHAUMAN, O.; GRAHAM, T.; MAGGIONI, F.; EVANS-LACKO, S.; BEZBORODOVS, N. *et al.* What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychol Med**. v. 45, n. 1, p. 11–27, 2015.

COLLINS, P.H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

CONRAD, P. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press. 2007.

CONSTANTINIDIS, T.C.; ANDRADE, A.N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015.

CORBIÈRE, M.; SAMSON, E.; VILLOTTI, P.; PELLETIER, J.F. Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. **The Scientific World Journal**. p. 1-10, 2012.

CORRIGAN, P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**. v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.

CORRIGAN, P.W.; BINK, A.B. The Stigma of Mental Illness. **Encyclopedia of Mental Health**, v. 4. 2016.

CORRIGAN, P.W.; O'SHAUGHNESSY, J.R. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. **Australian Psychologist**. v. 42, n. 2, p. 90–97, 2007.

COSTA-ROSA, A. **O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

COUTINHO, L.G.; SAGGESE, E.G.; CABRAL, I.E. Agravamento das vulnerabilidades infanto-juvenis: uma análise sociopolítica do sofrimento psíquico durante a pandemia de COVID-19. **Desidades**. n. 31, p. 70-88. 2021

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 1, p. 17 – 40, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 1, p. 171-187, 2002.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**. v. 43, v. 6, p. 1241-1299, 1991.

CRUZ, M.R.; TRINDADE, E.S. Bioética da Intervenção – uma proposta e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 2, n. 4, p. 483-500, 2006.

CRUZ, N.F.O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da Reforma Cruz MR, Trindade ES. Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 18, n. 3, e00285117, 2020.

DALTRO, M.C.S.L.; MORAES, J.C.; MARSIGLIA, R.G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.2, p.544-555, 2018.

DELFINI, P.S.S.; BASTOS, I.T.; REIS, A.O.A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 12, e00145816, 2017.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DELGADO, P.G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DESVIAT, M. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS V. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DINIZ, G.R.S. Trajetórias conjugais e a construção das violências. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 1, p. 31 – 41, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços. Diretoria de Serviços de Saúde

Mental. **Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM.**

Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.df.gov.br/documentos/37101/64120/Nota+t%C3%A9cnica+-+Crit%C3%A9rios+para+encaminhamento+de+Crian%C3%A7as+e+Adolescentes+para+os+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+Mental+Infanto-Juvenil+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+Secund%C3%A1ria.pdf. Acesso em: 15 jan 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. **Saúde Mental do DF em dados. Relatório. 2022.** Brasília-DF.

Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.df.gov.br/documentos/37101/0/Relato%CC%81rio+RAPS+-+versa%CC%83o+publicacao.pdf/b13651d9-d802-0f9f-8cb5-bcb9947f7826?t=1655988788205. Acesso em 02 jan 2023. 2022.

ELOIA, S.C.; OLIVEIRA, E.N.; ELOIA, S.M.C.; LOMEIO, R.C.; PARENTE, J.R.F. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde em debate.** v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014.

FARIA, E.L.; MENEZES, M.G.B. Uma análise das políticas públicas em saúde mental: um olhar sobre os avanços e desafios. **SynThesis.** Revista Digital FAPAM. v. 7, n. 7, p. 347-356, 2016.

FELIX, L.B.; SANTOS, M.F.S. Infância e Atenção Psicossocial. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** v. 6, n. 1, p. 36-50, 2016.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009

FOGAÇA, V.H.B.; KLAZURA, M.A. Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa. **Emancipação.** v. 21, p. 1-18, e2013498, 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Datafolha. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil.** 2. ed. [Internet]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/proc-publicacoes/relatorio-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2deg-edicao. Acesso em 15 set 2022. 2022.

FRANCO, M.H.C.; FAJARDO, A.P.; CARDOSO, P.A.P.; MELLO, E.D. Desigualdade de Gênero e Escuta Psi de Mulheres Atendidas na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão.** v. 41, p. 1-15, e225110, 2021.

FRANCO, R.F.; STRALEN, C.J. van. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia & Sociedade,** v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo:Unesp; 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FULGÊNCIO, C.A.; NASCIMENTO, W.F. Bioética de intervenção e justiça social: olhares desde o sul. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 8, n. 1-4, p. 47-56, 2012.

GARCIA, C.Y.C.; SANTOS, D.N.; MACHADO, D.B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 12, p. 2649-2654, 2015.

GARRAFA, V. Bioética da Intervenção – uma proposta e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *Revista Brasileira de Bioética*. v. 2, n.4, p. 483-500, 2006.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**. v. 13, n. 1, p. 125-34. 2005.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.

GARRAFA, V., PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**. v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

GARRAFA, V.; MANCHOLA-CASTILLO, C. Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em bioética. **Dir. Gar. Fund.**, Vitória. v. 18, n. 3, p. 11-30, 2017.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Revista Bioética**. v. 5, n. 1, 1995.

GARRAFA, V.; PRADO, M.M. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 6, p. 1489-1496. 2001.

GARRAFA, V.; ROCHA, C.T.; MANCHOLA-CASTILLO, C. Acesso aos Cuidados de Saúde-questão central na bioética brasileira. **Cambridge Q Healthc Ethics**. v. 27, p. 431–9, 2018.

GODOI AMM, GARRAFA V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 23, n. 1, p. 157-166, 2014.

GOFFMAN, E. Estigma: **Estigma notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GRZANKA, P.R. **Intersectional Objectivity**. In: Grzanka PR. (Org). *Intersectionality: a foundations and frontiers reader*. New York: Westview Press. 2018.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**. v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

HELLER, A. O cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HENNING, C.E. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**. v. 20, n. 2, p. 97-128. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa nacional por Amostra por Domicílios. Síntese de Indicadores. 2015**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2022**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2022. 154 p. : il. - (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 49).

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [*et al.*]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p.: il.

JORGE, M.S.B.; BEZERRA, M.L.M.R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto Contexto Enferm**. v. 13, n. 4, p. 551-8, 2004.

JUNGES, J.R. **Bioética Sanitarista: Desafios éticos da saúde coletiva**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E.L.C.P. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 935-953, 2018.

KOTTOW, MH. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**. v. 17, n. 5-6, p. 460-471. 2003.

LEVANTEZI, M.; SHIMIZU, H.E.; GARRAFA, V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. **Rev. Bioét**. v. 28, n. 1, p. 17-23, 2020.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**. v. 38, n.2, p. 593-606, 2014

LIMA, R.C.; COUTO, M.C.V.; ANDRADA, B.C.; CORREA, P.H.; CARDOZO, A.C.A. Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. **Saúde em Debate**. v. 44, n. esp. (3), p. 144-155, 2020.

LINK, B.G.; PHELAN, J.C. Conceptualizing Stigma. **Annu Rev Sociol**. v. 27, p. 363–85, 2001.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

KLEIN, C.; MEYER, D.E.; BORGES, Z.N. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**. v. 43, n. 150, p. 906-923, 2013.

MANCHOLA-CASTILLO, C.; GARRAFA, V. De la fundamentación a la intervención: una propuesta metodológica (¡narrativa!) para la Bioética de Intervención. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 15, p. 1-18. 2019.

MARIANO, S.A.; CARLOTO, C.M. in: BONETTI, A.L.; ABREU, M.A.A. (Orgs.). **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3092/1/Livro_Faces%20da%20desigualdade%20de%20g%C3%AAnero%20e%20ra%C3%A7a%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 15 jan 2023.

MARINI, A.M.; MARTINS, M.R.I.; SOUZA, A.V.S.; MARQUES FILHO, A.B.; PONTES, H.E.R. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Rev Neurocienc**. v. 18, n. 3, p. 300-306, 2010.

MARQUES, J.D. Um olhar sobre o currículo inclusivo para além dos aspectos burocráticos. **Revista Educação Pública**. v. 20, n. 21, p. 1-5, 2020.

MARTINS, J.S. Uma sociologia da vida cotidiana: ensaios na perspectiva de Florestan Fernandes, de Wright Mills e Henri Lefebvre. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M.O.N. A reforma psiquiátrica brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**. v. 44, n. esp. (3), p. 235-49, 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOMBAÇA, J. **Rumo a uma distribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência!** Cadernos de Imaginação Política. 2016. Disponível em: <https://issuu.com/amilcarparker/docs/rumo_a_uma_redistribuic__a__o_da_vi>. Acesso em 14 jan 2023.

MUYLAERT, C.J.; DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 1, p. 41-58, 2015.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Relatório Anual 2021**. 2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://brasil.un.org/sites/default/files/2022-04/ONUBrasil_RelatorioAnual_2021_web.pdf. Acesso em 02 jan 2023.

NASCIMENTO, L.A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 26, n. 1, p. 103-121, 2019.

NASCIMENTO, L.C.N.; SOUZA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S.; MORAES, J.R.M.M.; AGUIAR, R.C.B.; SILVA, L.F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018.

NASCIMENTO, W.F.; MARTORELL, L.B. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 21, n. 3, p. 423-31. 2013.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 7, n. 4, p. 680-8, 2008.

NUNES, C.K.; SILVA, A.B.; KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; OLSCHOWSKY, A. Cuidado intersetorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde. **Rev Fun Care Online**. v. 12, p. 233-238, 2020.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev Saúde Pública**. v. 43 (Supl. 1), p. 101-108, 2009.

NUNES, S.S.; SAIA, AL.; TAVARES, R.E. Educação Inclusiva: Entre a História, os Preconceitos, a Escola e a Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 35, n. 4, p. 1106-1119, 2015.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

PATRÃO-NEVES, M.C. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 2, n. 2, p. 157-72. 2006.

PAZ, L.M.; LIMA, M.G.; GUSSI, M.A.; CARDOSO, Â.M.R. Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil. **REFACS**. v. 10, n. 1, p. 33-48, 2022.

PEREIRA, E.C.; COSTA-ROSA, A. Questioning the Psychiatric Reform nowadays: mental health as a field of praxis. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n. 4, p. 1035-43, 2012.

PEREIRA, S.L.B. **Intersectorialidade, políticas social e família na saúde mental**. In: ROSA, L.C.S.; VILARINHO, L.S. (Orgs). Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental. Teresina: EDUFPI, 2020. 21-45. Ebook. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_DESINSTITUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_EDUFPI_2021.pdf. Acesso em: 02 dez 2022.

PEREIRA, S.L.B.; GUIMARÃES, S.J. As expressões da questão social na saúde mental: Uma análise nos 4 CAPSs II de Teresina – PI. **Barbarói**. v. 45, p. 82-98. 2015.

PITTA, A.M.F. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, p. 4635-42, 2011.

PITTA, A.M.F.; GULJOR, A.P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**. v. 246, p. 6-14, 2019.

POLANCZYK, G.V.; SALUM, G.A.; SUGAYA, L.S.; CAYE, A.; ROHDE, L.A. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 56, n. 3, p. 345–365, 2015.

PRAIS, J.L.S.; ROSA, H.F.; JESUS, A.R. Currículo e inclusão educacional: percepções de docentes da educação básica. **Roteiro**. v. 43, v. 1, p. 317-344, 2018.

REIS, T.L.; DAHL, C.M.; BARBOSA, S.M.; TEIXEIRA, M.R.; DELGADO, P.G.G. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**. v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.

RIBEIRO, A.L. **Usuário de drogas em situação de rua numa perspectiva interseccional de raça, classe e gênero: análise bioética da (não) responsividade do sistema de saúde**. 2019. 181 f., il. Tese (Doutorado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

ROCHA, E.A.C. **Crianças e infâncias: uma categoria social em debate**. 2004. Disponível em file:///C:/Users/angel/Downloads/10152-Texto%20do%20Artigo-30324-1-10-20090408.pdf. Acesso em 16 out 2020.

ROSA, L.W.; FALCKE, D. Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**. v. 15, n. 1, p. 17-32, 2014.

ROSA, M.V.F.P.C.; ARNOLDI, M.A.G.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

ROSSI, L.M., *et al.* Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 35, n. 3, e00125018, 2019.

SAFFIOTI, H. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2015.

SALLES, M. M.; BARROS, S.. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 324–335, 2013.

SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio matricial e CAPSi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 246-256, 2016.

SANCHES, M.A.; MANNES, M.; CUNHA, T.R. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Rev Bioética**. v. 26, n. 1, p. 39-46, 2018.

SANTIN, G.; KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**. v. 34, p. 146-160, 2011.

SANTOS, B. S. Introdução a uma ciência pós-moderna. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2003.

SANTOS, I.L.; SHIMIZU, H.E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Rev Bioética**. v. 22, n. 2, p. 271–81, 2014.

SAPORITO, J.M.; RYAN, C.; TEACHMAN, B.A. Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. **Stigma Res Action**. v. 1. n. 2, p. 9–21, 2011.

SARACENO, B. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARTI, C.A. **Famílias enredadas**. in: Acosta AR, Vitale MAF (Orgs). Família, redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez Editora. 3ª edição.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq** (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3) compilação, organização e notas de Maria Elisabeth Salviati. 2017.. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.iramuteq.org/documentatio n/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati. Acesso em: 1 dez 2022

SCHMIDT, C.; NUNES, D.R.P.; PEREIRA, D.M.; OLIVEIRA, V.F.; NUERNBERG, A.H.; KUBASKI, C. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. v. 18, n. 1, p. 222-235, 2016.

SCHRAMM, F.R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017.

SCHRAMM, F.R. **Discrimination: Concept of**. in: ten Have, H. (Editor). Encyclopedia of Global Bioethics. Center for Healthcare Ethics. Duquesne University. Pittsburgh, PA, USA, 902-908, 2016.

SCHRAMM, F.R. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 3, n. 3, p. 377-389, 2007.

SELLI, L.; GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 473-8, 2005.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, A.C.L.G.; COELHO, E.B.S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 4, p. 1255-1262, 2014.

SILVA, J.B.; SOARES, C.C.D.; SILVA, P.M.C.; AZEVEDO, E.B.; SARAIVA, A.M, FERREIRA FILHA MO. "Padecendo no paraíso": as dificuldades encontradas pelas mães no cuidado à criança com sofrimento mental. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 17, n. 3, p. 1-10, 2015.

SMOLEN, J.R. **Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2016;

SOUZA, M.I.D.; SILVA MRF. Pobreza, desigualdade social e território: ambiência de atuação da política pública de Assistência Social. **Emancipação**. v. 19, n. 2, p. 1-17, 2019.

TEIXEIRA, M.R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

ten Have H. **Vulnerability: challenging bioethics**. Description: Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2016.

TESSER, C.D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC; 2010.

TRABAQUINI, P.S.; ROSANELI, C.F.; CUNHA, T.R.; MUNHOZ, C.J.M. Fragilidades experienciadas por crianças em internatos: reflexão bioética da obra *Infâncias Perdidas*. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 13, n. 1, p. 65-80, 2021.

TSZESNIOSKI, L.C.; NÓBREGA, K.B.G.; LIMA, M.L.L.T.; FACUNDES, V.L.D. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 363-370. 2015.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)**. UNESCO. 2006. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17>. Acesso em: 27 set 2019

UNESCO. **Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC)**. UNESCO. 2013. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378724>. Acesso em: 14 jan 2023.

VECHI, L.G.; CHIROSI, O.S.; PRADO, J.N.C. A inserção social pelo trabalho para pessoas com transtorno mental: uma análise de produção científica. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 9, n. 1, p. 111-123, 2017.

WEBER, C.A.T.W.; JURUENA, M.F. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v. 18, n.3, p. 640-656. 2017.

WENDHAUSEN, A.L.P.; BARBOSA, T.M.; BORBA, M.C. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**. v. 15, n. 3, p. 131-144, 2006.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**. v. 37, n. 97, p. 313-323, 2013.

ZIWCHAK, D.J.V.; ARISTIDES, J.L. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**. v. 23, n. 3, p. 181-187. 2019.

2 – Condições de moradia/ acesso a serviços

a- Acesso ao meio de transporte: Bicicleta () Ônibus () Metrô () Carro ()

b- Acesso a saneamento básico:

() água () esgoto () coleta de lixo () energia elétrica

c- Acesso a bens duráveis:

() fogão () geladeira ou freezer () televisão () rádio () telefone

() computador () máquina de lavar roupa

d- Acesso a serviços públicos na comunidade (CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO)

() creche () escola de ensino fundamental () escola de ensino médio () instituição de ensino superior () serviços de saúde de atenção primária () serviços de saúde de atenção secundária () serviços de saúde de atenção especializada (incluindo CAPSi)
() centros olímpicos () Conselho Tutelar () CREAS () CRAS () Outras instituições vinculadas ao cuidado à criança e adolescente (ex. ONGs – Fundação Bradesco/Casa Azul):

Roteiro de entrevista

1. Fale sobre como você percebeu o início do sofrimento/adoecimento mental do seu filho? Como esse sofrimento atrapalha a vida dele?
2. Como você acha que começou essas dificuldades? O que você lembra que aconteceu que possa ter iniciado esse quadro?
3. Quem te ajudou? Como foi que você cuidou desse sofrimento ao longo desse tempo?
4. Como foi que conseguiu acesso aos serviços de saúde? Como foi o caminho até chegar ao serviço especializado? Utiliza algum outro serviço particular ou já utilizou (consultas privadas/exames)?
5. Você entendia o que estava acontecendo com o seu filho? você aceitava que o seu filho poderia ter algum adoecimento? E a sua família? como foi lidar com esse sentimento e saber que o seu filho precisaria de cuidados diferenciados dos outros filhos?
6. Como você percebe o adoecimento mental do seu filho na sua família? como percebe o adoecimento mental das pessoas do seu convívio?
7. Como você enfrenta essas dificuldades do seu filho (sentimento de cansaço, incompetência, etc)? como é o suporte de cuidado de outras pessoas da família?
8. Você acredita que há preconceito em relação ao transtorno mental ou as dificuldades que seu filho tem na família ou na escola (indivíduo/social/profissionais/família)? Poderia me dar um exemplo?
9. Você percebeu que já viveu algum tipo de discriminação devido ao adoecimento/sofrimento psíquico do seu filho (ex. foi excluída de participar de alguma festa, alguma comemoração familiar ou evento da escola ou não pode participar de alguma atividade em sala de aula)?
10. O que você acha que pode ajudar que as pessoas entendam os sofrimentos dos seu filho para que ele não seja excluído ou que possa ter uma melhor condição de desenvolvimento?
11. Como o serviço de saúde ou outras instituições te ajudaram a lidar com as dificuldades do seu filho? O que você acha que já consegue fazer diferente ao longo do tratamento?
12. O que você espera para o futuro do seu filho?

APÊNDICE B

Universidade de Brasília – UnB
 Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF Núcleo de Estudos em
 Saúde Pública – NESP
 Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM
 Departamento de Pós-Graduação em Bioética

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **“A Interseccionalidade das vulnerabilidades das famílias assistidas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal”**, sob a responsabilidade da pesquisadora/ doutoranda, Ângela Maria Rosas Cardoso. Esse estudo é um recorte do estudo do projeto de pesquisa intitulado **“Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”**, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante

 Assinatura do (a) participante

 Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvida pode procurar : Profa. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)

Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 3107- 7947 (NESP) / 3107-1711(ENF) / 999728794. E-mail: obsam.nespunb@gmail.com/ limamg@unb.br **Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS – End.:** Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: 3107-1702. E-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325 4955.

Brasília, _____ de _____ de _____

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Familiares)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **“A Interseccionalidade das vulnerabilidades de famílias de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Ângela Maria Rosas Cardoso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa a ser realizada com os familiares de crianças e adolescentes atendidos nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal -RAPS em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPSi Taguatinga e Adolescentro. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as vulnerabilidades das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias, considerando as condições de suporte ao cuidado pelos serviços de atenção envolvidos no cuidado à criança e ao adolescente à luz da Bioética de Intervenção. Esse estudo é um recorte do estudo do projeto de pesquisa intitulado **“Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”**, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de realização de entrevistas semiestruturadas, durante os dias de comparecimento ao serviço para atendimento e conforme sua disponibilidade. O tempo estimado para as entrevistas é em torno de 20 a 50 minutos. Será solicitada a gravação em áudio, e a sua anuência, mediante a assinatura no termo de autorização de imagem e som.

Como toda a pesquisa envolvendo serem humanos, tem-se o risco de constrangimento por se tratar de análise de falas pessoais. Os riscos serão minimizados com a adoção das seguintes medidas: a leitura e esclarecimento de todo o conteúdo do termo de consentimento de forma clara e objetiva, favorecendo o entendimento sobre os objetivos da pesquisa e dos procedimentos a serem adotados, como, a gravação da entrevista; conduta respeitosa na abordagem aos participantes; interrupção da entrevista a qualquer momento caso o(a) participante não se sinta confortável; garantia dos direitos dos(as) participantes quanto à manutenção do tratamento; garantia de local apropriado que favoreça a privacidade para a realização da entrevista; garantia de sigilo de todos os dados coletados pela pesquisadora; esclarecimento de não obrigatoriedade de participação na pesquisa, e a garantia de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos ao seu tratamento. A responsável pela execução da pesquisa estará atenta e procurará minimizar os riscos reforçando o direito dos participantes de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo atendimento no CAPSi de Taguatinga e Adolescentro serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a compreensão sobre as dificuldades das famílias diante do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, entre elas, o cuidado diário dos familiares, o preconceito vivenciado nos contextos sociais, a dificuldade de acesso aos serviços e os limites impostos pela condição socioeconômica, visando propor estratégias e ações na melhoria da assistência às famílias inseridas na Rede Atenção Psicossocial do Distrito federal.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na página do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ângela Maria Rosas Cardoso, no Telefone: (61) 99272-6114 (disponível inclusive para ligação a cobrar), ou ainda, no e-mail: angelamrosas@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.200.022. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1702 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número de parecer 2.270.086. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome completo do(a) participante:

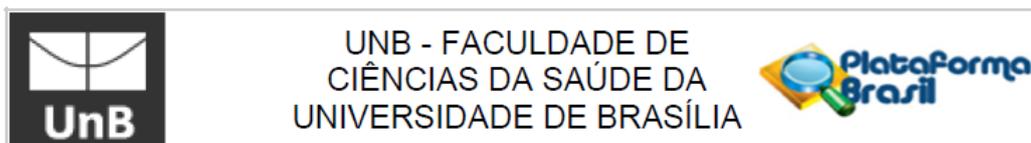
Assinatura do(a) participante

Ângela Maria Rosas Cardoso
Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Brasília, _____ de _____ de 20____.

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Situação do Parecer:

Aprovado

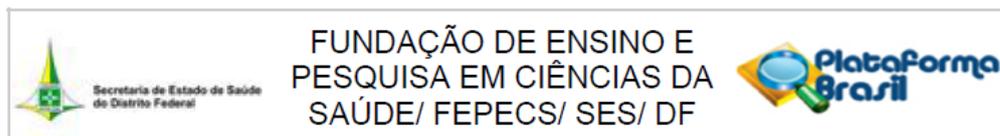
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/SECRETARIA DE SAÚDE/FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67425917.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.086

Situação do Parecer:

Aprovado

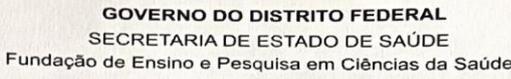
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

ANEXO III – TERMO DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DESSE RECORTE DA PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O Sr. Pedro Costa Queiroz Zancanato da Diretoria de Atenção Secundária da Região Central de Saúde e a Sra. Ana Paula Oliveira Reis Tuyama, responsável pela Gerência do Adolescento estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa “A Interseccionalidade das vulnerabilidades das famílias assistidas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora/ doutoranda, Ângela Maria Rosas Cardoso. Esse estudo é um recorte do estudo da orientadora e pesquisadora, Maria da Glória Lima, denominado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal, realizado pelo Observatório de Saúde Mental – OBSAM, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP da Universidade de Brasília – UnB, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial DO Distrito Federal - RAPS, em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF.

O estudo envolve:

(X) realização de entrevista/questionário () administração de medicamentos;
 () procedimentos clínicos ou cirúrgico () realização de exames laboratoriais ou de imagem;
 (X) pesquisa em prontuários () outro: *citar*

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob o parecer nº 2.200.022, bem como, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, sob o parecer nº 2.270.086.

Brasília, 01 de setembro de 2020

Pesquisador Responsável: Ângela Maria Rosas Cardoso
 Assinatura por extenso e/ou carimbo (legível)
 Ângela Maria Rosas Cardoso
 Enfermeira
 COREN-DF 91707- SES-DF 141.129-2

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: Dr. Pedro Zancanato
 Assinatura e carimbo (legível)
 Dr. Pedro Zancanato
 Diretor Geral
 CRM-DF 275.120-6/42

Chefia responsável pela Unidade: Ana Paula O. R. Tuyama
 Assinatura e carimbo (legível)
 Ana Paula O. R. Tuyama
 Mat. 145437-4
 Gerente de Avaliação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FEPECS
 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

(61) 2017 1145
 RAMAL 6878



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Sra. Janaína Oliveira de Alcântara, Diretora de Atenção Secundária da Região Sudoeste de Saúde e a Sra. KELLY CRISTINA VIEIRA SILVA, responsável pela Gerência do Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil (CAPSi) de Taguatinga estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa "A Interseccionalidade das vulnerabilidades das famílias assistidas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal", sob a responsabilidade da pesquisadora/ doutoranda, Ângela Maria Rosas Cardoso. Esse estudo é um recorte do estudo da orientadora e pesquisadora, Maria da Glória Lima, denominado "Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal, realizado pelo Observatório de Saúde Mental - OBSAM, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP da Universidade de Brasília - UnB, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial DO Distrito Federal - RAPS, em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF.

O estudo envolve:

- (X) realização de entrevista/questionário () administração de medicamentos;
() procedimentos clínicos ou cirúrgico () realização de exames laboratoriais ou de imagem;
(X) pesquisa em prontuários () outro: *citar*

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob o parecer nº 2.200.022, bem como, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, sob o parecer nº 2.270.086.

Brasília, 01 de setembro de 2020

Pesquisador Responsável: Ângela Maria Rosas Cardoso
Assinatura por extenso e/ou carimbo (legível)

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: Janaína O. Alcântara
Assinatura e carimbo (legível)

Chefia responsável pela Unidade: Patricia Pinheiro
Assinatura e carimbo (legível)