

Castelo Valadares, Fabiana; Ramos Souza, Ednilsa

A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública
de saúde mental do município do Rio de Janeiro

Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 841-854

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263655011>

A gente vive equilibrando pratos: olhares sobre a violência que interroga a rede pública de saúde mental do município do Rio de Janeiro

We live balancing dishes: perspectives on violence that interrogates the public mental health in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil

Fabiana Castelo Valadares

Doutora em Ciências. Pesquisadora Colaboradora do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.

Endereço: Avenida Brasil, 4.036, Sala 700, Manguinhos, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: fabianacastelo@yahoo.com.br

Ednilsa Ramos Souza

Doutora em Ciências. Pesquisadora do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.

Endereço: Avenida Brasil, 4.036, Sala 700, Manguinhos, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: ednilsaramos@gmail.com

Resumo

Este artigo buscou caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender os caminhos, práticas e discursos voltados à atenção prestada às pessoas em situação de violência que chegam a esses serviços. Realizou-se um estudo exploratório de abordagens quantitativa e qualitativa que abordou profissionais e gestores em 22 unidades de saúde mental. Como resultado identificou-se a produção de conhecimentos e estratégias para lidar e intervir nas situações tendo como efeitos a interrupção do ciclo de violência, entretanto estas ações têm pouca visibilidade em toda a rede de saúde e estão pouco integradas às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Conclui-se que a atenção na área da saúde mental às vítimas da violência vem sendo realizada, entretanto, de forma não integrada à PNRMAV o que expõe lacunas importantes.

Palavras-chave: Violência; Saúde Mental; Atenção à Saúde; Prevenção.

Abstract

This article has sought to characterize the mental health network of the city of Rio de Janeiro and understand the ways, practices and discourses focused the attention given to persons in situations of violence that come to these services. We carried out an exploratory study of quantitative and qualitative approaches that tackled professionals and managers in 22 mental health units. As a result we identified the production of knowledge and strategies to deal with situations and intervene in effect as stopping the cycle of violence, however these actions have little visibility into the entire network of health and are poorly integrated guidelines of National Policy on Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV). We conclude that attention in the area of mental health for victims of violence is being held in a non-integrated meanwhile PNRMAV which exposes the gaps.

Keywords: Violence; Mental Health; Health Care; Prevention.

De onde se partiu

A violência é um fenômeno concreto que gera mortes, lesões, traumas e, sobretudo, a perda da qualidade de vida das vítimas e de um incalculável número de pessoas que convivem com estes eventos (Minayo, 2009). A literatura mostra que a perda de um familiar ou amigo íntimo de forma violenta frequentemente leva ao desenvolvimento de transtornos psicológicos transitórios ou de longa evolução. Em uma estimativa conservadora, cerca de três pessoas são afetadas diretamente por cada evento que leva a óbito ou internação, o que vem gradativamente se constituindo como uma demanda para a rede pública de saúde (Mello e col., 2007; Soares e col., 2006).

Embora a violência não seja objeto exclusivo do campo da saúde, sua rede de serviços recebe as vítimas e sua atuação ultrapassa o mero tratamento de lesões e traumas ao convocar para o debate um conjunto de atores sociais fundamentais para o enfrentamento da complexidade deste fenômeno (Mattos, 2006). A ideia de rede tem seu fundamento nas teorias da comunicação, sendo entendida como uma forma de organização social flexível, adaptável e presente em toda sociedade, que possibilita ampliar a capacidade criativa, atingir objetivos e alterar códigos de vida. Nesse sentido, toda rede é formada por elementos integrados nos chamados “nós”, que permitem o compartilhamento de valores e objetivos comuns decodificáveis em um processo de comunicação (Castells, 2006). Assim, de forma sintética, a rede pode ser definida como um conjunto de “nós” que se encontram interconectados e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões (Njaine e col., 2007).

No campo da saúde, a noção de rede se concretiza nas estruturas (serviços e tecnologias) organizadas de forma articulada em torno da atenção e das ações de prevenção e de promoção da saúde. Os atores dessas ações são os profissionais e os usuários dos serviços de saúde envolvidos na integralidade do cuidado que parte da identificação das necessidades de saúde, passando pela capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários, levando em conta o contexto em que vivem; de acolher suas demandas; e de intervir na realidade expressa, assumindo o caráter estratégico de busca da superação dos desafios impostos por esta realidade (Silva Júnior e col., 2006).

Na área da saúde mental, a rede é efetivada a partir da construção dos projetos terapêuticos que exigem a interdisciplinaridade, representada pelo conjunto de conhecimentos gerais e específicos dos vários profissionais e serviços de saúde e proteção social que se articulam ao redor da solução dos problemas enfrentados (Silva Júnior e col., 2006). O cuidado, nessa perspectiva, parte das características e necessidades das pessoas, promovendo assim a reestruturação de equipes e serviços especializados, ofertando ações como consultas e tratamentos ambulatoriais, atenção intensiva diária em permanência-dia, internação integral breve orientada por projeto terapêutico individualizado, entre outras (Pitta, 2001), prestadas de forma articulada visando a otimização dos resultados e evitando sobreposições ou contradições.

No que se refere às vítimas diretas e indiretas da violência, a rede de saúde mental tem um papel importante, pois recebe parte das demandas sociais que explicitam o problema - o que provoca tensão em uma área que, tradicionalmente, é convocada a incorporar e patologizar as mazelas sociais, muitas vezes terminando por “gerar psiquiatrização de problemas societários mais amplos” (Vasconcelos, 2010, p. 26). Reconhece-se que tal processo de psiquiatrização não é do ponto de vista ético, político ou mesmo científico a melhor saída para lidar com os impactos da violência na saúde. Mas considera-se ser fundamental conhecer que demandas chegam à rede de saúde mental e que respostas vêm sendo construídas diante dessas demandas. Assim, o objetivo deste artigo é caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender os caminhos, práticas e discursos voltados à atenção prestada às pessoas em situação de violência que chegam a esses serviços.

O caminho metodológico

Este artigo é parte da pesquisa “Análise diagnóstica da atenção às vítimas de violência nos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro”, realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), no período 2010 a 2012, cujo objetivo foi, a partir da Triangulação de Métodos

(Minayo, 2006), construir um olhar comprehensivo e interpretativo da atenção de saúde mental prestada às vítimas da violência no município do Rio de Janeiro, buscando identificar êxitos no atendimento e dificuldades, segundo a ótica dos profissionais envolvidos nessa atenção (Deslandes e col., 2007). Neste artigo realizou-se um estudo exploratório que visou identificar e caracterizar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro e compreender a atenção prestada às vítimas de violência nessa rede. Para isso foram feitas abordagens quantitativa e qualitativa, considerando que essas abordagens se complementam, embora este artigo priorize a qualitativa.

A etapa quantitativa objetivou caracterizar os atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio de um questionário composto por: identificação e localização dos serviços, número de atendimentos, diagnóstico dos casos, ações desenvolvidas, constituição da equipe, formação/capacitação dos profissionais. Esse instrumento foi aplicado via correio eletrônico aos 19 CAPS que compõem a rede municipal, no período de maio a outubro de 2011. Apesar das inúmeras tentativas de obter a participação dos serviços, apenas oito responderam ao instrumento, ainda de forma incompleta. Para complementar os dados, recorreu-se à gestão que disponibilizou os números dos atendimentos registrados nos 19 CAPS. As informações desta etapa foram processadas em microcomputador, codificadas e digitadas no software Excel formando um banco de dados específico, e analisadas em termos absolutos e relativos.

A abordagem qualitativa explorou as percepções dos profissionais sobre a caracterização dos serviços, e sobre a atenção prestada às vítimas da violência no município a partir de dois roteiros de entrevista semiestruturada, um dirigido aos profissionais da atenção e outro aos gestores. Ambos os roteiros abordaram o processo de implementação no município das políticas de saúde mental e de prevenção da violência, a estrutura e organização dos serviços e da rede, a assistência prestada às vítimas, as concepções e percepções sobre violência e sobre sua prevenção. Aos profissionais da atenção foi solicitado um breve relato de caso que visou identificar estratégias bem e mal sucedidas nesta rede. Foram

realizadas 21 entrevistas, no período de abril a outubro de 2011, com dois gestores (um representante da Coordenação de Saúde Mental e um representante do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência), e cinco categorias profissionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional) que atuavam em quatro Centros de Atenção Psicossocial (dois CAPS II, um CAPSad e um CAPSi), uma Emergência Psiquiátrica, um Ambulatório e uma equipe dos serviços residenciais terapêuticos. Esses serviços encontram-se na área programática 3.2, que compreende as regiões de Inhaúma, Grande Méier e Jacarezinho, onde residem 569.970 pessoas (IBGE, 2011), selecionada por ter a melhor estrutura e maior variedade de serviços. Coube aos serviços indicar os profissionais interessados em participar da pesquisa.

As entrevistas duraram em média 40 minutos e foram gravadas com a autorização dos informantes. Foram transcritas e codificadas evitando-se a identificação deles. A análise desse acervo seguiu os seguintes passos: 1) realização da leitura comprehensiva do acervo visando a apreensão de suas particularidades; 2) realização do recorte temático dos depoimentos acerca das questões: qual a estrutura e organização da rede de saúde mental, quais as concepções sobre violência compartilhadas por seus profissionais, e como ocorre o atendimento às vítimas da violência; 3) problematização das ideias explícitas e implícitas. A interpretação buscou compreender as regularidades e discordâncias entre os atores entrevistados.

A pesquisa foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e aprovada pelos conselhos de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer nº 55/10) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº 194/10) e cumpriu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Que rede é essa?

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental para o ano de 2010 (Rio de Janeiro, 2011a), a rede de atenção à saúde mental no município do Rio de Janeiro era composta por: 15 Clínicas da Família; 2

Consultórios de Rua; 223 serviços especializados distribuídos entre Policlínicas, Centros Municipais de Saúde e Clínicas Especializadas; 21 CAPS; 5 Emergências Psiquiátricas; 10 Hospitais Psiquiátricos; e 35 Serviços Residenciais Terapêuticos, disseminados por 10 áreas programáticas da cidade. Essas áreas programáticas (AP) constituem a divisão administrativa por meio da qual o setor saúde organiza sua atenção. Nesta pesquisa, foram abordados na etapa qualitativa apenas os serviços que atendem a AP 3.2, considerada a área melhor estruturada e com maior variedade de serviços de saúde mental.

Apesar de existirem marcos legais que regulamentam os serviços de saúde mental, definindo seus objetivos e públicos, optou-se por uma qualificação destes a partir da triangulação das informações reunidas nas etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa. Esta escolha possibilita a apreensão das atividades para além do prescrito (Dejours, 1994) relevando assim um conjunto complexo de práticas que constituem o foco deste artigo. Assim, o ambulatório abordado nesta pesquisa, foi descrito como um serviço comunitário que oferta atendimento psicológico, psiquiátrico e social a todos os grupos etários. Segundo os entrevistados, são vinculados ao ambulatório dispositivos das áreas de educação física, dança, canto, e formação de grupos terapêuticos. Este serviço conta com uma equipe fixa de quatro profissionais: duas psicólogas, uma assistente social e um psiquiatra, além de seis psiquiatras em processo de aposentadoria que não recebem novos casos. Não foi possível levantar informações sobre a demanda de atendimentos já que não havia a sistematização delas. O serviço recebe demanda espontânea e encaminhamentos da rede, principalmente da emergência psiquiátrica a ele vinculada. Esta demanda é analisada em equipe multiprofissional a partir de grupos de recepção que têm o *objetivo de peneirar* (sic) as queixas identificando e encaminhando o que é próprio à psicologia ou à psiquiatria e o que pode ser acolhido pelos demais dispositivos da rede. O público ao qual o atendimento ambulatorial é dirigido apresenta sintomatologia menos grave, mas que demanda avaliação e acompanhamento. Não são indicados para este serviço *casos de drogadictos, alcoólatras, psicótico grave* (sic), pois estes são remetidos aos CAPS de referência.

À época da pesquisa, na área abordada existiam cinco residências terapêuticas e duas moradias assistidas, que abrigavam 22 moradores. Seu objetivo, segundo os entrevistados, é fornecer um local de moradia e acolhimento humanizado, que se aproxima o máximo possível das características de uma casa, constituindo-se como um importante serviço de apoio ao processo de desinstitucionalização e reinserção social. A maior parte dos moradores são pessoas que passaram por um longo período de internação psiquiátrica ou que vivenciaram várias curtas internações e apresentam elevada vulnerabilidade social. Os cuidados disponibilizados nestas casas são ofertados por profissionais de saúde (cuidadores e acompanhantes terapêuticos) de forma intensiva (24 horas) ou semi-intensiva (turnos de 4 a 8 horas, ou apenas visitas diárias) de acordo com as necessidades locais. Em relação à complexidade dos serviços, as moradias assistidas são indicadas para moradores com maior grau de autonomia.

Sobre os serviços CAPS, os objetivos mais citados foram: o acolhimento aos novos casos; a orientação quanto às possibilidades de tratamento e encaminhamentos; o atendimento visando a construção de recursos e possibilidades de vida; o apoio social a pacientes e suas famílias; a intervenção na sociedade que visa, sobretudo, a superação de preconceitos contra os usuários do serviço; e a prevenção da violência. Apenas o CAPSad, por sua especificidade, apresentou dois objetivos diferentes dos demais serviços: a atenção aos usuários com o fim de aliviar o sofrimento, reduzir o padrão de uso de substâncias ou até mesmo a abstinência; e a inclusão do problema da droga como objeto de intervenção da área da saúde. Todos os serviços contam com equipe multiprofissional e ofertam as ações previstas em sua regulamentação. Segundo dados da coordenação de Saúde Mental do Município, ao final do ano de 2010, havia 4.702 usuários em acompanhamento nos serviços tipo CAPS do município, o que compõe uma média de 247 usuários por serviço (Rio de Janeiro, 2011b). Não foi possível caracterizar essa clientela, devido ao fato de a grande maioria dos serviços não ter seus registros informatizados. Considerando apenas as informações dos oito serviços respondentes do questionário de pesquisa, para janeiro de 2011 consta uma razão de 28 pacientes para cada

profissional de nível superior não médico, o que equivale a quase o dobro do recomendado pela Portaria 336/2002 (Brasil, 2002). Tal relação extremamente elevada não considera os casos novos que chegam aos serviços, e indica uma sobrecarga de trabalho.

Além do atendimento prioritário às pessoas com transtornos mentais graves e moderados (as neuroses e psicoses graves), as especificações quanto à atenção a crianças e adolescentes realizada exclusivamente pelo CAPSi e a direção do acolhimento a usuários de álcool e outras drogas nos CAPSad, foi consensual entre os entrevistados a percepção de que a manutenção do tratamento nos serviços deve considerar avaliações que extrapolam o diagnóstico psicopatológico. Assim, são considerados critérios de manutenção do tratamento nos CAPS: o elevado grau de comprometimento do paciente, o alto risco e vulnerabilidade de seu quadro de adoecimento, a demanda de acompanhamento intensivo, a frágil condição familiar, e a ausência de rede de apoio social.

A Emergência psiquiátrica abordada nesta pesquisa encontra-se fora dos hospitais psiquiátricos e é responsável por avaliar a necessidade de internação nas áreas programáticas 3.1, 3.2, e 3.3, mas também recebe pacientes de outras áreas da cidade. Apenas três profissionais faziam parte da equipe diária: um médico, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional. Dois acadêmicos bolsistas participam dessa equipe, entretanto com menor carga horária no serviço. Esta unidade conta com seis leitos de curta permanência, que são ocupados por pacientes de todas as faixas etárias. Segundo os entrevistados, o principal objetivo da emergência é promover o acolhimento e o suporte à crise, além da avaliação diagnóstica e construção do projeto terapêutico. Um dos entrevistados também acentuou que a emergência psiquiátrica é ainda muito procurada com o objetivo de suprir problemas como: a falta de médicos nos ambulatórios; o apoio social a usuários de drogas que buscam o serviço ainda em quadro de entorpecimento, com o objetivo de permanecerem mais preservados até que a *onda passe* (sic); e pessoas em situação de rua que buscam o serviço porque estão sem comer, sem dormir ou tomar banho.

Todos os entrevistados afirmaram conhecer os diversos serviços que compõem a rede de atenção

à saúde mental, e perceber uma melhor integração entre estes serviços.

A articulação dos serviços de saúde mental com outros setores da atenção em saúde foi pior avaliada pelos entrevistados, pois estes consideraram que os pacientes psiquiátricos, usuários de drogas ou idosos encontram restrições para atendimento quando não acompanhados por um profissional de referência. A fala a seguir reflete bem esse cenário: *é difícil conseguir atendimento. Por conta mesmo das dificuldades dos profissionais abordarem o paciente psicótico. Acham que têm uma outra língua. Se a gente (profissional da saúde mental) não estiver junto o atendimento não acontece (psicólogo).* Tais achados concordam com pesquisas anteriores (Valadares e Souza, 2010) que demonstram restrições aos portadores de transtornos mentais para atendimento nos serviços de saúde de forma geral.

A intersetorialidade foi relatada por meio de um conjunto de situações que exemplificaram impasses e progressos nas relações com outros serviços de saúde, abrigos, Conselhos Tutelares, delegacias, Ministério Público e escolas, no caso dos serviços que atendem crianças.

Essa articulação foi qualificada em todos os serviços como frágil e não institucionalizada, como demonstram as citações: *é como se nunca existisse o contato e a gente fosse procurar eles pela primeira vez (psiquiatra); eu estou há 20 anos na saúde mental. Então se ligar eu conheço todo mundo, mas é pedindo favor. Eu acho isso péssimo (terapeuta ocupacional).* Essa forma de articulação informal mostra que a rede existente no município ainda é sustentada apenas pelos vínculos pessoais e não por uma organização estruturada, formalizada e integrada, o que reproduz achados de outra pesquisa (Minayo e Deslandes, 2007).

Os Conselhos Tutelares foram retratados de forma díspar: para alguns profissionais, a articulação com esses atores foi bem sucedida e cuidadosamente trabalhada, enquanto para outros esse contato sempre feito de forma emergencial a cada caso, leva a ruídos que dificultam o bom acompanhamento dos casos. O trecho a seguir expressa bem essa situação: *quando a gente percebe que mesmo com a abordagem a gente não está conseguindo, que a violência está em um nível muito grave, um caso de negligência*

muito grave, nesse caso a gente vai ao Conselho Tutelar ou telefona e pede essa ajuda. Sempre com muito medo, nem tanto aqui no CAPSi mas em outras instituições, já vi intervenções desastrosas, a gente morre de medo de a família perder a guarda. Porque isso acontece (psicólogo).

As relações dos serviços de saúde mental com as escolas revelaram tensões, pois nos últimos anos elas têm demandado a medicalização dos alunos, o que reproduz achados de outros estudos (Abreu, 2006). Novamente o trecho a seguir exemplifica bem o ocorrido: *Ela (professora) acha que é o remédio que vai deixar as crianças todas calmas para ela conseguir dar aula para cinquenta, então é muito difícil (psicólogo).*

Que atendimento é esse?

Buscou-se conhecer de que forma a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro vem se estruturando e articulando para enfrentar a problemática da violência. Assim, analisaram-se as concepções e percepções dos profissionais sobre os seguintes tópicos: violência; o atendimento que prestam às pessoas em situação de violência; e, o que pensam sobre as ações de prevenção ante as suas práticas.

Que violência é essa?

Com esta indagação buscou-se compreender o que os profissionais percebem como violência, considerando que estas noções podem influenciar no que é visto e no que é naturalizado em suas práticas.

Quando iniciada a etapa de campo da pesquisa, havia poucas discussões sobre a temática da violência no âmbito da atenção à saúde mental no município, que segundo os entrevistados apenas era abordada quanto aos suicídios - que demonstravam claramente essa aproximação. Nesse sentido, alguns dos entrevistados afirmaram o estranhamento do tema desta pesquisa, por não o reconhecerem como um objeto trabalhado no cotidiano - quadro que sofreu mudanças durante as entrevistas, como demonstram as afirmações: *É, eu falei que não lembrava de algum caso de violência, mas a gente vai falando e a gente vai lembrando (assistente social); porque eu nunca pensei nesse tema [...]. Mas depois que você fa-*

lou da pesquisa eu comecei a me perguntar se a gente realmente se depara com isso (psiquiatra). A constância de respostas reticentes em relação à temática é associada ao fato de esta não aparecer como queixa principal, mas sim como uma questão que emerge após um processo de vinculação e intervenção terapêutica. Neste processo de atendimento, portanto, não foi identificada pelos profissionais uma ação específica da área da saúde mental nesses casos e sim um acompanhamento contínuo que faz parte da prática clínica. Esta dificuldade de identificar casos de violência e produzir intervenções no campo da saúde por parte de muitos profissionais da área foi retratada por Cavalcanti e Souza (2010). Segundo essas autoras, profissionais conseguem distinguir as situações de maus tratos e nela identificar possibilidades de intervenção no âmbito da saúde, entretanto demonstram dificuldade de relacionar estes casos à violência, o que expõe uma compreensão enviesada dessa temática muitas vezes relacionando-a apenas à área da segurança pública.

De forma geral todos os entrevistados demonstraram conhecimento das terminologias com que a área de saúde aborda a violência, cujo marco é a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes de Violências (PNRMAV) (Brasil, 2001). Assim, a violência foi identificada, de maneira geral, como um fenômeno social complexo que impacta a saúde de suas vítimas diretas e indiretas levando a lesões, mortes e diminuição da qualidade de vida.

No cotidiano dos serviços e da gestão, a violência foi identificada como expressão dos problemas macrosociais: a violência estrutural relacionada à manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem um conjunto de vulnerabilidades, inclusive a pobreza. Nesse sentido, a violência urbana ligada aos conflitos armados, às violências interpessoal e criminal, as situações de abandono e negligência perpetradas muitas vezes pela própria administração pública (como a falta de pessoal, de qualificação para a atenção e a falta de estrutura e organização dos serviços), e por fim, a violência contra crianças foram expressamente relatadas. Os trechos a seguir demonstram tais percepções: [...] a questão da violência, principalmente para o pessoal que está nas comunidades, é uma violência muitas vezes da polícia, uma violência que

o agente comunitário em algum momento é testemunha ou às vezes é a vítima (gestor); Carência enorme da rede, a falta de psicólogos, a falta de psiquiatras, e assim, essa angústia de não conseguir dar conta das inúmeras demandas (gestor).

Apesar de o tema violência ser abordado na Secretaria Municipal de Saúde desde 1995, segundo os gestores este ainda é um tema de difícil apropriação pelos profissionais da rede. Tais impressões condizem com achados de outras pesquisas (Santos, 2005; Ferreira e Schramm, 2000; Souza e col., 2009) que apontam que muitos profissionais sentem-se pouco habilitados para lidar com este público, o que também reflete lacunas no processo de formação. Assim, poucos reconhecem seu papel no tratamento, expondo questões como seu próprio medo e insegurança. No entanto, esta impressão trazida pelos gestores diverge da maior parte dos relatos apresentados pelos profissionais que atuam nos serviços, uma vez que, para esses, a violência faz parte do contexto das pessoas atendidas e é expressamente um dos objetos de intervenção de suas práticas no campo da atenção à saúde mental.

Para a maior parte dos entrevistados que atuam nos serviços abordados, o tema violência está imerso no conjunto de suas práticas no campo da saúde mental, mesmo que aparentemente possa ser tratado como um problema recente, como citado no seguinte trecho: *(A violência) é um assunto muito novo pra gente, embora a gente lide com isso há séculos, né* (psicólogo). A violência intrafamiliar, na forma de agressões físicas, sexuais, psicológica relacionada a humilhações e ameaças, a negligência e os maus tratos foram as mais citadas. Além dessas, a violência comunitária expressa nas ameaças e processos que levam à negação de direitos e à exclusão foram descritas também com muita frequência. Os profissionais dos serviços CAPSad, enfatizaram a violência criminal associada ao uso prejudicial de drogas, com um problema que gradativamente vem sendo incorporado pelo setor saúde, expondo a difícil interação entre saúde, segurança pública, justiça e assistência social. As faces da violência intrafamiliar e urbana que chegam aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, vêm sendo amplamente abordadas na literatura (Assis e col., 2009; Reichenheim, 2009; Ribeiro e col.,

2009; Martin e col., 2007) quanto ao seu impacto na produção do medo, da desesperança e da alienação muito relacionados ao surgimento de quadros psicopatológicos.

As concepções apresentadas pelos entrevistados parecem ter sido construídas a partir de suas práticas de trabalho, e não a partir de um processo de capacitação formal. Nesse sentido, houve divergência entre as informações colhidas nos questionários, nos quais em 12,5% dos serviços pesquisados foi informado que houve capacitação para a atenção às vítimas de violência, conforme prevê a PNRMAV, e os relatos dos entrevistados, a partir dos quais se identificou a inexistência dessa ação de capacitação. Estes profissionais também não conseguiram identificar qualquer iniciativa que, segundo informações dos gestores, estava sendo promovida pelo Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência.

Apesar de não terem sido relatados processos de formação direcionados ao tema, foram citadas experiências de supervisão e participação em eventos e seminários em que, entre outras questões, a violência foi abordada como tema transversal à prática clínica.

Para onde vai, de onde vem, e o meio do caminho...

Os entrevistados de todos os serviços abordados na etapa qualitativa afirmaram não ser referência no atendimento às vítimas da violência. Tais afirmações revelam o entendimento de que essa atenção demanda um serviço especializado, composto por profissionais capacitados, e integrado a outros setores como justiça e proteção social. Aspectos semelhantes aos encontrados são descritos na literatura (Lima e col., 2009; Leal e Lopes, 2005) demonstrando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na atenção às vítimas da violência como: desarticulação com a rede de assistência especializada; medo e insegurança; falta de capacitação e de infraestrutura.

Assim, quando perguntados sobre a existência de algum protocolo, formal ou não, para lidar com os casos em que eram deflagradas situações de violência, a resposta foi sempre negativa. Entretanto

na maior parte dos serviços alguns procedimentos pareceram consolidados mesmo que, tanto para os gestores quanto para os profissionais não houvesse qualquer formalização. Cabe ressaltar que, após a etapa de campo desta pesquisa, a Coordenação de Saúde Mental publicou *on-line* um “Protocolo para a Atenção à Demanda Espontânea de Pessoas em Sofrimento Mental nos Serviços de Atenção Primária à Saúde” (Rio de Janeiro, 2011a) onde os fluxos de referência e contrarreferência são definidos e o tema da violência é integrado.

A partir dos discursos dos profissionais, foi possível identificar uma forma pactuada para o atendimento dos casos em que são identificadas situações de violência. Todos afirmaram estar atentos aos seus sinais como hematomas, escoriações, emagrecimento, falta de higiene e cuidados pessoais, sintomas depressivos, e que investigam mais delicadamente os casos suspeitos, compreendendo tais ações como inerentes ao contexto da clínica. Os fragmentos a seguir exemplificam tais percepções: [...] *porque eu acho que a gente acaba incorporando isso (a violência) a um contexto maior que é o contexto da clínica mesmo. Então isso ali faz parte da história, não é algo isolado, uma coisa pontual que acontece (psiquiatra); até porque se a gente entender a violência como um traço aí [...], a gente tem que entender dentro de um contexto, e dentro dos recursos que a gente tem da clínica e cuidar disso (psicólogo)*. Tais relatos parecem convergir para o que alguns autores (Schenker e Cavalcante, 2009) defendem sobre a atenção às vítimas da violência intrafamiliar, entendendo que esta deve ser compreendida no contexto social que a produziu e que é cabível a intervenção dos profissionais de saúde.

A única exceção foi registrada na emergência psiquiátrica em que a alta rotatividade da ocupação dos leitos e a ausência de registro dos casos em prontuário impossibilita a construção de uma visão contextualizada da violência e mesmo a investigação de outros sinais e sintomas. Um dos entrevistados desse serviço afirmou que os casos em que são evidentes situações de espancamentos ou violência sexual contam com o apoio do policial de plantão, ao qual é solicitado o registro do Boletim de Ocorrência, o que evidencia o entendimento restrito a uma questão de polícia.

Em todas as unidades abordadas, destaca-se um cuidado maior com a definição de intervenções nos casos de violência. Tal ação é demarcada pela necessidade de não romper vínculos com pacientes e familiares quando identificadas situações de violência, entendendo que é a manutenção do vínculo terapêutico que possibilita a mudança do padrão de comportamento prejudicial, o que é amplamente descrito na literatura (Carter e Macgoldrick, 1995; Unicef, 2004; Ferrari e Vecina, 2002). Estes cuidados foram ainda mais enfatizados nos serviços que atendem crianças e adolescentes, como demonstra o seguinte relato: [...] o atendimento (é a possibilidade de) os pais falarem disso (violência física), coisas que de outra maneira você nunca teria tido acesso, você está tendo acesso e porque eles estão falando, e se estão falando é uma demanda de ajuda (psicólogo).

A abordagem multiprofissional foi relatada em todos os serviços que contam com reuniões de equipe, supervisões locais e articulação com parceiros da rede, como a Estratégia Saúde da Família, ambulatórios, serviços residenciais terapêuticos, Conselhos Tutelares, escolas, delegacias, emergências, hospitais e abrigos.

O registro das informações sobre suspeitas ou confirmações de violência em prontuário, considerado por todos como extremamente relevante, é realizado sempre que possível. Novamente na emergência e no ambulatório foi informado que o registro não é feito em prontuário único, porque nesses serviços o prontuário permanece no arquivo geral da policlínica e não há profissionais de apoio para efetuar a retirada desses documentos a cada atendimento.

A notificação da violência - que deveria ser feita à Secretaria Municipal de Saúde - é realizada em todas as unidades de saúde apenas para casos de crianças e adolescentes, sendo esta remetida aos Conselhos Tutelares. Nenhum dos entrevistados informou remeter a notificação à Secretaria de Saúde e, quando perguntados sobre a notificação dos casos de adultos vitimados, o termo “notificação” foi frequentemente confundido com “denúncia” e endereçado ao Ministério Público e às Delegacias, o que expressa concepções equivocadas que ainda associam as questões da violência somente às áreas da justiça e da segurança pública. Um dos resulta-

dos da etapa quantitativa evidencia problemas no encaminhamento da notificação: 50% dos serviços pesquisados responderam equivocadamente que a Secretaria de Desenvolvimento Social é seu principal interlocutor no tocante ao destino das notificações de violência. Esse dado parece apontar para a falta de capacitação destes profissionais.

Com exceção da emergência psiquiátrica, todos os demais serviços afirmaram entrar em contato com familiares, membros da comunidade e instituições que surgem nos relatos dos pacientes como autores de violência, promovendo assim intervenções que objetivam prevenir a reincidência.

Em todos os serviços foi possível perceber que os profissionais consideram uma boa evolução do caso quando a intervenção da equipe interrompe a situação de violência, e o paciente e sua família conseguem construir melhores vínculos familiares e comunitários. Em todos os serviços, os profissionais consideram como ações que garantem um bom atendimento: o envolvimento de toda a equipe e a articulação com outros atores da rede. Além disso, creem que uma boa evolução do caso depende de fatores como: o fornecimento de um espaço para escuta das tensões cotidianas; o êxito em evitar a institucionalização; o cuidado e atenção especial a pessoas portadoras de deficiências e a atenção a possíveis falsos relatos de violência; a atenção intensiva e cuidados a famílias em que há violência. Os relatos a seguir exemplificam algumas dessas visões: Porque às vezes a gente tem casos de relato de violência que não são exatamente daquele jeito, não são com aquela intensidade, não acontece exatamente naquele contexto. Então acho também que você deve ter um certo cuidado na maneira como você recolhe esse tipo de fala (psiquiatra); E aí, curiosamente, quando ela percebeu que eu não caí na história, de você é dependente química, ela percebeu a dificuldade que ela lidava com a mãe, vinha toda a semana ao atendimento, fez reflexões sobre sua vida, o luto do pai, chegou a ser expulsa do colégio, mas depois retomou a vida (psicóloga).

Por outro lado, a precária integração e articulação entre os componentes das equipes e desta com os demais atores da rede, gerando desentendimentos e ruídos nas relações, bem como a complexidade

dos casos aparecem nos discursos dos entrevistados como os principais destaques para aqueles considerados mal sucedidos. Entre os fatores que contribuem para um atendimento mal sucedido foram ainda citados: a ausência de resposta efetiva por parte das instituições envolvidas com o caso; a precária estruturação da equipe; a baixa adesão ao tratamento devido a resistências de familiares; a falha de comunicação entre os serviços; a dificuldade de condução dos casos complexos; e a pouca mobilização e sensibilidade da equipe diante de outros problemas de saúde.

Entretanto, predomina entre os entrevistados a avaliação de que a atenção está sendo bem prestada às vítimas de violência, pois, no que é possível à saúde mental intervir, observam alcançar bons resultados. A despeito das deficiências de formação e de pessoal, as equipes que constituem os serviços fazem esse trabalho há muitos anos e têm uma forma de atuação consolidada e integrada, o que facilita a boa evolução das ações, como demonstram os depoimentos a seguir: *a gente também consegue muita coisa, consegue transformar essas relações, consegue com paciência, enfim, com investimento a gente consegue às vezes fazer com que esse tipo de violência não mais ocorra* (psiquiatra); *a gente tem conseguido assim fazer com que essas famílias se repensem, [...] mas eu sinto que, no que a gente pode mudar nesse cotidiano, a gente vive equilibrando pratos...* (assistente social).

É possível prevenir?

Assis e Avanci (2009) discutem como o conceito de prevenção da violência pode ser incorporado pela área da saúde. Para essas autoras, a violência como fenômeno social complexo que extrapola a área da saúde não é inevitável e, assim como se aprende a conviver com ela, também se pode desaprender. No campo das intervenções em saúde, é possível identificar que fatores contribuem para a ocorrência de violência e intervir para interromper o ciclo violento. Nesse sentido, buscou-se identificar de que forma a rede de atenção à saúde mental pode contribuir para a prevenção da violência, buscando compreender que conceitos de prevenção são compartilhados pelos entrevistados, que ações estes reconhecem

como prevenção, e qual o papel do seu serviço nesse contexto, uma vez que no âmbito da saúde a prevenção pode e deve ser realizada em todos os níveis (primário, secundário e terciário).

A compreensão de que a violência é um fenômeno passível de prevenção não foi compartilhada por todos os entrevistados nesta pesquisa. Nesse sentido foi possível identificar que as concepções sobre o que é violência têm grande influência sobre as possibilidades de intervenção construídas pelos profissionais da área da saúde.

Parte dos entrevistados não percebe essa ação como cabível à área da saúde mental. Suas opiniões centram-se, principalmente, no entendimento da violência como problema social que leva a lesões e mortes, e na sua abordagem a partir de um contexto macrosocial, em que desigualdade, pobreza, globalização, e crime organizado são considerados campos que fogem aos limites da atuação da área da saúde mental. Diante desses problemas sociais mais amplos, a violência não é entendida como um fenômeno passível de prevenção, conforme os discursos a seguir: [...] *a prevenção da violência não é uma coisa que tá na saúde mental, enfim, então a questão do suicídio, que eu acho que cabe, mas muitas vezes não chegam* (gestor); *não sei o que é que a gente pode pensar em prevenir violência, pura e simplesmente. Realmente eu não sei* (psiquiatra); [...] *mas você fala não em relação ao CAPS, é em relação a outro serviço* (assistente social); [...] *porque como a gente pode evitar enquanto serviço que esses clientes sofram violência?* (enfermeiro).

Por outro lado, parte deles considera que as ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços também têm a função de prevenir a violência. Assim, aqueles que atribuem à violência a presença de lesões físicas e sexuais defendem que a prevenção no campo da saúde mental estaria relacionada à identificação precoce das vítimas, que mereceriam uma intervenção imediata, como demonstra o depoimento a seguir: *Se você pensar que a identificação precoce é prevenção, eles, de alguma forma, já estão fazendo* (gestor).

Há ainda uma parcela dos entrevistados, mais numerosa e presente em todos os serviços abordados, que percebe a questão da prevenção da violência como um processo de intervenção na cultura, por

meio de iniciativas contínuas que vêm surtindo efeitos de maior ou menor impacto, como se vê no trecho a seguir: *Acho que esse trabalho fora do serviço, esse trabalho na cultura, ele tem grande chance de produzir diferença sim, nessa questão da violência também, do estigma da loucura, do lugar que o louco tem, mudar um pouco esse lugar, esse olhar que a sociedade tem em relação ao psicótico, paciente psiquiátrico* (psicólogo).

Apreende-se desses relatos que apesar das divergentes concepções sobre a prevenção da violência, a rede de atenção à saúde mental vem incorporando o discurso de intervenção na cultura que é a principal bandeira de luta da Reforma Psiquiátrica.

Para encerrar

A literatura mostra que o processo de inclusão do tema violência no âmbito da saúde pública vem ocorrendo de forma lenta e gradual (Minayo e Souza 1997). No entanto, esta pesquisa demonstra que, no que se refere à atenção prestada pelos serviços de saúde mental do município do Rio de Janeiro, tal inserção é concreta e ocorre já de longa data. Cabe destacar que a área programática da cidade abordada na etapa qualitativa da pesquisa pode ter influenciado na constatação desse resultado, uma vez que foi escolhida justamente por ser a região onde a rede de saúde mental encontra-se melhor estruturada e conta com a maior variedade de serviços, o que deve ser considerado.

Historicamente, a área da saúde mental tem acolhido em seus consultórios, leitos, residências terapêuticas, grupos e oficinas as pessoas em situação de violência, sejam elas vítimas de si próprias, de suas famílias, da comunidade, da cultura ou da sociedade, e vem construindo formas de intervenção bastante consistentes e críticas.

Entretanto a inclusão do tema violência nesse campo vem sendo realizada de forma muito mais orgânica, isto é, integrada e construída no dia a dia dos processos de trabalho vivenciados por seus profissionais e pacientes, do que, de fato, a partir de um processo estruturado e formal de rede, conforme é preconizado na PNRMAV. Nesse sentido, existem lacunas desde a ausência de capacitação destes profissionais até a não institucionalização dos

fluxos na rede, a falta de incentivo à notificação e o desconhecimento por parte dos profissionais quanto à importância deste recurso para o planejamento de suas ações.

Por mais complexa que seja a organização da rede de atenção à saúde mental que sofre intensamente os efeitos da precarização do trabalho, da fragilização dos vínculos e da rotatividade dos profissionais, pode-se afirmar que há uma rede ancorada principalmente nos profissionais e nos usuários dos serviços, através dos vínculos pessoais e informais que estabelecem entre si. Tal achado é preocupante, pois vem ocorrendo no município um processo de redução dos profissionais concursados, que são aqueles que sustentam esses vínculos e se constituem como os nós da rede. Na ausência deles, é possível que esta rede fique ainda mais frágil e pouco efetiva.

O principal achado desta pesquisa trata justamente da identificação do conjunto de estratégias construídas pela rede de saúde mental para o atendimento às vítimas da violência. Todos os profissionais afirmaram estar atentos para possíveis sinais da violência como lesões, traumas, escoriações, mudanças na rotina de vida, emagrecimento ou ganho de peso excessivo e em curto período de tempo, problemas no sono, entre outros. Tais sinais são registrados e investigados pela grande maioria dos profissionais entrevistados e, quando confirmadas situações de violência, o atendimento multiprofissional, a inclusão dos atores envolvidos na situação e a discussão em equipe são os principais encaminhamentos tomados. A construção de uma rede de apoio com diversos atores, inclusive aqueles fora da área da saúde, é colocada como estratégia de intervenção visando interromper o ciclo da violência.

A principal lacuna nessa atenção refere-se ao registro precário das informações em alguns serviços e às limitações quanto à notificação das violências. Quando estas ações são realizadas não geram análises sistemáticas. A inclusão destas ações poderia auxiliar o planejamento e a intervenção, além de empoderar seus profissionais em pleitos junto à gestão.

Por fim, é fundamental capacitar os profissionais que atuam na rede, pois o conhecimento formalizado permite a construção de novas estratégias de intervenção inclusive para a própria gestão.

Colaboração dos autores

As autoras contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

ABREU, M. H. do R. M. de. *Medicalização da vida escolar*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ASSIS, S. G. de; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Ensp, 2009. p.79-104.

ASSIS, S. G. de et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1E.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 510 p.

CASTELLS, M. A. Sociedade em rede: do conhecimento à política. In: CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (Org.). *A sociedade em rede: do conhecimento à ação política*. Lisboa: Imprensa Nacional: Casa da Moeda, 2006. p. 17-30.

CAVALCANTI, M. de L. T.; SOUZA, E. R. de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2669-2708, 2010.

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DESLANDES, S. F. et al. Escolhas, alianças e vivências na dinâmica da pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 31-46.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002. 330 p.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-431, 2005.

LIMA, M. A. D. da S. et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 625-632, 2009.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, 2006. p. 41-66.

MELLO, M. F. de; MELLO, A. de A. F. de; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ensp, 2009. p. 21-42.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 349 p.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1322, 2007. Suplemento.

PITTA, A. M. F. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTE, M. T. (Org.). *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca, 2001. p. 277-282.

REICHENHEIM, M. E. Considerações sobre o texto “Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 362-369, 2009.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, p. 49-57, out. 2009. Suplemento 2.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde Mental. *Protocolo para atenção à demanda espontânea de pessoas em sofrimento mental nos serviços de atenção primária à saúde*. 2011a. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/oB_HpM8Lq6o5MYzIzYjVjMjMtZTzMmIooNjVlLWJhM2ItZTQwZTJhYmI4N2Jk/edit?hl=pt_BR&pli=1>. Acesso em: 24 nov. 2011.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde Mental. *Rede CAPS: usuários matriculados nos CAPS municipais do Rio de Janeiro de 1997-2011 (Maio)*, 2011b. Disponível em: <<http://saudementalrj.blogspot.com.br/2011/06/evolucao-do-numero-de-usuarios-em.html>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SANTOS, N. C. dos. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F. G. Famílias que se comunicam através da violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ensp, 2009. p. 197-214.

SILVA JÚNIOR, A.G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/ IMS, 2006. p. 61-90.

SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D.; BORGES, D. *As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: CESeC, Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, 2006. 238 p. (Coleção Segurança e cidadania).

SOUZA, E. R. de; FERREIRA, A. L.; SANTOS, N. C. dos. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 329-338, 2009.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA; CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLENCIA E SAÚDE JORGE CARELI. *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília: Unicef, 2004.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. de. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, 2010.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. 162 p.

Recebido em: 20/12/2012

Reapresentado em: 11/09/2013

Aprovado em: 01/10/2013