



MÓDULO04

AS PRINCIPAIS DOENÇAS E AGRAVOS
EM SAÚDE NÃO TRANSMISSÍVEIS NO
SISTEMA PRISIONAL

AULA03

SAÚDE MENTAL





SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVO DA AULA	3
O QUE É SAÚDE MENTAL?	3
DEPRESSÃO	7
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	9
ESQUIZOFRENIA	11
TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE ÂLCOOL E OUTRAS DROGAS	12
SUICÍDIO	15
COMO O SOFRIMENTO MENTAL AFETA A ROTINA DA UNIDADE PRISIONAL?	20
CONCLUINDO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
FICHA TÉCNICA	27

INTRODUÇÃO

Neste momento, estudaremos a respeito da saúde mental e do sofrimento mental. Além disso, falaremos sobre o suicídio, tema que deve ser cada vez mais abordado no sistema prisional, em face do número crescente de casos de suicídio, não só entre as pessoas privadas de liberdade, mas também entre os servidores.

OBJETIVO DA AULA

Ao fim desta aula, esperamos que você seja capaz de entender alguns aspectos relacionados a características, cuidado, prevenção e complicações relativos ao sofrimento mental identificados na população e como eles afetam a rotina da unidade prisional.

O QUE É SAÚDE MENTAL?

Você deve se recordar de uma propaganda cujo *slogan* lançava no ar uma pergunta bem interessante: “o que faz você feliz?”. Será que você seria capaz de fazer uma lista das coisas que o fazem feliz? Por que felicidade e bem-estar passaram a ser temas importantes para a humanidade? Como ambas se relacionam ao tema da nossa aula?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que saúde mental se refere a um bem-estar no qual a pessoa é capaz de usar suas próprias habilidades para lidar com o estresse rotineiro e conseguir trabalhar de forma produtiva. Assim, ela se encontra apta a contribuir para a sua comunidade.

Como sabemos, o ser humano é, antes de tudo, um ser social. O desenvolvimento humano é fortemente determinado pelas relações, com destaque para o desenvolvimento na infância. Dessa forma, não são apenas as capacidades individuais que possibilitam que a pessoa possa contribuir com a comunidade. Nossa interação com o mundo, com os outros, é determinante para desenvolvermos essas habilidades. Assim, a saúde mental pode ser fortalecida ou fragilizada nas relações sociais.



Observe que a OMS, em nenhum momento, fala da ausência de problemas, mas sim na forma como nós lidamos com situações adversas no nosso dia a dia. Aqui é preciso notar, ainda, que a história de vida de muitas pessoas é permeada por situações de negligência, racismo, violência, miséria, entre outras. Todas essas circunstâncias sociais comprometem o desenvolvimento, o amadurecimento, a capacidade de lidar com os desafios da vida cotidiana. Em contrapartida, uma infância protegida, a garantia de direitos básicos, renda, habitação adequada, educação, entre outros, são fatores que fortalecem a saúde mental.

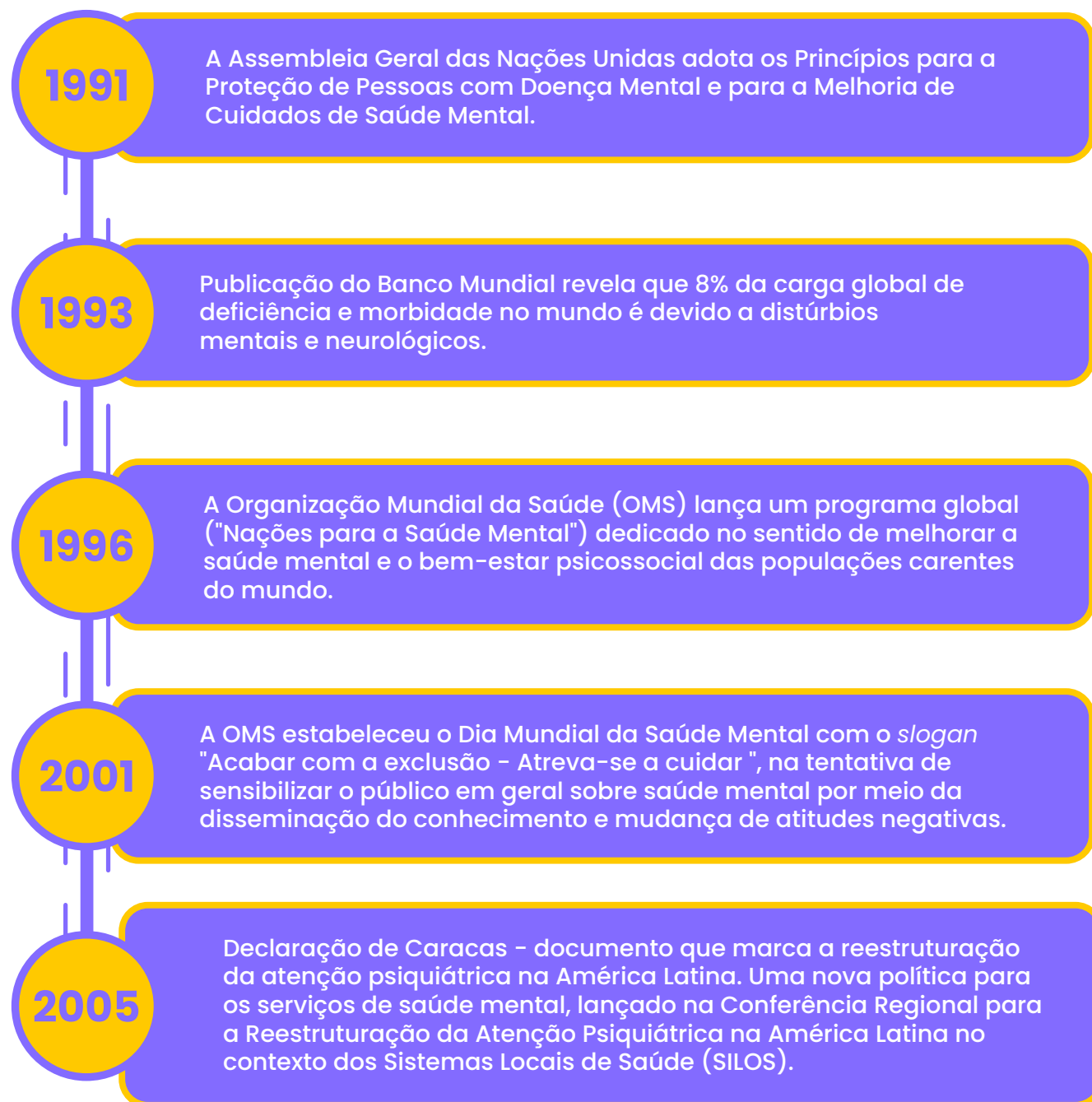
Considerando as questões trazidas, é muito provável que, em determinadas fases da vida, algumas pessoas percebam uma inabilidade em lidar com certas situações e passem a vivenciar um desequilíbrio na sua saúde mental. A seguir, destacamos algumas vivências que podem servir como “gatilhos” para início de um problema/transtorno mental:

- entrada na escola (início dos estudos);
- adolescência;
- separação dos pais;
- conflitos familiares;
- dificuldades financeiras;
- menopausa;
- envelhecimento;
- doenças crônicas;
- divórcio;
- perda de entes queridos;
- desemprego;
- fatores genéticos;
- atores infecciosos;
- traumas.



É comum que as pessoas que apresentem sofrimento mental, inclusive aqueles relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sejam, muitas vezes, incompreendidas, julgadas, excluídas e até mesmo marginalizadas, devido a falsos conceitos ou preconceitos. Esses mitos, aliados à discriminação, aumentam os sintomas do problema e, em muitas ocasiões, podem levar ao suicídio. Mesmo nos casos mais graves, é possível controlar e reduzir o sofrimento por meio de medidas de reabilitação e tratamentos específicos. Semelhantemente a qualquer agravamento, a recuperação e o controle de transtornos mentais são mais efetivos e rápidos quanto mais precocemente o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento forem iniciados.

Questões relacionadas ao entendimento e ao cuidado sobre saúde mental vêm sendo elaboradas, há décadas, em todo o mundo. Observe alguns marcos históricos globais quanto ao reconhecimento da necessidade de um olhar diferencial para a saúde mental:



Dados de 2017 indicam que 1 em cada 7 pessoas em todo o mundo (11% a 18%) possuem algum sofrimento mental ou sofrimento relacionado ao uso de substâncias. No entanto, o maior número de pessoas tem o diagnóstico de transtorno de ansiedade. Em termos globais, isso representa quase um bilhão de pessoas. Os dados apontam a necessidade de investimentos em pesquisas e políticas na área de saúde mental com destaque para as populações mais vulneráveis, como as pessoas presas e os trabalhadores da segurança pública, os quais estão mais expostos a fatores de risco, como o estresse.

No Brasil, mudanças em relação às políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental foram observadas, principalmente ao longo das últimas décadas. Historicamente, as pessoas em sofrimento mental eram isoladas em grandes instituições psiquiátricas, que lucravam com o elevado número de internações e a baixa qualidade do cuidado ofertado. As pessoas internadas perdiam os vínculos sociais, sofriam graves violações e recebiam tratamento desumano. As condições de trabalho também eram muito precárias.



Semelhantemente aos demais países, o isolamento de pessoas com sofrimento mental em colônias e manicômios e o uso de práticas terapêuticas inapropriadas e graves violações da integridade física e emocional foram proibidos após a promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001). Essa lei resultou de um vigoroso movimento social iniciado em meados dos anos 1970, por profissionais da área, que lutavam pela melhoria das condições de trabalho e oferta de cuidado.

No final dos anos 1980, o Movimento Social da Luta Antimanicomial já contava com a participação de usuários, profissionais de saúde e familiares unidos por uma sociedade sem manicômios. O processo impulsionou a reorientação da assistência em saúde mental no Brasil, chamada de reforma psiquiátrica. Alinhada com a OMS, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) trouxe como tema “Cuidar sim, excluir não”. Muito ainda se tem para avançar. Profissionais, usuários e familiares seguem enfrentando cotidianamente o desafio do estigma e do preconceito, bem como o da oferta de um cuidado efetivo e adequado.

DEPRESSÃO

Em dados de um estudo recente, realizado por Costa e colaboradores, do qual participaram 643 pessoas privadas de liberdade, observou-se que cerca de 130 pessoas, do total de participantes, apresentavam sintomas de depressão. Os dados também indicaram que a maior probabilidade de desenvolvimento desse transtorno ocorre em mulheres e em indivíduos com o diagnóstico prévio da doença.



Em relação ao sistema prisional, não se tem dados nacionais sobre o número de pessoas privadas de liberdade e servidores com depressão. Um estudo realizado com a população privada de liberdade do Rio de Janeiro apontou sintomas depressivos moderado e grave entre 31,1% dos homens e 47,1% das mulheres pesquisados. Entre os servidores, em um diagnóstico realizado pelo Sindicato dos Agentes Penitenciários do Paraná, 46,2% dos entrevistados afirmaram ter doenças diagnosticadas, e as que mais apareceram foram pressão alta, depressão, ansiedade, estresse, obesidade, insônia e problemas para dormir.

O que caracteriza a depressão?

A depressão é uma doença complexa que afeta, predominantemente, o humor. Acomete a pessoa em sua totalidade, provocando grande sensação de desconforto e sofrimento. As pessoas com depressão não conseguem desfrutar dos prazeres normais da vida por experimentarem sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda ou irritação, desamparo e pessimismo exagerado.

Outras características observadas:

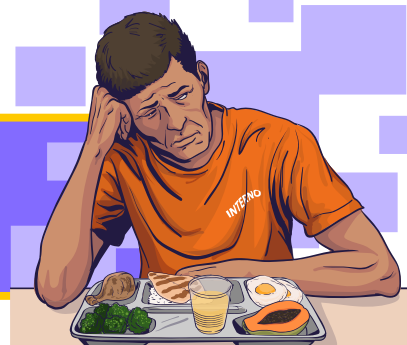
Dificuldade na fluidez e organização das ideias, que se reflete no baixo desempenho cognitivo de memória, concentração e raciocínio. A pessoa não consegue, por exemplo, realizar contas. A doença distorce negativamente a maneira habitual como a pessoa interpreta os acontecimentos passados, presentes e futuros. Esse julgamento enviesado da realidade produz pensamento de culpa, pessimismo, autoacusação, morte, incurabilidade, entre outros, que geralmente são conteúdos muito dolorosos.





Cansaço, fadiga, agitação ou lentificação geral, insônia ou sono excessivo, perda ou ganho de peso e diminuição dos interesses.

Os estímulos são percebidos com menos intensidade, o colorido se perde, a comida parece não ter gosto, os cheiros são pouco percebidos.



Dificuldade de modificar o estado de tristeza, independentemente de fatores externos, mesmo os positivos. Desleixo e descuido com a aparência e os cuidados pessoais, além de deixar de cuidar da organização da casa ou do local onde trabalha.

IMPORTANTE!

O sintoma mais grave e preocupante da depressão é a ideação suicida, que será discutida posteriormente. A pessoa deseja morrer para obter alívio de seu sofrimento, sendo um reflexo de sua visão pessimista em relação ao futuro.

Depressão é a mesma coisa que tristeza?

Hoje em dia, é muito comum as pessoas comentarem umas com as outras que se encontram deprimidas ou “meio deprê” sempre que vivenciam uma situação brusca, como demissão, término de um relacionamento ou perda de um ente querido. Claro que esses motivos podem nos deixar tristes. Mas como saber diferenciar a tristeza da depressão?

O **diagnóstico** da depressão somente pode ser feito após uma avaliação médica. O seu tratamento inclui uma abordagem farmacológica e acompanhamento psicoterapêutico. Os medicamentos utilizados no tratamento da depressão são conhecidos como antidepressivos. Como mencionado anteriormente, depressão e tristeza têm características distintas. Lembre-se de que a depressão traz prejuízos à vida da pessoa, colocando-a sempre em risco.

Nos casos de pessoas sofrendo de depressão e que recebem prescrição de medicamento antidepressivo, é preciso ficar atento às primeiras três a quatro semanas do início da medicação, pois há um aumento do risco de suicídio. Esse risco aumentado acontece porque a medicação ainda está começando a fazer efeito, e a pessoa começa a ganhar disposição (física), embora ainda esteja em profundo sofrimento mental. Nesse período inicial, a medicação pode proporcionar ao paciente deprimido a energia necessária para concretizar as ideias suicidas preexistentes.

SAIBA MAIS!

Saiba mais sobre a depressão assistindo a este vídeo do canal **Minutos Psíquicos**:

<https://www.youtube.com/watch?v=T2XLwjy65LA>.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Para introduzirmos o transtorno de ansiedade, começaremos discutindo o que é a ansiedade. Leia a tirinha abaixo:



Armandinho por Alexandre Beck – beckilustras@gmail.com

Você percebeu que o garotinho informa ao pai que ele e os animais encontram-se “ansiosos” em relação a uma certa queima de fogos. Quando ela ocorrerá? Não sabemos, mas podemos inferir que deve ser breve. Isso significa que, ainda que não esteja ocorrendo, o garotinho e os animais já expressam um desconforto emocional só em pensar que o evento ocorrerá.

A ansiedade, portanto, pode ser definida como uma sensação inquietante, vaga e confusa, desagradável e de apreensão negativa em relação ao futuro. Até certo ponto, é um estado afetivo normal e útil. Assim, se pensarmos bem, é normal sentirmos uma certa ansiedade em algumas situações do dia a dia, tais como falar em público, na véspera de uma prova ou antes de fazermos uma entrevista para um novo emprego.



Em maior ou menor grau, sentimos o nosso coração mais acelerado, a nossa respiração mais rápida, a sensação de “frio na barriga” e tantas outras.

A mesma sensação desagradável que caracteriza a ansiedade também é sentida no medo. A diferença é que o medo se refere a um objeto ou situação bem definidos que ameaçam o indivíduo.

A ansiedade é uma reação natural do nosso organismo. Ela resulta da ação de uma substância denominada “adrenalina”, a qual é liberada na corrente sanguínea por glândulas específicas, sempre que nos encontramos em uma situação de perigo ou alerta, para que possamos nos preparar para “correr ou lutar”.

Agora, imagine pessoas que constantemente vivenciam com mais frequência e em uma maior intensidade essa mesma sensação diante de situações corriqueiras, tais como pegar um ônibus, ir a um supermercado ou conversar com alguém, lidar com doenças corriqueiras e outras. Elas sofrem o que é conhecido como Transtorno de Ansiedade.

O que é o Transtorno de Ansiedade (TA)?

O transtorno de ansiedade surge quando a ansiedade excede o limite da normalidade, de modo que essa sensação se torna tão intensa e desagradável que impede o funcionamento adequado da pessoa.

Da mesma forma que a depressão, o diagnóstico do TA deve ser feito por um profissional médico, bem como o seu tratamento, que é feito com medicamentos conhecidos como ansiolíticos, vulgo “calmantes”.

No estudo realizado por Costa e colaboradores, a ansiedade generalizada foi relatada por 19,9% dos entrevistados. O histórico de doença mental, o tabagismo e o uso de outras drogas aumentam consideravelmente o risco da doença. Semelhantemente à depressão, ser do sexo feminino num contexto social onde as mulheres vivem em condições existenciais desiguais (menores salários, dupla jornada de trabalho, criação de filhos – muitas vezes sem parceria, exposição a diversos tipos de violências, entre outros) aumenta a vulnerabilidade e o risco para o desenvolvimento de quadros ansiosos.

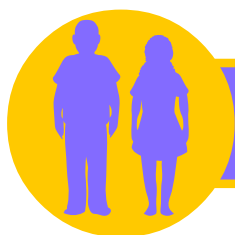
SAIBA MAIS!

Veja mais sobre ansiedade neste vídeo do canal **Minutos Psíquicos**:

<https://www.youtube.com/watch?v=Tv0gJTBmVuc>.

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é a principal condição classificada como transtorno grave e persistente, não só por ter a maior prevalência entre os distúrbios graves em saúde mental (cerca de 1% da população sofre desse transtorno, com prevalência estimada de 15,2 casos de esquizofrenia para cada 100 mil habitantes por ano), mas também por ser estigmatizante, de curso longo e persistente, com períodos de abrandamento e agudização sintomáticos, os famosos “surto”, e pelo grau de sofrimento que provoca no indivíduo.



- Discreta predominância no sexo masculino (1,4 homens para cada mulher diagnosticada com a doença).



- Histórico familiar de esquizofrenia.



- Problemas no período da gravidez, como infecções maternas e desnutrição materna, complicações nos primeiros dias após o nascimento.
- Abuso físico e sexual na infância.

A esquizofrenia possui diagnóstico clínico, ou seja, baseado nos seus principais sinais e sintomas. O seu curso é quase sempre crônico.

SAIBA MAIS!

Assista a alguns vídeos para conhecer mais acerca da esquizofrenia:

<https://www.youtube.com/watch?v=x5-5T7u8L5Y>

<https://www.youtube.com/watch?v=cD6Fjnqlk3M>

TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Corriqueiramente ouvimos falar ou temos um caso em nossa família de pessoas vivenciando problemas com álcool e outras drogas. Também é bastante comum ouvirmos comentários de que há falta de vontade do usuário em deixar o vício.

O que são drogas?

De acordo com a OMS, droga é toda e qualquer substância não produzida pelo organismo que, ao ser ingerida, modifica uma ou mais de suas funções. Sendo assim, um medicamento como a aspirina é considerado uma droga, pois, quando ingerido, causa inibição dos processos de inflamação associados à dor.

Entre as drogas, há aquelas denominadas psicoativas, ou seja, as que alteram o nosso pensamento, capacidade de discernimento, coordenação, humor, percepção da realidade e outras funções cerebrais. Nesse grupo de substâncias, encontramos alguns medicamentos, o álcool, a maconha, o *crack*, a cocaína e outras drogas sintéticas.

As pessoas devem procurar ajuda quando o consumo da substância é prejudicial ao seu organismo, às suas relações interpessoais e profissionais e às suas atividades cotidianas, de modo geral. Nesse aspecto, é importante considerar as opiniões de pessoas próximas. Questões relacionadas ao contexto de vida (trabalho, moradia, educação, miséria), condições pessoais (maturidade, responsabilidade, desenvolvimento) e vulnerabilidades (exposição à violência, convivência familiar) podem contribuir fortemente para determinação e agravamento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. É relevante lembrar que, embora as drogas tenham características conhecidas, uma mesma substância pode provocar diferentes efeitos em diferentes pessoas, sejam lícitas sejam ilícitas.

O que caracteriza a dependência química?

A dependência química é constituída por diversos sinais físicos e mentais que incluem a tolerância e a abstinência.

A área de dependência química, também chamada de transtornos por uso de substâncias, tem representado um importante desafio para os profissionais de saúde, tanto pela sua íntima relação com questões socioculturais e econômicas quanto por ser considerada uma das manifestações de um complexo sistema cerebral.

Diferentemente do que se admitia no passado, a dependência deve ser considerada um transtorno mental com características específicas, e não mais um desvio de caráter, falta de vergonha na cara ou um monte de sintomas apenas. É extremamente importante ter isso em mente para que se possam estabelecer tratamentos adequados às necessidades de cada paciente.

Como é possível reconhecer o transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas?

De acordo com o Ministério da Saúde, a apresentação de pelo menos dois dos sintomas apresentados a seguir define um caso de transtorno por uso de substâncias:

- Uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado.
- Desejo persistente e incontrolável.
- Prejuízo no desempenho de atividades sociais, de trabalho ou familiares devido ao uso.
- Continuação do uso apesar de apresentar problemas sociais e de relacionamentos interpessoais.
- Restrição de determinadas rotinas em consequência do uso da substância.
- Manutenção do uso apesar de prejuízos físicos.
- Uso em situações de exposição a risco.
- Redução do efeito com o uso contínuo ou necessidades de quantidades cada vez maiores para se obter o efeito desejado (tolerância).
- Sintomas de abstinência característicos para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma semelhante) com intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Quais fatores são associados ao consumo e dependência de substâncias lícitas ou ilícitas?

O consumo de substâncias, lícitas ou ilícitas, sofre influência de fatores inerentes à substância, à vida da pessoa e do ambiente em que ela vive. A combinação desses fatores influencia diretamente no planejamento do tratamento.



Cada pessoa tem suas características de personalidade e singularidades biológicas, o que torna a relação de cada um tão diferente com a droga.



O tipo de substância psicoativa influencia no desenvolvimento da dependência. Devemos levar em consideração a sua forma de uso (inalada, injetada, fumada, ingerida), sua acessibilidade e seu custo.



O contexto sociocultural influencia no consumo de determinadas substâncias. Os motivos que levam a uso da droga podem ser por recreação, experimental, terapêutico, fuga de uma realidade insuportável, entre outros.

Fatores de risco

Os fatores de risco e de proteção para o uso abusivo de álcool e outras drogas não são fixos, atravessam a própria pessoa e o meio em que vive. Além disso, o consumo ocorre no âmbito da comunidade, frequentemente no convívio com familiares e amigos. Mesmo não sendo algo fixo, consideram-se alguns fatores como importantes condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas.

Fatores de proteção

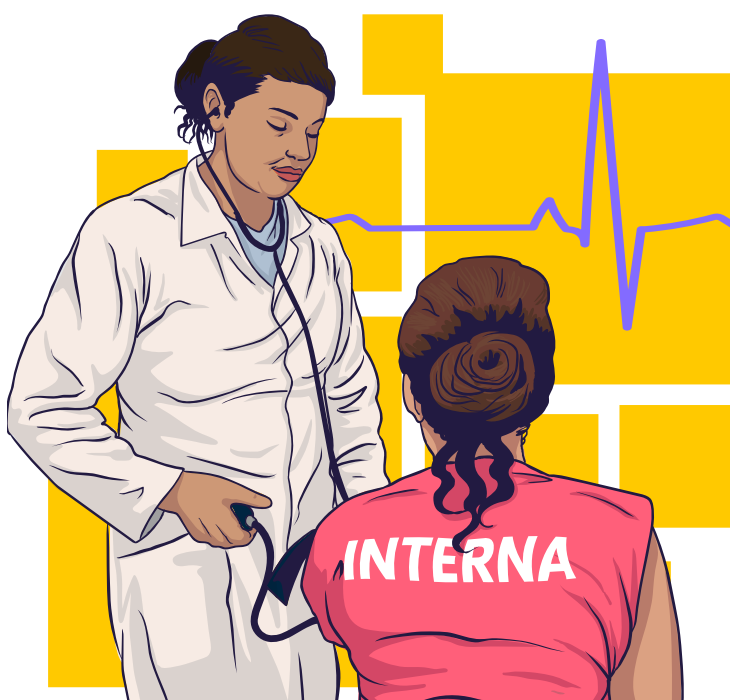
No Brasil, o uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita. É importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza, para tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, ações integrais e articuladas de prevenção, tratamento e reabilitação.

O uso e o abuso de drogas em unidades prisionais

No Brasil, o uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita. É importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza, para tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, ações integrais e articuladas de prevenção, tratamento e reabilitação.

Atualmente, existem projetos e ações de atenção aos usuários de drogas sendo operacionalizados em estabelecimentos prisionais, no entanto se verifica uma ausência de diretrizes de padronização dessas mesmas ações, fazendo com que cada um dos Estados vá atuando na medida de suas possibilidades ao nível dos recursos humanos e estruturais e de acordo com as diferentes formações teóricas de seus profissionais de saúde.

O tratamento para a população privada de liberdade em situação de abuso e dependência de drogas deve incluir a realização de uma avaliação completa iniciada por uma triagem na porta de entrada do sistema prisional, o tratamento dos sintomas de intoxicação e de abstinência sempre que necessário, a avaliação da presença de comorbidades psiquiátricas e das condições médicas gerais, bem como desenvolvimento e a implementação de um plano terapêutico singular.



É importante a implementação de ações de educação continuada para a capacitação e o desenvolvimento das competências, não só dos profissionais de saúde (muitas vezes despreparados para a atuação no campo da dependência química), como também dos agentes penitenciários que

são quem tem atuação mais direta com as pessoas presas e devem estar aptos a reconhecer os sinais decorrentes do uso abusivo de drogas, assim como os sintomas associados à abstinência, para que possam não só tomar medidas de segurança mais adequadas, mas comunicar às equipes de saúde.

A Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas no âmbito do SUS foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, ela norteia as ações de assistência que devem ser acessíveis a todos os usuários do sistema.

SUICÍDIO

Destacamos a seguir algumas informações publicadas pela OMS em relação à epidemia de suicídio observada mundialmente:

O que é o suicídio?

Suicídio é a morte em decorrência de ações danosas autodirigidas, que têm por intenção a morte. Tal ato resulta de uma convergência de fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais, culturais, às vezes combinados com experiências de trauma e perda. Por sua vez, ideação suicida é o fato de pensar, cogitar e planejar o suicídio.

No Brasil, são registrados em torno de 12 mil suicídios todos os anos. Cerca de 96,8% dos casos estavam relacionados a transtornos mentais. Em primeiro lugar, está a depressão, seguida do transtorno bipolar e do abuso de substâncias.



O que influencia a decisão pelo suicídio?

Semelhantemente a outros agravos, também é possível identificar fatores que aumentam o risco do suicídio e fatores que protegem as pessoas de tal decisão. Veja no esquema a seguir quais são eles.

As tentativas de estabelecer um diálogo franco e rastrear fatores de risco e fatores de proteção são importantes para uma avaliação do risco de suicídio. A morte por suicídio é uma realidade dentro do sistema prisional, por isso é importante entender quais são seus principais fatores de risco, qual o comportamento de uma pessoa com ideação suicida e, principalmente, conversar sobre o suicídio com essas pessoas.



A ideação suicida e o suicídio na população carcerária parecem estar associados fortemente a transtornos psiquiátricos prévios à reclusão, ao abuso de drogas, bem como à vulnerabilidade social a qual se encontra a maioria dessa população. Apesar de a admissão do recluso na prisão obrigá-lo a experimentar determinadas adversidades que exacerbam os níveis de perturbação emocional, com o tempo, essa condição tende a diminuir significativamente.

É importante lembrar que uma pessoa pode estar em sofrimento mental sem conseguir

pedir ajuda. Assim, é preciso ficar atento a mudanças bruscas de comportamento, falas, posturas que demonstram tristeza, falta de interesse pelo próprio bem-estar, desesperança, raiva intensa, reações exacerbadas, alterações no padrão de sono e alimentação, tentativa de colocar os assuntos pessoais em ordem, súbita melhora no humor depois de um período de depressão e tentar ofertar ajuda. Essa ajuda pode ser uma conversa sincera e livre de julgamentos, bem como o encaminhamento a profissionais qualificados a lidar com o sofrimento.

SAIBA MAIS!

Saiba mais sobre o suicídio neste vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=dkFljzG3-80>.

Formas de prevenção e cuidado do sofrimento mental e do suicídio

Em face de tudo que foi apresentado, como os serviços de saúde se organizam para o cuidado e a prevenção do sofrimento mental e do suicídio?

O Ministério da Saúde coordena a Política Nacional de Saúde Mental reunindo estratégias e diretrizes para o cuidado das pessoas com transtornos mentais. Uma das estratégias adotadas é o acolhimento das pessoas e seus familiares.

Além disso, a Política Nacional de Saúde Mental contempla ações de prevenção dos problemas relacionados à saúde mental e à dependência química, a exemplo do Centro de Valorização da Vida (CVV), que permitiu a ligação gratuita em todo o país.



No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, entre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”.

No ano de 2018, por meio da Resolução nº 1, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas foram alteradas. Os normativos reconhecem que o uso, o abuso e a dependência química são problemas complexos, multifatoriais, que exigem abordagem interdisciplinar, envolvendo múltiplas áreas governamentais (saúde, assistência social, trabalho, justiça).

Como estão organizados os serviços de apoio a pessoas com transtornos mentais, considerando a PNSM?

A organização dos serviços é feita pela Rede de Atenção Psicossocial, a qual é composta de serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs), leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental e Comunidades Terapêuticas.

Dada a sua importância e capilaridade, destacamos a seguir algumas informações sobre os CAPS. Contudo, saber onde buscar ajuda e receber apoio é essencial para você e toda a comunidade carcerária, o que inclui as pessoas presas e as que se encontram em regime semiaberto.

O Ministério da Saúde disponibiliza um mapa interativo que lista os estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que fornecem atendimento em saúde mental no Brasil, acesse:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/mapa-interativo-indica-locais-para-atendimentos-em-saude-mental>.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

- São considerados a “porta de entrada” da RAPS.

- Realizam atendimento às pessoas com sofrimento mental (em crise ou em processo de reabilitação social), incluindo as com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-AD).
- Funcionam de acordo com legislações específicas, mas, no geral, oferecem serviços de atenção diária, inseridos na comunidade, no intuito de reduzir as internações/surtos (cuidados clínicos, acesso ao trabalho, lazer, fortalecimento de laços sociais e familiares).



- Em alguns municípios, existe a possibilidade de atendimento noturno e cuidado contínuo (Os CAPS III – 24 horas).
- Contam com equipes multidisciplinares constituídas por psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos, assistentes sociais e outros.

Além dos serviços externos à unidade prisional, estudamos nas aulas anteriores como as unidades prisionais se integram à rede de assistência à saúde por meio da PNAISP. Dessa forma, é possível compor as equipes com profissionais voltados ao atendimento na área de saúde mental.

ATENÇÃO!

Na inexistência de CAPS em seu município, o atendimento de saúde mental é feito pelas equipes das Unidades de Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada para o SUS.

Prevenção do suicídio

Em 2020, foi o terceiro ano em que o tema do Dia Mundial de Prevenção do Suicídio foi “Trabalhando Juntos para Prevenir o Suicídio”. Esse tema foi escolhido porque destaca o ingrediente mais importante para a prevenção global e eficaz do suicídio: a colaboração. Todos nós temos um papel a desempenhar e juntos podemos enfrentar coletivamente os desafios apresentados pelo comportamento suicida na sociedade atual. É possível ajudar alguém que necessite, oferecendo apoio para enfrentar emoções intensas, para reconhecer e superar sentimentos de desamparo, de falta de esperança e de desespero, bem como ajudá-lo a desenvolver o autoconhecimento e construir uma identidade pessoal positiva.



A identificação do problema que o indivíduo busca resolver por meio do comportamento suicida também é uma intervenção útil. Dar à pessoa a oportunidade de expressar-se pode ajudar a esvaziar a situação de crise. A experiência da reforma psiquiátrica e outras experiências internacionais se mostraram efetivas na prevenção, proteção e reabilitação em saúde mental e na geração de trabalho e renda (na perspectiva da economia solidária e colaborativa), no desenvolvimento de ações de cunho cultural e na organização política das pessoas e comunidades: grupos de defesa de direitos de mulheres,

grupos de lutas por direitos raciais, ações de formação e educação construtivista, outras ações que incentivam a participação na comunidade.

O suicídio é um agravo prevenível, e a sua prevenção requer o esforço de todos: família, amigos, colegas de trabalho, membros da comunidade, educadores, líderes religiosos, profissionais de saúde e governos. É um problema que requer estratégias integrativas que envolvem um trabalho em nível individual, de sistemas e na comunidade.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente a todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail e *chat* 24 horas todos os dias. A ligação para o CVV em parceria com o SUS, por meio do número **188**, é gratuita a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular. Também é possível acessar **www.cvv.org.br** para *chat*.

SAIBA MAIS!

Saiba mais sobre o CVV neste vídeo:

https://www.youtube.com/watch?v=sn2_QCtWRaU.

No manual para profissionais de Saúde da Atenção Primária, há algumas estratégias para a prevenção do suicídio, que podem ser adaptadas para as unidades de saúde prisional:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf.

Saúde Mental: uma responsabilidade compartilhada por todos

Transtornos mentais são muito prevalentes no mundo e em toda a comunidade carcerária. Para diminuir o seu impacto, é necessário um esforço conjunto de todos os envolvidos. A seguir, são destacadas algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais, nos mais diversos dispositivos de cuidado:

- exercer boa comunicação;
- exercitar a habilidade da empatia;
- acolher a pessoa e suas queixas emocionais como legítimas;
- oferecer o suporte possível e, quando necessário, realizar o encaminhamento a profissionais ou serviços qualificados para o atendimento.

Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor se comparado a outras condutas técnicas. A escuta atenta é considerada uma importante ferramenta a ser utilizada pelo servidor do sistema penitenciário para que a pessoa privada de liberdade (PPL) ou outro colega servidor possa contar e ouvir o seu sofrimento de uma outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer.

COMO O SOFRIMENTO MENTAL AFETA A ROTINA DA UNIDADE PRISIONAL?

Vejamos alguns dados em relação às doenças mentais no âmbito prisional que trazem uma reflexão acerca da realidade vivenciada atualmente em nosso país. Abaixo, podemos verificar os dados dos últimos anos do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen) referentes a mortes por suicídio entre as pessoas privadas de liberdade:

	Dez/18	Dez/19	Dez/20
Homens	90	72	87
Mulheres	6	8	6
Total geral	96	80	93

No ano de 2016, foi realizada uma análise sobre os dados do Sisdepen de suicídio entre mulheres privadas de liberdade, sendo elencadas as possíveis causas associadas a uma maior taxa de suicídio entre mulheres privadas de liberdade:

- As unidades femininas são adaptações das masculinas ou de outros tipos de edificações, o que não permite a adequação dos espaços para as demandas das mulheres.
- A maior parte das unidades prisionais destinadas a mulheres é mista (para homens e mulheres), o que faz com que o acesso às assistências não seja priorizado para o público feminino.
- Abandono, quebra dos vínculos familiares e comunitários, distanciamento dos filhos e dificuldades econômicas, sociais e psicológicas.

Em relação aos dados sobre suicídio dos servidores do sistema penitenciário, ainda não existe um levantamento nacional sobre o assunto.

O Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social 2021-2130 apresenta como meta reduzir o número absoluto de suicídio de profissionais de segurança pública em 30% por meio do estímulo da criação de mecanismos de proteção dos agentes públicos que compõem o sistema nacional de segurança pública e de seus familiares. Além disso, do estímulo e incentivo à elaboração, à execução e ao monitoramento de ações nas áreas de valorização profissional, de saúde, de qualidade de vida e de segurança desses servidores.

Fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais nos servidores:

- A pressão inerente ao trabalho e à superlotação dos presídios, além de desafios relacionados à questão salarial e à jornada de trabalho, que lhes impõem uma grande quantidade de horas longe da família.
- Falta de uma rede de apoio adequada aos servidores, principalmente os alocados em manicômios judiciários. Apesar da função essencial e diferenciada no acompanhamento do “louco infrator”, esses servidores ainda não recebem uma rede de apoio adequada, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de transtornos mentais.



- Número insuficiente de servidores. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a proporção ideal seria de um agente penitenciário para cada cinco presos. No estado de São Paulo, por exemplo, existe 1 (um) agente para cada 10 PPL. A média nacional é de 7,61 PPL por agente. Ambos os números são muito acima do ideal, o que deixa o servidor em constante sentimento de medo.
- Escassez de ações para o atendimento das demandas de saúde física e mental.
- Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Em relação ao atendimento de saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, preconiza-se o atendimento ambulatorial externo, evitando a internação. Nesse sentido, existem o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei e os demais serviços da rede de saúde mental no território.

Para o atendimento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei custodiadas pelo sistema prisional, têm-se a possibilidade de habilitação de equipes de saúde prisional com profissionais de saúde mental no âmbito da PNAISP e a estruturação dos hospitais de custódia nos moldes do SUS.

A oferta de saúde no sistema prisional deve estar de acordo com os normativos, como a Política Nacional de Saúde Mental, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Deve, também, realizar a integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No âmbito do sistema penitenciário, destacam-se as Resoluções do Conselho de Políticas Criminais e Penitenciárias que abordam as diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança e a criação de programa de atenção integral aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas nas dependências dos estabelecimentos penais. São as resoluções:

- Resolução CNPCP nº 05, de 4 de maio de 2004.
- Resolução CNPCP nº 04, de 30 de julho de 2010.
- Resolução CNPCP nº 01, de 28 de fevereiro de 2012.

Os hospitais de custódia e tratamento penitenciário, originalmente chamados de manicômios judiciários, possuem, em síntese, três finalidades: acompanhar e tratar pacientes em cumprimento de medida de segurança; oferecer tratamentos psiquiátricos temporários; e realizar exames periciais específicos de sanidade mental, cessação de periculosidade ou de dependência toxicológica. Dessa forma, a questão precisa ser tratada do ponto de vista da custódia e da assistência à saúde.

Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o cumprimento de medidas de segurança nessas instituições frequentemente as transformam em prisões perpétuas, considerando-se a aliança entre descaso, abandono, falta de estrutura, ausência de consenso jurídico e carência de uma rede de dispositivos substitutivos.

Atualmente, percebe-se dificuldade na estruturação dos serviços de internação para pessoas com transtorno mental em conflitos com a lei, na diminuição da porta de entrada e na desinstitucionalização dessas pessoas. Todas essas ações exigem uma articulação entre o Judiciário, as Secretarias de Saúde e as Secretarias de Administração Penitenciária.

É possível mudar essa realidade?

Não há dúvidas de que as mudanças necessárias à forma como as questões relacionadas à saúde mental são abordadas na comunidade prisional passam inicialmente pelo reconhecimento da sua importância



pelos servidores e gestores. Para tanto, é fundamental que sejam inseridas discussões estratégicas que permitam a implementação de ações, muitas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para a prevenção dos transtornos mentais entre servidores e PPL.

Para iniciar esse caminho de transformação, pode-se partir de reflexões como:

- Como você percebe esses fenômenos em seu próprio grupo, em seu local de trabalho?
- O que acha que facilitaria a abordagem e atuação sobre essas questões junto a seus colegas?

Trouxemos a seguir três experiências exitosas, as quais corroboram com esse discurso.

Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI)

- 243 pacientes em 77 municípios goianos.
- Promove a adesão do círculo sociofamiliar do paciente judiciário, trabalhando junto à família para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, articulando com as unidades de saúde a assistência integral à PPL.

Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)

- Programa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que realiza acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime.
- Faz acompanhamento dos processos judiciais com indicativos de incidente de insanidade mental,

ou já sentenciados com medida de segurança, bem como outros tipos de processo, em que a autoridade judicial julgue importante a inclusão do réu/sentenciado na metodologia do PAI-PJ, auxiliando o juiz na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social do sentenciado.

Curso de Capacitação em Saúde Mental

- Curso oferecido em setembro de 2020 pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública voltado para saúde mental de agentes de segurança pública.
- O material programático contém os seguintes módulos: Saúde Mental e Qualidade de Vida; Principais Conceitos da Saúde Mental: do normal ao patológico; Riscos e Agravos da Saúde do Agente de Segurança Pública; Principais Sintomas do Adoecimento; O Suicídio e Prevenção; e Promoção e Tratamento da Saúde Mental.

Sobre a valorização profissional, o diretor de Ensino e Pesquisa da Segen/MJSP, Marcos de Araújo, defende projetos que são voltados para essa vertente. “É preciso promover a valorização da vida do profissional de segurança pública. Estamos perdendo mais profissionais por suicídio do que por enfrentamento do crime e da criminalidade. E, nesse sentido, além de capacitações, temos o Pró-Vida, programa do Ministério da Justiça que atua com foco na prevenção da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública”, pontua.

CONCLUINDO

Chegamos ao final da aula e esperamos que você tenha conseguido ampliar os seus conhecimentos sobre saúde mental.

No dia 10 de outubro, é comemorado em todo o mundo o “Dia Internacional da Saúde Mental”. A data, instituída em 1992 pela Federação Mundial de Saúde Mental, busca chamar atenção pública para o assunto, que ainda é um tabu na sociedade.

Mudanças de paradigmas em relação ao tratamento de pessoas com transtorno mental resultaram na Reforma Psiquiátrica, em 2001. Contudo, ainda existe um longo caminho no âmbito prisional. Além da propensão ao uso de drogas, aos transtornos de depressão e ansiedade, aqui é preciso considerar as pessoas que cometem crimes e que, por motivo de doença ou deficiência mental, são consideradas inimputáveis e mantidas em unidades de internação com características manicomiais.

Não obstante, no que se refere à saúde mental, todas as dificuldades mencionadas nas aulas anteriores são acrescidas pelo estigma de alguns transtornos, como é caso da esquizofrenia e da adição ao álcool e outras drogas.

Acreditamos que a educação em saúde é uma ferramenta muito valiosa no controle e na prevenção dos

mais diversos transtornos, como vimos no decorrer do curso. Esperamos que você tenha adquirido novos conhecimentos em saúde, não somente para atender ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade, mas para melhorar a sua saúde e a da sua família.

Até mais!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. 1. ed. Brasília: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica nº 34)

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Depen publica segunda edição do Infopen Mulheres**. Brasília: MJSP, 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias-seguranca/collective-nitf-content-4>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Ministério da Justiça e Segurança Pública promove curso voltado para a saúde mental de agentes de segurança pública**. Brasília: MJSP, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-promove-curso-voltado-para-a-saude-mental-de-agentes-de-seguranca-publica>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 10.822, de 28 de setembro de 2021**. Institui o Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social 2021–2030. Brasília: PR, 2021.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 7, jun. 2016.

COSTA, C. R. *et al.* Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil. **Arc. Clin. Psychiatr.**, v. 47, n. 4, 2020.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Programa de Atenção ao Louco Infrator** – Paili. Goiânia: SESGO, 2019.

GUARULHOS HOJE. Quase 3 mil servidores do sistema penitenciário já foram afastados por transtornos mentais. **Guarulhos Hoje**, São Paulo, 27 set. 2019. Disponível em: <https://www.guarulhoshoje.com.br/2019/09/27/quase-3-mil-servidores-do-sistema-penitenciario-ja-foram-afastados-por-transtornos-mentais/>. Acesso em: 25 out. 2021.

LIMA, S. S. O cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 29, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290305>

MONTEIRO, R. P.; ARAUJO, J. N. G. Manicômio judiciário e agentes penitenciários: entre reprimir e cuidar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, núm. esp. 2, pp. 144-158, 2018.

MOREIRA, N.; GONÇALVES, R. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. **Análise Psicológica**, v. 1, pp. 133-148, 2010.

NEGRELLI, A. M. **Suicídio no sistema carcerário**: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RAMELO, B. C. *et al.* Avaliação do uso de antidepressivos e sua relação com a incidência de suicídio. **Revista Ensaios Pioneiros**, v. 5, n. 1, pp. 61-71, 2021.

SINDICATO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS DO PARANÁ. **Operários do cárcere**: diagnóstico sobre a saúde e as condições de trabalho dos agentes penitenciários no Paraná. Curitiba: SINDARSPEN, 2016.

STOCHERO, T. Número de suicídios de agentes penitenciários no estado de SP aumenta em 2017, diz sindicato. **G1**, São Paulo, 13 out. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/numero-de-suicidios-de-agentes-penitenciaros-no-estado-de-sp-aumenta-em-2017-diz-sindicato.ghtml>. Acesso em: 15 set. 2021.

FICHA TÉCNICA

© 2021. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra. Deve ser citada a fonte e é vedada a utilização comercial.

Curso de Saúde Prisional: principais doenças e agravos. Coordenação-Geral de André Vinicius Pires Guerrero. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2021.

Ministério da Justiça e Segurança Pública

Departamento Penitenciário Nacional

Tânia Maria Matos Ferreira Fogaça

Diretora-Geral

Diretoria de Políticas Penitenciárias

Sandro Abel Sousa Barradas

Diretor

Coordenação-Geral de Cidadania e Alternativas Penais

Cristiano Tavares Torquato

Coordenador-Geral

Coordenação de Saúde

Rodrigo Pereira Lopes

Coordenador

Fundação Oswaldo Cruz

Nísia Trindade Lima

Presidente

Fiocruz Brasília – GEREB

Maria Fabiana Damásio Passos

Diretora

Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF)

Luciana Sepúlveda Köptche

Diretora Executiva

Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ Fiocruz

André Vinicius Pires Guerrero

Coordenador

Parceiros

Escola de Governo Fiocruz Brasília

Avenida L3 Norte, s/n

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A

CEP: 70.904-130 – Brasília/DF

Telefone: (61) 3329-4550

Créditos

Coordenação-Geral do Curso

André Vinicius Pires Guerrero

Letícia Maranhão Matos

Organização

Coordenação de Saúde/DEPEN

Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ Fiocruz

Revisão Técnica

Graziella Barbosa Barreiros

Jéssica Rodrigues

Jairo Cezar de Carvalho Junior

June Corrêa Borges Scafuto

Laura Díaz Ramirez Omotosho

Ricardo Gadelha de Abreu

Sérgio de Andrade Nishioka

Revisão Técnico-Científica

Deciane Mafra Figueiredo

Raquel Lima de Oliveira e Silva

Revisão e Acompanhamento Técnico-Pedagógico

Luciano Pereira dos Santos

Conteudistas

Ana Mônica de Mello

Juliana Garcia Peres Murad

Paula Frassinetti Guimarães de Sá

Rafaela Braga Pereira Veloso

Sarah Evangelista de Oliveira e Silva

Stephane Silva de Araujo

Produção Núcleo de Educação a Distância da EGF – FioCruz Brasília

Coordenação

Maria Rezende

Coordenação de Produção

Erick Guilhon

Design Educacional

Erick Guilhon

Sarah Saraiva

Design Gráfico

Eduardo Calazans

Daniel Motta

Revisão Textual

Erick Guilhon

Produção Audiovisual

Larisse Padua

Narração

Márlon Lima

Desenvolvimento

Bruno Costa

Rafael Cotrim Henriques

Trevor Furtado

Thiago Xavier

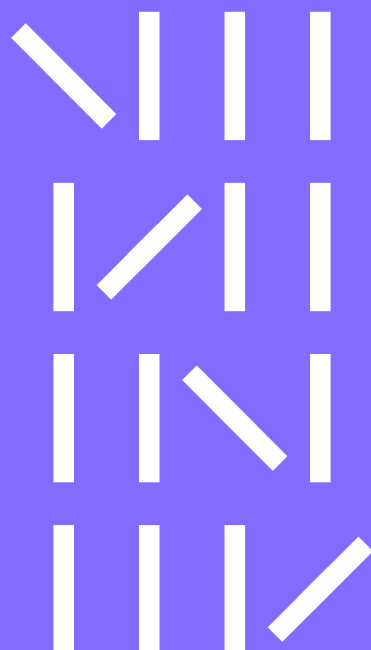
Vando Pinto

Supervisão de Oferta

Meirirene Moslaves

Suporte Técnico

Dionete Sabate



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

