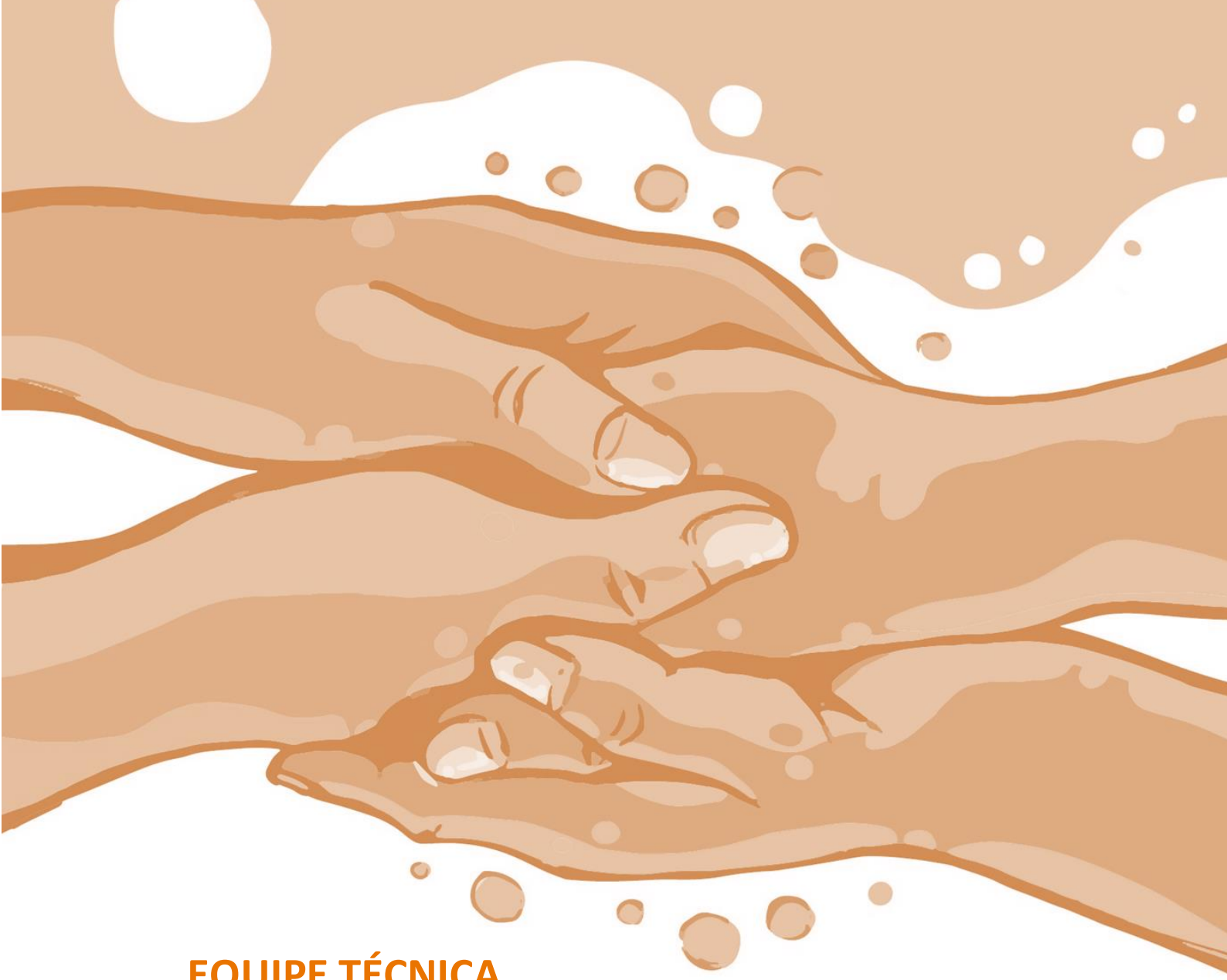
RELATÓRIO "DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL DOS ATENDIMENTOS de 2022 DA REDE ACOLHE "

Solicitante: Célula de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
Responsável: Equipe técnica da Rede Acolhe

Maio – 2023

RedeAcolhe
Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO CEARÁ



EQUIPE TÉCNICA

DEFENSORAS PÚBLICAS

Gina Kerly Pontes Moura (Defensora Supervisora)
Michele Cândido Camelo (Defensora Respondente)

Coordenação técnica:

Thiago de Holanda Altamirano

Equipe Psicossocial:

Ana Jéssica de Lima Cavalcante (Psicóloga)
Ingryd Melyna Dantas da Silva (Assistente Social)
Lorena Brito da Silva (Psicóloga)
Maria Isabel Rocha de Castro (Assistente Social)

REDE ACOLHE – Defensoria Pública do Estado do Ceará
Av. Desembargador Moreira, 2930, 3° andar – Dionísio Torres, Anexo IV
Prédio da Procuradoria da Mulher da Assembleia Legislativa do Ceará

RedeAcolhe
Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO CEARÁ

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 04

2. REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS FATO VIOLENTO E SEUS IMPACTOS NO ACOLHIMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL 06

3. ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS 10

3.1. Ameaças de Morte 10

3.2. Feminicídios e Tentativa de Feminicídio 14

3.3. Homicídios 18

3.4. Tentativa de Homicídio e Lesão Corporal 20

3.5. Violência institucional 22

4. RECOMENDAÇÕES..... 24

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 27

6. REFERÊNCIAS 28

1. INTRODUÇÃO

A REDE ACOLHE é um programa de Atenção Integral às Vítimas da Violência, vinculado à Defensoria Pública do Estado do Ceará, que busca promover a assistência jurídica e psicossocial aos familiares das vítimas de crimes graves contra a pessoa e ameaçados de morte. Nesses 06 anos de existência, temos acompanhado familiares de vítimas de homicídio e feminicídio, atendendo ainda às vítimas e familiares de tentativa de homicídio e feminicídio, violência institucional e ameaça de morte. São profundos os impactos das violências no contexto familiar e comunitário e tendo como centralidade o acompanhamento familiar, apostamos na atenção integral tanto para minimizar tais impactos, como para prevenir outras mortes ou violências graves à família.

Acolhemos pessoas que mesmo após o fato violento seguem desprotegidas pelo Estado em suas necessidades básicas e urgentes: garantia da vida, acolhimento e escuta, justiça e amparo diante das perdas e lutos. Por isso, percebemos a importância de garantir o acesso à justiça e articular redes intersetoriais com equipamentos de políticas públicas, Organização Não Governamental - ONGs e a sociedade civil organizada para as demais demandas que surgem como consequência direta do fato violento (CAVALCANTE, NEGREIROS, GÓIS, ALTAMIRANO, 2019). Tais articulações intersetoriais se dão no campo da saúde, saúde mental, assistência social, educação, habitação, trabalho e renda, cultura, previdência social, sendo as políticas de saúde e assistência as que mais requerem encaminhamentos. Durante os 262 atendimentos realizados em 2022, a Assistência Social é demandada 54 vezes, a Educação surge em 29 atendimentos, Habitação e moradia é demandada 12 vezes, Previdência Social aparece 07 vezes, Renda e Trabalho aparecem 04 vezes. A Saúde é demandada 50 vezes, destas, a Saúde Mental, especificamente, aparece em 22 atendimentos no discurso dos assistidos.

Ao acolher essas pessoas, identificamos o quanto que em suas vidas as precariedades e violações antecedem os fatos violentos, sendo fatores históricos que favorecem e cronificam efeitos estruturais das desigualdades, onde o fenômeno da violência se integra à organização de suas relações e modos de viver (GONÇALVES, QUEIROZ, DELGADO, 2017). E em especial, as consequências psicossociais são uma dimensão pouco

visível da violência, que produzem impactos subjetivos importantes tanto para os usuários, como para os profissionais dos serviços de políticas públicas. Gonçalves *et al* (2017) analisam o quanto que mesmo se reconhecendo a alta prevalência de agravos psíquicos associados a eventos traumáticos, há ausência de sistematização e de conhecimento acerca dessas dimensões e das possibilidades de intervenção no campo da saúde mental.

E acolher as demandas de saúde mental tem sido hoje um dos maiores entraves, visto que as políticas públicas, principais parceiros para assumir a demanda diante da complexidade e necessidade de acompanhamento continuado, estão em reconhecido cenário de superlotação por conta das demandas reprimidas intensificadas pós Pandemia da Covid-19 e os ciclos de crises político-econômicas. Soma-se a tal desafio, certa dificuldade de reconhecimento dos impactos da violência na saúde mental, sendo fundamental a construção de tal agenda para as políticas públicas deste campo, visto que a violência aparece associada à produção e agravamento de sofrimento psíquico, a criação de barreiras de acesso ao acompanhamento e tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, no sentido de um apagamento de suas necessidades, dentre outras (DELGADO, 2012).

Entre as demandas específicas deste campo que estão sendo apresentadas pelos assistidos da Rede Acolhe estão: encaminhamento para Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infantil, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral, Clínica Escola, Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, Plantão Psicológico, atendimento psicológico em rede privada de saúde e informações sobre atendimentos de urgência e emergência de Saúde Mental.

Quando somamos aos números de demanda nos campos da Assistência Social (54) e da Proteção Integral (33), visto que são questões que podem ser apresentadas por um mesmo indivíduo ou uma mesma família, nos vemos em um paradoxo inquietante: é como se fosse necessário hierarquizar e escolher entre a proteção integral ou a saúde mental, pois os fluxos possíveis de encaminhamentos ou priorizam a proteção/segurança (inserção de programas de proteção) ou o acolhimento das demandas de saúde mental (CAPS, unidade de acolhimento, ambulatórios e emergências hospitalares).

Destacamos que a complexidade dos casos nos coloca diante de demandas em que essas demandas caminham juntas, logo, ao recebê-los em atendimento, precisamos pensar

fluxos que garantam a proteção/segurança "E" o acolhimento de demandas de saúde. Assim, nos vemos entre buscar garantir a proteção integral, arriscando ou não priorizando o acolhimento das urgências de sofrimento psíquico, "ou" priorizando as demandas de sofrimento psíquico, mesmo reconhecendo o risco que estar em determinados serviços pode oferecer aos assistidos.

Diante da delicadeza da natureza do nosso trabalho contribuímos com a criação de novos fluxos, articulando diferentes equipamentos a depender das demandas diante da complexidade de cada caso (CAVALCANTE *et al* 2019). Reconhecemos que esse diálogo revela um horizonte de necessidades e possibilidades de suporte ainda a ser explorado e discutido, justificando-se assim a busca pela parceria com a Célula de Saúde Mental do Estado do Ceará e demais políticas públicas deste campo.

Apresentamos este documento para mobilizar e inspirar tais questões, e o mesmo está organizado da seguinte forma: Iniciaremos com uma discussão sobre os impactos das violências nos modos de viver e nos desafios da organização de redes de cuidado em saúde mental neste cenário. Traremos os dados de 2022, fazendo uma análise das demandas de saúde mental e principais redes acessadas, a partir dos tipos de violência atendidas, finalizando o texto com recomendações produzidas pela experiência dos acompanhamentos realizados.

2. REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS FATO VIOLENTO E SEUS IMPACTOS NO ACOLHIMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

Culturalmente, nossa sociedade tende a individualizar e unidimensionalizar as "causas" da violência, apontando como solução a culpabilização e a legitimação da violência como intervenção para situações violentas. Diante disso, é preciso fazer um esforço para o reconhecimento de suas dimensões históricas, sociais, coletivas e estruturais (MARTIN-BARÓ, 1984), tanto na análise do fenômeno, como de seus efeitos. Além das marcas físicas das violências e os desdobramentos jurídicos e de saúde que a vivência de um episódio como esses podem desencadear, reconhecemos a existência das marcas "invisíveis" que afetam os

processos de subjetivação, os tempos e formas que os lutos serão vividos e os modos de viver das pessoas envolvidas. Tudo isso será atravessado pela intensidade, pelo tempo de exposição e recorrência do fenômeno, pelo tipo de violência sofrida, pelo quanto a violência foi reconhecida e pelos acolhimentos e apoio recebidos, pela experimentação de sentimentos de resolução ou impunidade e pelas dinâmicas territoriais da pessoa/família.

Por isso, pensamos que suas consequências e repercussões no cotidiano do núcleo familiar são psicossociais. Havendo um impacto significativo no modo como os assistidos constroem suas relações diante da violência, assim como, com as demais pessoas, com a comunidade e com a cidade. Destacamos isso, porque reconhecemos o quanto as marcas produzirão desafios na significação/elaboração da vivência violenta, bem como na busca e acesso aos espaços e serviços de apoio, acolhimento e acompanhamento. Este olhar atravessa a atenção integral que buscamos garantir, implicando na escuta e acolhimento singular das pessoas envolvidas, na territorialização da análise das complexidades do caso e na centralidade da matricialidade familiar nas articulações de estratégias de intervenção.

Ainda que diversos indivíduos vivenciem uma mesma situação violenta, as respostas e consequências psíquicas não são idênticas, pois dependem de inúmeros processos, dentre eles a forma como o fato violento ocorreu, quem dele participou e o grau de apoio social que as vítimas tiveram (MARTÍN-BARÓ, 1984). Em um mesmo núcleo familiar vitimado, as reações e necessidades são bastante singulares, desenhando de modo muito específico o que é prioridade, o tempo para a busca por apoio, as articulações e estratégias de cada núcleo diante da violência.

É notório que na maioria dos casos há um adoecimento psíquico que, em menor ou maior grau, vai afetar a saúde física, bem como rede apoio e as vivências comunitárias, rede familiar, emprego e renda, vida social e lazer, além de um risco ou aprofundamento às outras situações de risco e violência. Estamos falando de implicações no desempenho das atividades escolares e/ou de trabalho, na qualidade das relações familiares, institucionais e comunitárias, nas fontes e redes de apoio social, nos modos de socialização e circulação pela cidade (GONÇALVES *et al* 2017).

Os episódios de violência, tais quais traumas, produzem uma série de sofrimentos psíquicos, sendo comum o relato de memórias persistentes, medo, insegurança e outras

reações emocionais e físicas. Dentre expressões de sofrimento psíquico, o Transtorno de Estresse Pós-traumático - TEPT é comumente identificado, sendo possível percebemos uma forte correlação entre o sentimento de injustiça, negligência ou proximidade com agressores com a intensificação dos sintomas (DELGADO, 2012).

A violência pode surgir como agravo para situações psicossociais e clínicas, tendo estudos epidemiológicos que apontam elevada incidência de sintomas sugestivos de transtornos mentais, tais como transtornos depressivos, quadros de ansiedade, que inclui o TEPT, e outros quadros difusos (GONÇALVES *et al* 2017). Nesse sentido, suas marcas podem repercutir na vivência ou apagamento dos processos de luto, na construção da autoimagem (que tanto pode relativizar e naturalizar a violência, como reconhecer suas vulnerabilidades e precariedades), nos processos de culpabilização e na intensificação dos sofrimentos psíquicos, e na produção de práticas de cuidado e oportunidades e projetos de vida.

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica brasileira está a inserção da saúde mental na atenção básica, mais próxima do cotidiano de vida das pessoas e em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, seguindo o que preconiza as políticas nacionais deste campo (BRASIL, 2023). Historicamente os desafios versavam sobre a superação da lógica biomédica e hospitalocêntrica para a territorialização das práticas, e atualmente soma-se a isso o modo como a violência mostra-se um fator determinante para que as equipes (não) desenvolvam estratégias de suporte em seus territórios de referência.

Percebemos que os episódios de violência se configuram como barreira no acesso aos serviços na busca por amparo e assistência diante das marcações temporais e espaciais que produz. Destacamos que além dos recortes que o tráfico produz nos territórios, a insegurança que a condição de ser "vítimas de violência" os coloca dificulta a criação de vínculos, diante do receio que contar suas histórias os expõem.

Outra problemática que vale o destaque é quando atendemos pessoas que diante do fato violento precisam ser retirados de suas casas como estratégia de proteção integral, por exemplo, e somado a isso apresentam condições clínicas de intenso sofrimento psíquico, mas que não são demandas específicas de uso compulsivo de drogas ou de internação psiquiátrica. Hoje as unidades de acolhimento são prioritárias para esses casos e por vezes, necessitamos

de um espaço que contribua para restabelecimento e reorganização psíquica, quando os assistidos não podem retornar aos territórios de origem ainda, ou quando não há rede familiar disponível por conta dos rompimentos de vínculos. Em torno da ressalva de "não recebemos ameaçados" nos deparamos com certa negligência no atendimento deste grupo já tão precarizado. Por mais que em uma avaliação de risco correta a presença dessas pessoas em unidades de acolhimento transitórias possa gerar novas ameaças ou morte para os demais usuários, é preciso pensarmos nas especificidades destes casos e suas necessidades.

Além dos fatores psicológicos, ocasionados ou aprofundados pela violência, há de se destacar as questões relacionadas às vulnerabilidades sociais, bem como o aprofundamento da situação de pobreza e miséria, que ocorrem com a maioria dessas vítimas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), há uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental, no qual os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de adoecimentos psíquicos e comportamentais.

Assim, o aprofundamento da situação de pobreza vinculada às violências sofridas, bem como a ausência de políticas públicas de cuidado em saúde mental nos territórios, influencia diretamente no sofrimento psíquico dos assistidos, uma vez que, de acordo com Costa-Rosa (2000) o sofrimento psíquico possui fatores biopsicossocioculturais e políticos que o determinam e que devem ser compreendidos integrados à existência do sujeito.

Outro ponto está relacionado ao abandono, por parte do estado, aos familiares de vítimas de homicídio que recebem pouco ou quase nenhum suporte, para absorver suas necessidades nos mais diversos âmbitos de sua vida. Não há rede de apoio estatal ou comunitária para que haja uma reconstrução da vida. Segundo Brito e Koller (1999), a construção de vínculos e relações, a partir da rede comunitária a qual faz parte, desempenha diferentes papéis e permite ao sujeito o desenvolvimento emocional e social, no qual ele obtém mais recursos para sua satisfação e saúde mental. Sendo assim, é essencial que haja uma análise da formação de redes comunitárias pelo sujeito para se pensar as questões da vida do sujeito.

Pensar a saúde mental das pessoas que sofreram violência tem-se que estar vinculada aos diversos âmbitos da vida do sujeito, territorializado no seu cotidiano e na sua realidade, bem como torná-lo protagonista no seu processo. Não se pode analisar a violência apenas

como problema de polícia ou da segurança pública, é fundamental a mudança de olhar dos diversos profissionais da saúde. É necessário que haja um rompimento com o limitar-se do plano abstrato individual, devendo o profissional dar-se conta e confrontar os fatores sociais no qual materializa-se a individualidade do sujeito (MARTIN-BARÓ, 1997).

Assim, a partir dos casos atendidos no ano de 2022 pela Rede Acolhe, respeitando as diretrizes que o Sistema Único de Saúde -SUS apresenta, bem como a reforma psiquiátrica, analisaremos os atendimentos realizados, a partir do escopo do programa, focando nas demandas dos assistidos, bem como os caminhos construídos para o suporte em saúde junto à rede, destacando as dificuldades encontradas e finalizando com recomendações para a redução dos danos causados pela violência.

3. ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS

Durante os meses de janeiro a dezembro de 2022, recebemos 83 novas famílias. Destas, 33 da categoria ameaça de morte, 18 da categoria violência institucional, 03 feminicídios, 1 tentativa de feminicídio, 29 homicídios, 02 casos de tentativa de homicídio e 04 da categoria lesão corporal. Destacamos que alguns casos são compostos por mais de uma das categorias apresentadas, o que faz com que a gente analise cada número com bastante atenção, visto que trazem junto consigo diferentes necessidades diante das inúmeras violações. Além destes, famílias que iniciaram o acompanhamento com a equipe psicossocial e jurídica da Rede Acolhe entre os anos de 2018 e 2021 retomaram os atendimentos. Assim, em 2022, foram realizados 83 atendimentos iniciais, 85 atendimentos de retorno de assistidos que chegaram em 2022 e 179 atendimentos com assistidos que iniciaram entre 2018 e 2021.

3.1. Ameaças de Morte

Entre os objetivos do Programa Rede Acolhe está a diminuição dos impactos dos Crimes Graves contra a Pessoa já concretizados, sobretudo prevenir a ocorrência de novos homicídios que tenham como vítima pessoas que façam parte da rede familiar e comunitária

da vítima inicial. Por isso, observamos os impactos que tenham como marcas o risco e a ameaça, como o impedimento de circulação no território em que habitam, a necessidade de mudança na dinâmica familiar, a retirada das crianças e dos adolescentes da escola, a perda ou a saída do local de trabalho e a ocorrência de ameaças de morte.

Em 2022, a Rede Acolhe recebeu 33 casos de ameaça de morte. Contudo, diferente das demais categorias de violência abordadas neste documento, não é possível apresentar os dados de pessoas ameaçadas na cidade de Fortaleza e Região Metropolitana, pois não há registros dos números de ocorrência destas categorias nos sites da Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública - SUPESP/SSPDS/CE e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP. Destacamos que, ainda que houvesse registros, precisaríamos considerar a existência de subnotificações, visto que diversas famílias optam por não realizar o registro em delegacias de polícia, por receio de agravamento do risco, ou desconhecem as políticas públicas que ofertam serviços de apoio a pessoas ameaçadas.

As ameaças de morte relatadas em atendimento com a equipe da Rede Acolhe, por vezes, não estavam direcionadas apenas a um membro da família, mas a todos os seus integrantes. Desta forma, 81 assistidos da Rede Acolhe estiveram no circuito do risco e desproteção no ano em questão. Além disso, ao resgatar os atendimentos realizados entre os anos de 2018 e 2021, identificamos 73 casos de ameaças de morte, mas apenas em 01 deles observamos demandas de saúde mental, esse único caso corresponde a uma família com 05 integrantes em que 02 deles apresentaram demandas de saúde mental.

Ressaltamos que, quando somos acionados, realizamos uma análise de risco inicial, a fim de compreender a gravidade e a extensão territorial da ameaça, e avaliar em qual local o atendimento deverá ser realizado. Em seguida, caso haja voluntariedade por parte da família e desejo de sair do local de ameaça, realizamos uma pré-avaliação para inserção em programa de proteção e utilizamos um instrumental pré-elaborado. Neste instrumental, há indagações acerca das questões de saúde mental dos integrantes da família, tanto para identificar demandas que são anteriores ao fato violento, mas que mantém relação com as condições gerais da vida dos indivíduos, quanto para perceber aquelas que surgem ou são potencializadas após o fato violento.

Dito isto, informamos que, das 86 pessoas que estiveram no circuito de risco e desproteção, 15 apresentaram demandas na área de Saúde Mental. Apresentaremos um breve perfil destas pessoas: Quanto a identidade de gênero, há Homem Cis (07), Mulher Cis (07) e criança do sexo masculino (01); Quanto à faixa etária, há pessoas com idades entre 04 a 11 (01), 12 a 17 anos (02), 18 a 29 (03), 30 a 39 (03), 40 a 49 (02), 50 a 59 (02) e não informado (02); quanto ao grau de parentesco, as demandas partiam da vítima de ameaça (09), mãe ou pai da pessoa alvo inicial da ameaça (02), filho ou filha (03) e companheiro ou companheira (01)[1].

Destacamos que 09 assistidos apresentaram elementos que caracterizam questões de saúde mental ou de busca por atendimento e acompanhamento que antecedem o período da ameaça, como a busca por atendimento em momentos de crise (02); realização de acompanhamento psicológico (05); realização de acompanhamento psiquiátrico (10); interrupção de acompanhamento psiquiátrico em mais de uma ocasião (05); interrupção do uso de medicação psiquiátrica em mais de uma ocasião (08); e automedicação (04). Além disso, 02 assistidos relataram que já apresentavam elementos que caracterizam questões de saúde mental no período anterior ao fato violento, mas que nunca buscaram atendimento especializado ou realizaram acompanhamento em saúde mental. Os atendimentos e acompanhamentos foram realizados no CAPS AD (01), CAPS Geral (04), CAPS Infantil (03), UAPS (01), UPAS (01), Pronto Atendimento no Hospital de Saúde Mental (01) e equipamentos de saúde particulares (04).

Nos 05 casos em que houveram interrupção do acompanhamento psiquiátrico, os motivos apresentados foram a ausência de fornecimento de medicação gratuita na periodicidade recomendada (03); a dificuldade de deslocamento no território, pois o equipamento estava localizado distante da residência da família (03); a dificuldade de deslocamento no território, pois a família está impedida de percorrer determinados trajetos

1 É fundamental destacarmos que esses números do Fórum Brasileiro de Segurança Pública referem-se apenas à mulheres cis, não incluindo o assassinato de mulheres trans e travestir do ano de 2023. Tais números entram nas estatísticas de mortes relacionadas à transfobia, contudo, mesmo com a subnotificação, no dossiê divulgado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) foram registradas 131 mortes de pessoas trans, sendo 130 de mulheres trans e travestis e apenas 1 de homens trans (11 especificamente aqui no Ceará). Esses dados chocantes e expressivos corroboram com as análises que apontam que elas têm 38 vezes mais chances de serem assassinadas quando comparadas com homens trans e pessoas não binárias (BENEVIDES, 2013).

devido a constante conflitos territoriais (03); o assistido foi institucionalizado em equipamento vinculado à Política de Assistência Social e a equipe profissional do local não atentou-se à demanda de saúde mental (01) e o fato de não conseguir lidar com o excesso de efeito colateral causado pela medicação (01). Por fim, ressaltamos que em 02 dos casos o motivo da interrupção não foi apontado pelo assistido.

Destacamos que houveram 02 casos em que o assistido recusou a oferta de encaminhamento, 01 caso em que não foi necessário encaminhamento porque o acompanhamento em saúde mental do assistido estava em andamento e 10 casos em que encaminhamentos foram propostos por nossa equipe. As possibilidades apresentadas foram atendimentos em CAPS AD (01), CAPS Infantil (03), CAPS Geral (05), equipamento de saúde particulares vinculados aos planos de saúde (03).

Em 09 ocasiões não foi possível realizar o encaminhamento articulado, aquele em que contatamos os profissionais do equipamento, buscamos conhecer a dinâmica de atendimentos, orientamos os assistidos e, se necessário, o acompanhamos e realizamos um atendimento em conjunto com a outra equipe profissional. Os motivos para o encaminhamento articulado não ter ocorrido foram: a nossa equipe passou a não conseguir contatar o assistido (02), a família trocou de endereço em mais de uma ocasião e, por isso, não conseguimos realizar o referenciamento dela no território (02); o assistido e sua família foram inseridos em programa de proteção, o que, por vezes, significa que estão em local seguro e sigiloso ou estão em uma outra cidade e estão sendo acompanhado por equipes vinculados a outros equipamentos (01); Planos de saúde possuem dinâmica própria de atendimento psicológico e não costumam receber encaminhamento (03).

Em 04 ocasiões foi possível realizar o encaminhamento articulado. Observamos que a dinâmica de articulação em que o assistido só chega ao atendimento depois em que o diálogo entre as equipes é feito tem possibilitado a ampliação do acesso aos direitos e às políticas públicas. Entre as características positivas que temos identificado durante esses diálogos estão: compreensão por parte da equipe profissional de que tratava-se de um caso/demanda incomum (02); disponibilidade da equipe para a realização de atendimento em conjunto (02); facilidade para dialogar com a equipe através dos contatos publicizados (04); e fortalecimento de estratégias de referência e contrarreferência (03).

3.2. Feminicídios e Tentativa de Feminicídio

Os crimes de feminicídio (assassinato de uma mulher pela condição de gênero) bateram o recorde histórico em 2022 no Brasil, desde que a lei de feminicídio entrou em vigor, em 2015. Foram registrados 3,9 mil homicídios dolosos contra mulheres, quando se tem intenção de matar, e desses, 1,4 mil foram casos de feminicídio[2] - leia-se, mulheres mortas apenas pelo fato de serem mulheres, uma a cada 6 horas, em média. De acordo com levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), esses números revelam um aumento de 5% no último ano, alta que vai na contramão do número de assassinatos sem o recorte de gênero, que tiveram uma redução de 1% em 2022 e vem em diminuição nos últimos anos (FBSP, 2023; G1, 2023).

No Ceará foram registrados 28 casos, sendo 8 em Fortaleza, de acordo com a Rede de Observatórios de Segurança (2023). 75% dos feminicídios foram cometidos por companheiros ou ex-companheiros, figurando como principais motivações das brigas e rompimentos de relacionamento em contextos de violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

A Lei nº 13.104/2015, que alterou o art. 121 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940), passa a prever o crime de feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, os tipificando em feminicídio íntimo e familiar (quando ocorre em relações doméstica e afetivas), feminicídio racial (em que o fator ético-racial atravessa as motivações da morte), feminicídio lesbocídio (relacionado com questões de sexualidade, em que há ódio, repulsa e discriminação contra a existência lésbica) e o feminicismo em série (caso de perseguição e morte de mulheres seguindo um mesmo modus operandi). Há um destaque para relação dessas violências com as desigualdades das relações de gênero, onde o ódio, o desprezo ou o sentimento de perda do controle e da propriedade sobre as mulheres, infelizmente, ainda presentes em sociedades patriarcais, como é o caso da sociedade brasileira (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2023).

2 As demais opções apresentadas foram: Identidade de gênero: Homem Trans, Mulher Trans, Não-Binário e Travesti; Faixa Etária: 60 a 69 e 70 a 79 anos; Grau de Parentesco: Avó ou Avô e Irmão ou Irmã.

Dos 8 casos oficiais ocorridos em Fortaleza em 2022, a Rede Acolhe atendeu 3 casos de vítimas do feminicídio íntimo e familiar, que repercutiram em 14 pessoas dessas famílias que tiveram suas vidas atravessadas por tal dor. Além disso, retornaram de anos anteriores outros mais 3 casos de feminicídios, que repercutiram na vida de 17 pessoas do vínculo familiar das vítimas.

Sendo assim, em 2022 acompanhamos 6 casos que impactaram na vida de 31 pessoas diretamente. Apresentaremos um breve perfil destas pessoas: Quanto a identidade de gênero, há Homem Cis (15) e Mulher Cis (16); Quanto a faixa etária, há pessoas com idades 0 e 11 anos (10), 12 a 17 anos (06), 18 a 29 (03), 30 a 39 (1), 40 a 49 (01), 50 a 59 (05) e não informado (05); quanto ao grau de parentesco, as demandas partiam mãe ou pai da pessoa alvo inicial da agressão (04), filho ou filha (14), irmão (06), sogra ou sogro (01), outros (4). Observando os discursos ouvidos, destacam-se grande preocupação com os rumos da investigação, com o acompanhamento dos filhos das vítimas, e quando o agressor é conhecido fica o receio de ameaças.

Desses casos, observamos que as 06 famílias só apresentaram preocupações com as crianças e adolescentes, ficando os adultos (mães, pais, irmãs, irmãos das vítimas) focados na busca por justiça ou por cuidados para com os filhos/as das vítimas (netos e sobrinhos dos assistidos em maioria). Além da ausência da pessoa morta, fica o desafio de reorganizar a vida, diante da nova rotina estabelecida, sobretudo quando passam a cuidar dos filhos de quem morreu, e seguir com trâmite da investigação, da busca por pensão e regularização da guarda das crianças/ adolescentes. Esses filhos acabam por perder a figura de referência materna, o convívio em seus territórios e seus irmãos, visto que eles foram assumidos por diferentes membros da família que passam a arcar financeiramente e se responsabilizar com suas criações - em um dos casos, com a morte da mãe, seus 3 filhos passaram a ser criados em estados diferentes (2 ficam no Ceará, com as avós maternas e paternas e um outro é levado para Bahia para os cuidados da avó paterna).

Do ponto de vista de demandas de saúde mental, nos 6 casos foram apresentadas repercussões significativas no que diz respeito às mudanças das rotinas de sono (insônia), dificuldade de seguir com atividades cotidianas e episódios de choro compulsivo ao entrar em contato com as memórias e a perda das mulheres mortas. Foi comum como sintoma

apresentado por crianças e adolescentes, sentimento de raiva e agressividade, pesadelos e fixação com o episódio de violência (passaram a descrever as violências ou narrarem de histórias em que violências do tipo acontecem nas suas brincadeiras e contação de história). Também registraram episódios de isolamento social, automutilação e dificuldade de aprendizado na escola.

Esses sintomas não são incomuns após exposição a eventos traumáticos. Os estudos em torno do Transtorno de Estresse Pós-Traumático têm evidenciado o quanto a experiência direta ou o testemunho/ conhecimento de um evento ameaçador à integridade pessoal. Sintomas como revivência persistente, hipervigilância, episódios de pânico, dificuldade de concentração, insônia, dores de cabeça são outras alterações metabólicas e comportamentais associadas à exposição contínua à violência ou a situações que representem ameaças reais à vida (APA, 2002; XIMENES; ASSIS; PIRES; AVANCI, 2013).

Em especial, quando analisado a gravidade da TEPT em diferentes faixas etárias, estão entre crianças e adolescentes as maiores preocupações, visto que existe uma falsa tendência de questionar o quanto seria possível assimilação do ocorrido, fato que pode contribuir para certa negligência quanto o acolhimento e escuta do sofrimento diante do trauma e perda. Crianças e adolescentes podem se sentir confusos, tristes ou “congelados” durante a exposição do evento traumático e apresentarem culpa e vergonha, justamente diante da dificuldade em expressar os sentimentos, por terem menos estratégias desenvolvidas para lidarem com situações difíceis, incluindo a busca por apoio social, quando comparadas com adultos (XIMENES; ASSIS; PIRES; AVANCI, 2013).

Mesmo os números de feminicídios estarem em crescimento, também percebemos um aumento de fontes de apoio institucionais e/ou informais às famílias das vítimas. Antes de chegarem à Rede Acolhe já passaram pela Casa da Mulher Brasileira, DEAM e até mesmo em outros órgãos da Defensoria. Muitas dessas famílias iniciaram acompanhamentos para os filhos das vítimas em ambulatórios hospitalares e CAPSia. Contudo, identificamos um gargalo no acompanhamento com os CAPSia, pois além de os serviços estarem sobrecarregados por só existirem 2 equipamentos do tipo em Fortaleza, sabemos que a prioridade dos atendimentos são casos de sofrimentos psíquicos graves e persistentes, e

muitas desde crianças não estão em crise/ surto, tendo necessidade de acolhimento para elaboração de sua dor.

Nesses casos, nos vemos com dificuldade na efetivação dos fluxos de atendimento. O que comumente fazemos são encaminhamentos para as clínicas escolas das Faculdades e Universidades e UBS dos territórios. Como pontos positivos, são as possibilidades de acolhimento, de escuta e triagem nesses espaços. Mas como negativos, destacamos principalmente a dificuldade de garantir certa prioridade desses atendimentos nos fluxos dos serviços.

Em relação às tentativas de feminicídio, atendemos 1 família em 2022, desdobrando-se em 3 pessoas atendidas a partir desse fato violento. 2 famílias atendidas em 2021 seguiram em acompanhamento diante das tentativas de feminicídio em 2022. Assim, acompanhamos 10 pessoas que sofreram repercussão do fato violência - 3 vítimas e 7 familiares. Quanto a identidade de gênero, há Homem Cis (6) e Mulher Cis (5); quanto a faixa etária, há pessoas com idades 0 e 11 anos (02), 12 a 17 anos (02), 18 a 29 (02), 30 a 39 (02), 40 a 49 (00), 50 a 59 (01) e não informado (01); quanto ao grau de parentesco, as demandas partiam da vítima (03), filho ou filha (07).

No discurso, a principal preocupação é com o risco de concretização do ato em uma nova tentativa de feminicídio. O fato de terem vivido uma tentativa de assassinato é profundamente desorganizadora, pois a experimentação da passagem ao ato de uma ameaça amplia o medo e a dificuldade de restabelecimento das novas rotinas diante da insegurança que a violência provoca.

As demandas de saúde mental apresentadas pela vítima e seus familiares foram um profundo medo de sair de casa, sobretudo quando desacompanhadas, a dificuldade de desempenhar suas atividades cotidianas (cuidado consigo, com suas casas, trabalho e rotina pessoais e familiares). Ainda aparentam fixação diante das cenas de violência, fazendo relatos detalhados do ocorrido, evidenciando sofrimento psíquico intenso.

Decorrente disso, também se queixam de alteração do sono (insônia), ansiedade, discurso persecutório e insegurança de circulação pela cidade. As pessoas sofrem com a dificuldade de vinculação e de estabelecimento de segurança em suas relações, relatam baixa autoestima diante das marcas da violência – um exemplo disso é a situação de um dos filhos

da vítima que ao proteger a mãe acabou por ser esfaqueado no rosto, a cicatriz que ficou faz com que ele evite circular por espaços públicos, tendo dificuldade também em estabelecer relações afetivas.

Nem toda experiência traumática necessariamente fará com que as vítimas desenvolvam o TEPT, visto que cada sujeito se adapta de modo singular ao vivido, contudo, o modo como os desdobramentos do evento traumático impacta na organização de suas vidas e são rememorados com intensidade demandam preocupação. Também percebemos nos membros desta família a presença de reações físicas e emocionais intensas, mesmo diante do afastamento temporal do fato (XIMENES *et al* 2013).

Sobre os encaminhamentos: membros das famílias foram encaminhamento para Clínicas-escola de Faculdades e Universidades, mas há demora no início dos acompanhamentos. Somada à restrição de possibilidades terapêuticas integrais, esse é mais um fator que interfere na continuidade dos processos terapêuticos, pois é custoso aceitar o encaminhamento e a espera para o início dos atendimentos desmobiliza-os diante da dor e desorganização que o trauma produz. Se como positivo, percebemos que a partir dos acompanhamentos há um primeiro acolhimento e escuta, como negativa está essa demora e o pouco debate com as equipes de referência para a continuidade do acompanhamento dos casos. Positivos: foram acolhidos e ouvidos nos serviços inicialmente.

3.3. Homicídios

A violência, sobretudo a que deságua nos absurdos números de mortes no Brasil, é um dos problemas mais latentes na realidade brasileira na atualidade, podendo se fazer notada de diversas formas. Em todo o país os números de homicídios são alarmantes e escancaram um cenário que impõe na ordem do dia as causas e os efeitos de tantas mortes violentas e letais. Educação, Saúde, Lazer, Acesso à justiça, condições seguras e dignas de trabalho podem ser considerados direitos que tendem a aproximar ou distanciar a sociedade da dura realidade que envolve os homicídios no país. Ao passo que se acessa direitos básicos se distancia do cenário calamitoso de aumento de mortes no país. À medida que se negligencia os direitos sociais se aproximam da horrenda estatística de país que percebe na morte,

sobretudo na morte violenta e letal, a saída para a resolução de conflitos cotidianos - seja na consumação do fato violento que termina na morte numa ação policial desordenada e cruel, seja na disputa territorial por organizações armadas ligadas ao tráfico de drogas e armas, não sendo essas as únicas razões pelas quais acontecem homicídios no país.

No Brasil, os homicídios representam as maiores taxas de óbito entre as causas externas ao indivíduo (OLIVEIRA; SANTIAGO; NUNES *et al* 2022*)* ocupando também o protagonismo entre os crimes mais cometidos. No Ceará, no ano de 2022, foram registradas 2970 vítimas de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) e no ano em vigência, até o dia 11 de abril, foram contabilizadas 785 vítimas deste tipo de crimes, assim expressa o Monitoramento dos homicídios - Cada Vida Importa.

Em 2022 a rede acolhe atendeu 29 casos de homicídios, incluindo aqui alguns casos de violência institucional que desaguaram em mortes ou casos de ameaça que tiveram consumação no fato violento, deste modo poderão não estar incluídos neste tópico, mas não deixou de estar neste relatório, pois se enquadrou, também, em outro.

Dos 29 casos atendidos 11 casos demandaram questões de saúde mental pois após o fato violento iniciaram com problemas pra dormir, ideações suicidas, ansiedade e tristeza profunda ao mesmo passo que o fato violento atravessou mães e pais das vítimas tocaram de forma direta ou indireta, 87 pessoas entre coabitantes da mesma moradia e/ou familiares. A maioria das atendidas eram as mães das vítimas, e em segundo lugar os pais. Dos 11 casos, 7 já eram encaminhados pela rede psicossocial do Município e do Estado.

Na Rede Acolhe, entre 2018 e 2022, 198 homicídios ganharam atenção jurídica e psicossocial através do acesso à justiça para os assistidos enlutados por conta de suas perdas, mas também atendimento psicossocial que se preocupou em compreender cada situação em sua totalidade, desprendendo, ética e politicamente, esforços para acessar as demandas postas aos familiares a partir da violência sofrida, bem como as que já existiam no contexto de vida dos assistidos e que foram negativamente potencializadores do fatídico acontecimento.

No ano de 2018, a equipe da Rede Acolhe acompanhou 5 casos de homicídios que desaguaram na afetação de no mínimo 18 pessoas pós fato violento. Desses casos, 3 retornaram com demandas de saúde mental em 2022, alegando insônia, tristeza e indisposição. Em 2019 também foram atendidos 5 casos de homicídios, onde nenhum dos

casos retornou em 2022 com demandas de saúde mental. Neste ano em específico todos os casos envolveram no mínimo 16 pessoas que entre assistidos e familiares demandaram acompanhamentos psicológicos que na maioria das vezes resultaram em contato com os CAPS mais próximos de seus territórios.

No ano de 2020, 4 casos de homicídio chegaram até a Rede Acolhe. 3 desses casos demandaram questões de saúde mental no ano em questão, apontando diferentes fatores como ideação suicida, insônia e falta de apetite. Nestes casos o acompanhamento em rede foi articulado e não houveram outras demandas que se estenderam até o ano de 2022. No ano de 2021 também 4 casos foram acolhidos pela equipe psicossocial e jurídica da Rede Acolhe, tendo como diálogo mais contínuos equipamentos da saúde básica e CAPS (AD e Geral). 13 pessoas, entre coabitantes da mesma casa e familiares foram afetados por esses homicídios, dentre estes contabiliza-se 1 latrocínio.

3.4. Tentativa de Homicídio e Lesão Corporal

Com a Resolução de 204/2022 da Defensoria Pública, a Rede Acolhe presta assistência a familiares de vítimas e vítimas sobreviventes de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLIS), acolhendo também vítimas de crimes graves contra a pessoa e ameaçados de morte. Esses são crimes contra integridade física e liberdade, envolvendo ameaças, constrangimento ilegal, lesão corporal e tortura. Mesmo não concretizando o homicídio, estamos falando de crimes com forte potencial de desorganização psíquica e da vida, deixando sequelas graves para quem a eles são expostos (DPGE-CE, 2022).

De acordo com nosso código penal, dentre as expressões destes crimes graves contra a pessoa, estão a lesão corporal e a tentativa de homicídio. O que os diferencia é que na lesão corporal a intenção do agressor é ferir a vítima e na tentativa de homicídio o agressor tenta matar a vítima, mas não consegue. Estaria na intenção de quem agride o elemento diferenciador principal. Em 2022, a Rede Acolhe acompanhou 05 casos de lesão corporal grave, que repercutiram na vida de 20 pessoas das diretamente - 04 casos de 2022, e 01 que retorna de atendimento iniciado em 2021. E casos de tentativa de homicídio foram 03, tendo

tido desdobramentos para 08 membros destas famílias - tendo sido 02 originários de 2022 e 01 que retorna de caso que acolhemos em 2019.

É preciso destacar que nos casos acompanhados estas violências foram as concretizações de ameaças ou desavenças anteriores diante de conflitos comunitários/ de vizinhança que vinham se desenrolando e intensificando o risco progressivamente. A passagem ao ato os expõe ao aumento da sensação de medo de concretização da morte, implicando em insegurança no desenvolvimento das atividades rotineiras (pessoais e comunitárias), os colocando em uma postura de vigília.

Do ponto de vista de demandas de saúde mental, dos 05 casos de lesão corporal apenas 1 aceitou encaminhamento do campo psicossocial diante das demandas apresentadas e dos de tentativa de homicídio, os 02 apresentaram demandas desta ordem. Percebemos como sintomas comumente apresentados por vítimas e familiares: Dificuldade de restabelecer atividades cotidianas, havendo uma tendência de crescimento do tempo dentro de casa ou de busca por mudanças de territórios; Insegurança de circulação pelas áreas abertas da casa e pelo território; intenso medo de concretização do ato, o que se expressa em sensação persecutória e dificuldade de dormir. Outro elemento que agrava a situação é saber quem são diretamente os agressores e conviverem com eles na vida comunitária, visto que muitos seguem em liberdade.

Quanto mais grave as consequências das violências sofridas, maiores as implicações nas dinâmicas famílias, demandando reorganização de suas vidas para assumir cuidado com as vítimas. Nesses casos, além dos sintomas emocionais, estamos falando de pessoas que tiveram sequelas físicas também graves diante dos ferimentos da agressão sofrida. Em um dos casos acompanhados, ouvimos relatos de filhas que precisaram mudar para residências dos pais, visto que o pai idoso sofre a violência e a esposa, também idosa, não tem condições de fazer os curativos e asseios necessários. Tal situação implica na dificuldade de administrar o cuidado das filhas da cuidadora, que passa a ser acusada de negligência por precisar ficar mais tempo dedicada à recuperação do pai. O medo de perder o pai a afasta da rotina do cuidado com as filhas e vemos os cuidadores sobrecarregados e esgotados, pois esse cuidado é feito em clima de medo da concretização da morte.

É explícito o quanto tal condição implica na produção de saúde mental, visto que acabam por ficarem mais isolados do convívio social comunitário, minando inclusive buscar por seus cuidados psíquicos. Diante da fragilidade das relações e do medo de circular pelo território, as buscas por cuidado restringem-se nos casos em que há sequelas das violências sofridas. As famílias e vítimas chegam interessadas em orientações e encaminhamentos jurídicos com o processo prioritariamente, pouco verbalizando interesse de demandas psicossociais (exceto quando necessitam de orientação sobre as políticas de assistência para busca de benefícios de renda).

3.5. Violência Institucional

A violência institucional é um dos principais desafios da segurança pública brasileira, com raízes fincadas no racismo, o extermínio da juventude negra e pobre cumpre o papel da manutenção de um status quo de uma sociedade regida pela necropolítica. Segundo Mbembe (2017, p. 108) "exercer a soberania é exercer o controle sobre a mortalidade e definir a vida como uma realização e manifestação do poder" (p. 108). Assim, os regimes políticos definem quem pode e quem não pode viver, obedecendo ao esquema de fazer morrer e deixar viver como uma nova forma de controle.

De acordo com o relatório Cada Vida Importa - Edição especial novembro de 2022, entre os anos de 2013 e 2021, ocorreu um aumento de 187,81% no número de homicídios cometidos por policiais no Ceará. Quando pegamos o recorte do ano de 2022, verificamos que até o mês de outubro de 2022 foram contabilizados 129 homicídios por intervenção policial no estado do Ceará. (MADEIRA, 2022)

Apesar de um número tão alto, a Rede Acolhe, enquanto programa de vítimas de violência conseguiu chegar a cerca de 10% dos familiares dessas vítimas. Um número ainda subnotificado. Isto ocorre porque o medo, além da descredibilidade no Estado, faz com que essas vítimas tenham receio de procurar por justiça. Assim, em 2022, a rede acolhe atendeu 18 núcleos familiares, entre homicídios, tentativa de homicídio e lesão corporal, ocasionado por ação direta do estado, via violência policial. Quando analisamos individualmente cada

membro dos núcleos familiares, o número de pessoas afetadas por esse tipo de violência fica em 56 pessoas.

A busca por justiça é a principal demanda dos familiares que procuram a Rede Acolhe, afinal o *"O estado me tirou o direito de formar meu filho"*. Essa não é somente a fala de uma mãe, mas é o retrato do sentimento comum dos familiares que são vítimas da violência por intervenção policial. O sentimento de injustiça, atrelado a morosidade do sistema judiciário, aprofunda o adoecimento psíquico dessas famílias e, por vezes, essa situação fica negligenciada, pois a vida se resume a vivência em delegacias e tribunais e buscar cotidianamente como anda o processo, pois é preciso provar que aquele jovem não era bandido e não merecida morrer.

Este fato é corroborado quando observamos que 08 núcleos familiares não desejaram encaminhamentos para a rede de Saúde mental, pois optaram por priorizar o atendimento jurídico e o processo de investigação criminal, a fim de buscar a responsabilização dos agentes policiais.

Quando analisamos as questões graves de saúde mental observamos que a ideação suicida, nas etapas de planejamento e execução, é bem forte. E, em pelo menos três núcleos familiares, ela aconteceu. Nessas situações graves, encontramos dificuldades de encaminhamento para resolução da questão. Nossas orientações são procurar as Unidades de Pronto Atendimento - UPAS ou a emergência de saúde mental do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM. Porém, os relatos das famílias são de que, geralmente, as UPAS costumam direcionar para o HSM, o que afasta a vinculação desses familiares ao cuidado em saúde, devido ao estigma vinculado ao viés manicomial desse hospital.

Quanto aos encaminhamentos aos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS a dificuldade aumenta, uma vez que, por serem de portas abertas, esses equipamentos não apresentam abertura para um encaminhamento articulado junto com a equipe psicossocial. Somente em um dos casos foi possível, devido a gravidade da demanda que tratava de ideação suicida persistente com tentativas sucessivas, porém o atendimento com o psiquiatra foi remarcado algumas vezes devido à ausência desse profissional no equipamento.

Outro ponto analisado, trata-se das demandas de assistidos que já possuíam uma questão de uso abusivo de álcool e outras drogas, observa-se que há um aprofundamento

dessa questão. Este fato foi observado em dois núcleos familiares, onde foram fortalecidos os encaminhamentos para os CAPS AD. Apesar da prioridade do cuidado em saúde mental ser dentro do território, alguns familiares recorrem às comunidades terapêuticas para internação. Verificamos que um dos grandes desafios está na designação de leitos em hospitais gerais para desintoxicação, como prevê a Lei 10.216/2001.

Cabe salientar que observamos uma omissão do estado nos casos que envolvem vítimas de violência institucional, o principal parceiro da Rede Acolhe para o acolhimento dessas pessoas é o Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV que presta atendimento e auxílio, através pagamento de profissionais particulares (Psicólogos e Psiquiatras). Desta forma, podemos afirmar que apenas 10% conseguem acessar os cuidados em Saúde Mental ofertados pelo SUS, ainda assim de forma muito precária, sem consultas regulares de psiquiatras e nenhum núcleo familiar sendo acompanhados por psicólogos dentro do que estabelece a RAPS.

Assim, o Estado não só tirou o direito dessas mulheres de criarem seus filhos, mas condena a ela e a toda sua rede familiar ao adoecimento psíquico e a outras formas de morrer diariamente, mais uma vez, exercendo a necropolítica.

4. RECOMENDAÇÕES

O acolhimento e encaminhamento para espaços de cuidado em busca de suporte em períodos próximos ao evento traumático é central para a qualidade da saúde mental e o impedimento de agravamento/ intensificação do sofrimento psíquico de quem vivencia direta ou indiretamente situações de violência. Pensando nisso, apontamos como recomendações:

(1) Promover formações periódicas aos profissionais do SUS, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, acerca dos elementos que caracterizam a violência

urbana e os crimes violentos letais intencionais para que compreendam a violência como um fator Determinante Social de Saúde[3] (DSS);

(2) Promover formações periódicas aos profissionais do SUS, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, acerca dos elementos que caracterizam uma ameaça de morte a fim de fortalecer a compreensão que a garantia da proteção e segurança à vida passa pelo cuidado em saúde em mental, sobretudo os que demandam atendimento emergencial;

(3) Ampliar as práticas de Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária de Saúde - APS a fim de priorizar o cuidado o mais próximo possível da moradia das famílias vítimas de violência, resgatando as orientações da Reforma Psiquiátrica brasileira acerca dos cuidados em saúde mental no território do usuário da política, bem como, por compreender que os deslocamentos pela cidade podem contribuir para dificultar o acesso aos serviços e equipamentos públicos;

(4) Compreender que as territorialidades estabelecidas na cidade, por vezes, não coincidem com as demarcações e limites oficiais dos bairros e das cidades, assim como das regionais executivas ou regiões de saúde, e que, portanto, os profissionais precisam estar atentos à necessidade de realocamento de uma família para atendimento em uma US diferente da sua de origem;

(5) Criar espaços de atendimento especializado para vítimas de violência, como ambulatórios, nos três níveis de atenção à saúde;

(6) Estabelecer fluxos de atendimento psicológico prioritário paras as vítimas e familiares de vítimas de violência nas Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS;

(7) Realizar o acompanhamento com equipes semelhantes às que compunham os Núcleos de Apoio à Saúde Família - NASF, com o objetivo de corresponsabilizar as equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF dentro das Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, bem como realização de matriciamento com as equipes de Saúde

3 Importante destacar que a concepção de Determinante Social de Saúde, aqui descrita, está de acordo com o que designa a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Assim, entende-se que os DSS estão vinculados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, bem como as questões que permeiam o território e as situações de violência, que influenciam na ocorrência e no aprofundamento de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007).

Mental - SM, da atenção secundária, fortalecendo, assim, o serviço comunitário de base territorial;

(8) Ofertar cuidados que estão designados nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)[4], dentro do SUS, para vítimas sobreviventes e familiares de vítimas envolvidas na busca por justiça, como forma de acolher e mobilizar a busca de cuidados que são particulares;

(9) Criar espaços coletivos de apoio e psicoeducação e promoção da saúde para vítimas sobreviventes e familiares de vítimas envolvidas na busca por justiça;

(10) Estabelecer fluxos de atendimento psicológico e psiquiátrico prioritários para as vítimas de ameaça de morte, lesão corporal grave, violência policial, tentativa de feminicídio e tentativa de homicídio, assim como dos familiares dessas vítimas que, em sua maioria, presenciaram o fato violento em UAPS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, Hospitais especializados para atendimento em Saúde Mental e Hospitais Gerais;

(11) Estabelecer fluxos de atendimento psicológico e psiquiátrico prioritário para crianças e adolescentes sobreviventes, sobretudo para os órfãos do feminicídio, UAPS, CAPS Infantil, Hospitais especializados para atendimento em Saúde Mental e Hospitais Gerais;

(12) Ampliar atendimentos de saúde mental em hospital geral, assim como o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave, que possam necessitar de internação, bem como os com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

(13) Estabelecer fluxos de atendimento em saúde mental em Hospitais Gerais e Hospitais Especializados em Saúde Mental para as pessoas ameaçadas de morte, de forma a garantir o acesso à saúde e a proteção e segurança à vida;

4 As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) estão fundamentadas dentro do SUS, a partir da portaria n° 702/2018, e tem por definição a utilização de recursos terapêuticos que procura promover a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, alinhadas a escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

(14) Ofertar cuidados em saúde, nos três níveis de atenção à saúde, de forma multidisciplinar e interdisciplinar, que contribuam para a reabilitação das sequelas da violência.

(15) Priorizar atendimento domiciliar quando vítimas e familiares demonstram insegurança de circulação no território.

(16) Ofertar espaços para internação não manicomial e provisória para pessoas vítimas de ameaças de morte, tendo equipes que possam cooperar tecnicamente com programas de proteção e portas de entrada para a construção de projetos de proteção integral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões aqui colocadas são fruto de inquietações cotidianas das escutas e das buscas por construção de ações integradas de proteção, refletindo um pouco os fluxos e parcerias que temos buscado fortalecer e as invenções que precisam ser produzidas diante do inédito que tais situações apresentam para nós. Por vezes, esse exercício é feito de modo solitário, visto que muitas instituições e profissionais ainda são poucos sensíveis às especificidades do atendimento à vítimas e familiares de violência - sendo prioritária a contribuição com a formação da rede que atua na atenção psicossocial.

Destacamos que cada tipo de violência de modo bastante singular demandará encaminhamentos específicos considerando as faixas etárias, o gênero, as territorialidades e a extensão dos efeitos das violências sofridas. Nos casos em que há mortes (homicídio e feminicídio, por exemplo), ficam os desafios diante desdobramentos jurídicos, econômicos e de reconfigurações dos núcleos familiares diante da perda. Nos de tentativas de homicídio, feminicídio e lesões graves, soma-se pensar um fluxo de atendimento em saúde para a convivência com as lesões e sequelas das violências sofridas. Nos de tortura em instituições e violência policial, a contraditória necessidade performar um Estado que acolhe e garante efetivação de justiça diante de um braço do Estado que violenta. Nos de ameaças de morte, que é a bandeira vermelha/ emergencial da atenção que ofertamos, fica o desafio de articular

proteção integral em meio à necessidade urgentes de afastamento da vida cotidiana e tudo que isso implica. Em todos os casos, o sofrimento psíquico diante das perdas e seus atravessamentos na elaboração/ impedimento de viver os processos de luto.

Que essas reuniões e problemáticas apresentadas sejam mais um passo para o acolhimento e reparação que as pessoas e famílias de vítimas de violência tanto necessitam.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, B. D. **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022** / ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) – Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Série A: Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n.27.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). **O mundo social da criança**: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CAVALCANTE, A. J. L.; NEGREIROS, D. J.. GÓIS, J. S. ; ALTAMIRANO, T. H. **Caminhos de cuidado em rede**: a tríade de atenção às famílias vítimas de homicídios. Fortaleza: Instituto OCA, 2019.

COSTA, Daniella Harth da, Njaine, Kathie e Schenker, Miriam. Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 9

DELGADO, P. G. G. **Violência e saúde mental**: os termos do debate. O social em questão, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012.

DPGE-CE, Defensoria Pública do Estado do Ceará. Rede Acolhe amplia o perfil do público. **DPGE**, Notícias, 06 jul. 2022. Acesso em: Abr. 2023. Disponível em: https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/rede-acolhe-amplia-o-perfil-do-publico-e-territorios/

FBSP, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Visível e Invisível**: A Vitimização de Mulheres no Brasil. BUENO, S; MARTINS, J. BRANDÃO, J.; SOBRAL, I.; LAGRECA, A. (Orgs), - 4ª edição, 2023.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares (Org.). **Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. São Luís: EDUFMA, 2018.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. V**iolência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?** Fractal, Rev. Psicol., v.29 – n. 1., p. 17-23, 2017.

G1; *et. al*. Brasil bate recorde de feminicídio em 2022, com uma mulher morta a cada 6 horas: número de vítima cresceu 5% no último ano, mostra levantamento exclusivo do Monitor da Violência. Foram 1,4 mil mortes motivadas pelo gênero. Alta de casos vai na contramão dos assassinatos, que tiveram queda de 1% em 2022. **G1,** Monitor da Violência, 08 mar. 2023. Acesso em: Mar. 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2023/03/08/brasil-bate-recorde-de-feminicidios-em-2022-com-uma-mulher-morta-a-cada-6-horas.ghtml

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra y salud mental. ***Estudios Centroamericanos***, *39(429-30)*,503-514, 1984.

_____. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia** (Natal) [online]. 1997, v. 2, n. 1, pp. 7-27.

XIMENES, L. F., ASSIS, S. G., PIRES, T. O. & AVANCI, J. Q. Violência Comunitária e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças e Adolescentes. **Psicologia**: Reflexão e Crítica, 26(3), 443-450, 2013.