

CIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR  
& HUMANIDADE SOCIAL

ABRIL DE 2022 / N° 03 / ANO 3 / VOLUME 3



# DIALÉTICA

A DIALÉTICA DE KARL MARX E A  
ESTÉTICA DA POBREZA.

# NOVA ERA

O SISTEMA EM QUE ESTAMOS  
INSERIDOS APROFUNDA AS  
DESIGUALDADES SOCIAIS EM  
PERÍODOS DE CRISE.

# TRANSLITERATURA

JOHANNA SINISALO: FINNISH FANTASY, HEGEMONIA  
FEMINISTA Y "TRANSLITERATURA".

FICHA TÉCNICA

# Conselho Científico

## Argentina

Mag. Felix Luciano Bustos (Universidad Nacional del Comahue - Ciências Sociais)

Dr<sup>a</sup>. Margott Gladys Flores (Universidad Nacional de la Rioja Centro de Investigación y Innovación Tecnológica)

Dr. Miguel E. V. Trotta (Universidad Nacional de Lanús Departamento de Ciencia Política)

Social Meeting Scientific Journal  
ISSN 2764-0564 (ISBN 978-65-991619-0-2),  
ORCID id: 0000-0001-5061-8755  
e-mail: contato@socialmeeting.info  
Homepage: www.esocialbrasil.periodikos.com.br  
www.socialmeeting.info

Rua México, 156 - 121  
Guarujá-SP/ Brasil  
CEP. 11410-350

## Brasil

Dr<sup>a</sup>. Cely de Oliveira (Universidade de São Paulo - Ciências da Saúde)  
Dr<sup>a</sup>. Thalita Lacerda Nobre (Universidade Católica de Santos - Ciências Humanas)  
Dr<sup>a</sup>. Giselle Silva Soares (Centro Universitário São Judas Tadeu - Ciências Humanas)  
Dr<sup>a</sup>. Olivia Cristina Perez (Universidade Federal do Piauí - Ciências Humanas)  
Dr<sup>a</sup>. Eva Cristina de Carvalho Souza Mendes (Universidade Paulista - Ciências Humanas)  
Dr<sup>a</sup>. Maria Noemi Gonçalves do Prado Manfredi (Fundação Educacional de Aracatuba - Ciências Humanas)  
Dr. José Alberto Yemal (Instituto Paulista de Excelência da Gestão - Ciências Sociais Aplicadas)  
Dr. José de França Bueno (Universidade Paulista - Ciências Exatas)  
Dr. Jorge Monteiro Junior (Faculdade de Tecnologia Rubens Lara - Ciências Econômicas).  
Dr. Júlio Cesar Raymundo (Faculdade de Tecnologia Rubens Lara - Ciências Sociais Aplicadas).  
Dr. Luiz Guilherme da Costa Wagner Junior (Universidade Presbiteriana Mackenzie - Ciências Sociais Aplicadas)  
Dr. Marcos de Oliveira Moraes (Estácio São Paulo - Ciências Sociais Aplicadas).



Ano 3 - Volume 3  
Nº 03 - Abril 2022

### Editor-Chefe

Dr. Evandro Prestes Guerreiro (Brasil)

### Editor-Adjunto

Mag. Félix Luciano Bustos (Argentina)

### Revisão Editorial

Thaynna V. dos Santos de Oliveira (Brasil)  
Mauro Agustin Rodriguez (Argentina)

### Publicada por



eSocial Brasil - todos os direitos reservados. Capa, imagens e designe produzidos com recursos digitais do canva.

SOMESJ - Social Meeting Scientific Journal - Revista multidisciplinar internacional publicada pela eSocial Brasil, em formato digital ISSN 2764-0564 (ISBN 978-65-991619-0-2).

# SUMÁRIO

- 04** Editorial: O estado científico da arte.  
Por: Evandro Prestes Guerreiro
- 07** Johanna Sinisalo: Finnish fantasy, hegemonia feminista y “transliteratura”.  
Por: María Inés Arrizabalaga
- 19** Las ruinas de la Cangaye no están olvidadas, están abandonadas: Una mirada desde el rescate cultural etnográfico sobre el trabajo de Cesar Osvaldo Fontana.  
Por: Ana María Galarza
- 26** Serviço local de Saúde Mental (SM) enquadrado no processo de desinstitucionalização na província de Rio Negro.  
Por: Mariana Paulín Devallis e Claudia Gabriela Baffon.
- 40** Cervicalgia e a cefaleia tensional - o impacto no bem-estar físico e mental do paciente da Fisykos.  
Por: Daniel Dutra Amaral. Augusto Cesar Ferreira Clauglitz. Evandro Prestes Guerreiro.



- 64** A dialética de Marx e a naturalização capitalista da pobreza.  
Por: Evandro Prestes Guerreiro.

- 78** A visão comentada da estrutura da competência socioemocional - Conhecimento.  
Por: Ulysses Martins Moreira Filho.

## Ensaio político

- 96** Ensaio político Ato II - a nova era, sobre a reflexão do escritor indígena Ailton Krenak  
Por: Olívia Cristina Perez.

# O ESTADO CIENTÍFICO DA ARTE.

O OLHAR ESTÉTICO DO COTIDIANO.

Imagem de fundo: atardecer, de Ana María Galarz (2022).

A diversidade é multidisciplinar, a sociedade é complexa e o mundo moderno é tão incerto e provisório que dilui a realidade como líquido, fluido colorido e novas possibilidades. As escolhas deixaram de ser lineares a um tempo e as mudanças são imparáveis, restando-nos a resiliência. O trabalho é capital, não somente para alguns e a ciência precisa se reinventar para transformar o senso comum no seu estado da arte, que por sua vez, torna-se o estado científico da arte. Neste número da Social Meeting Scientific Journal você entrará no universo dialético do cotidiano da escritora finlandesa Johanna Sinisalo, que revela com a leveza peculiar de quem observa o ambiente, a sensibilidade investigativa do artista, a partir do olhar da colega argentina María Inés Arrizabalaga, no ensaio literário denominado Johanna Sinisalo: Finnish fantasy, hegemonía feminista y “transliteratura”. Também poderá conhecer, pelo olhar de Ana María Galarz, como a imagem de fundo, faz o resgate cultural etnográfico sobre a obra de Cesar Osvaldo, apresentando "as ruínas de la Cangaye não estão esquecidas, estão abandonadas".

O conhecimento do cotidiano e senso comum em três séculos, abriu múltiplos caminhos que foram e são trilhados com a racionalidade científica, descobrindo-se na jornada, que o domínio de um método revolucionou o modo de vida, potencializando o progresso civilizatório, contribuindo substancialmente com o desenvolvimento humano, em seu ecossistema ambiental, sócio-psicológico, político-econômico, ´antropocultural` e ´tecnohumano`. Aprendemos a preservar a memória como patrimônio cultural que inspira, emociona, orienta, educa pelos seus detalhes, formando a arqueologia de um saber, impregnado de histórias de vidas e que demandam atenção, não somente pelo *constructo* de símbolos e artefatos, mas também, pela psique coletiva, como o serviço local de Saúde Mental (SM) enquadrado no processo de desinstitucionalização na província de Río Negro, analisado pelas trabalhadoras sociais argentinas, Mariana Paulín Devallis e Claudia Gabriela Baffon no artigo “Investigar la desmanicomialización”.

A ciência que produz inovação e descortina o fenômeno da ignorância é a mesma que salva vidas e gera riqueza. A contaminação por covid19 desacelerou no mundo, por outro lado, a vacina elevou a lucratividade da empresa alemã BioNTech, saindo de quase 500 milhões de euros em 2020, para 17 bilhões de euros em 2021. Com a farmacêutica americana, Pfizer não foi diferente, já que a empresa

no consórcio [Pfizer-BioNTech](#), teve uma receita em 2021 de aproximadamente 82 bilhões de dólares. Em dois anos de pandemia descobrimos que veio para matar, fazer sofrer e aumentar os lucros da indústria farmacêutica mundial, gerando tensões físiomuscular e interferindo diretamente no bem-estar, como trata Daniel Dutra Amaral, Augusto Glauglitz, com nossa contribuição, no artigo "Cervicalgia e a cefaleia tensional" ou ainda, como argumenta a cientista política brasileira Olivia Cristina Perez, no ensaio político Ato II – a nova era, sobre a reflexão do escritor indígena Ailton Krenak, na [Festa Literária Internacional de Paraty \(FLIP/2021\)](#), que a pandemia revelou “boas facetas do comportamento humano”, entretanto, o capitalismo “aprofunda as desigualdades sociais em períodos de crise”. Lucros bilionários colaboram ainda mais para a concentração da riqueza nas mãos de poucos, naturalizando a pobreza a ponto de torná-la invisível socialmente aos olhos da pseudomoralidade moderna, analisado por este editor-chefe, no artigo “A dialética de Marx e a naturalização capitalista da pobreza”.

A modernidade como conhecemos hoje é imparável e mesmo em situações críticas como a pandemia ou a guerra Rússia-Ucrânia, fortalece o sistema de capital, que se reinventa a cada novo ciclo.

Se nas primeiras revoluções industriais prevaleceu a funcionalidade prática, atualmente, o estado da arte está presente na cadeia produtiva, recriando a divisão social do trabalho, maximizando a eficácia e eficiência nos resultados, seja na modalidade remota, presencial ou a distância. Novas competências são requeridas como habilidades aos futuros protagonistas do mundo do trabalho, conhecidos como geração Alpha, crianças com até 10 anos de idade, que deverão ser preparadas com conhecimento suficiente para reaprender continuamente. O artigo de Ulysses Martins Moreira Filho, faz um mergulho analítico na Base Nacional Curricular Comum – BNCC, que normatiza e orienta o processo de ensino – aprendizagem no Brasil, apresentando “A visão comentada da estrutura da competência socioemocional – Conhecimento”.

O estado científico da arte se expressa nos dizeres do escritor brasileiro Jorge Amado, “nos meus livros, o povo ganha sempre”, mensagem de apresentação da [Fundação Casa de Jorge Amado](#), em Salvador, na Bahia, revelando o conhecimento compartilhado dos costumes, hábitos, valores presentes no cotidiano e na cultura de um povo, ambiente que acolheu esta revista científica. A literatura que liberta e emancipa, embebe a ciência com arte, transformando a estética didaticamente, qualificando o domínio do método e da técnica, juntamente com o refinamento do olhar que observa o mundo, como faz o [Instituto Universitário Patagônico de las Artes](#), ao acreditar e investir na "ciência multidisciplinar e humanidade social", que nossa revista, Social Meeting Scientific Journal, disponibiliza com acesso livre, resiliente, apesar das

moderno e, otimista com o futuro que cada um de nós, eu, você e todos àqueles que acreditam em uma ciência a serviço dos interesses coletivos. Somos conscientes das escolhas locais e universais, pois, o futuro pode até ser caótico, mas também, pode ser o nosso estado da arte como espécie humana.



# INVESTI GAR LA DESMANI COMI,ALI ZACION.



---

POR: MARIANA PAULÍN DEVALLIS - CLAUDIA GABRIELA BAFFO



# INVESTIGAR LA DESMANICOMIALIZACIÓN.

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE UN SERVICIO LOCAL DE SALUD MENTAL (2012-2013)

POR: MARIANA PAULÍN DE VALLIS - CLAUDIA GABRIELA BAFFO

## Resumen

**Introducción:** Nos propusimos generar conocimiento en base a la asistencia brindada desde un servicio local de Salud Mental (SM) enmarcado en el proceso de desmanicomialización de la provincia de Río Negro. Se abordaron dos aspectos esenciales como son los tratamientos realizados y características de la población asistida. Se fundamentó en la necesidad de conocer aspectos técnicos de la reforma, que complementen los argumentos éticos que la justifican.

**Objetivo:** Describir la desmanicomialización rionegrina en el nivel local, en cuanto a las características de la población asistida y de los tratamientos realizados en el Servicio de SM del Hospital Ing. Huergo, en 2012 y 2013.

**Método:** Diseño cuantitativo. Se utilizaron fuentes secundarias para un análisis de tipo descriptivo.

**Resultados:** Los resultados involucran la caracterización de los usuarios respecto a edad; nivel de instrucción; motivo de consulta y diagnóstico según CIE 10; y caracterización de los tratamientos que ellos recibieron durante el período en estudio, donde se describe: duración, frecuencia, dispositivos utilizados y formas de diseño del tratamiento. Los resultados buscan aportar de forma teórica y técnica a otros programas que estén implementando la Ley Nacional de SM 26657/2010.

**Conclusiones:** se reflexiona sobre los aportes y limitaciones de la investigación científica en general, y del diseño cuantitativo en particular, para aportar conocimiento crítico en procesos sociales de transformación de la atención en Salud Mental.



## ABSTRACT

**Introduction:** We set out to generate knowledge based on the assistance provided from a local Mental Health (SM) service framed in the process of de-institutionalization in the province of Río Negro. Two essential aspects were addressed, such as the treatments carried out and the characteristics of the assisted population. It was based on the need to know technical aspects of the reform, which complement the ethical arguments that justify it.

**Objective:** To describe the Río Negro de-asylum isolation at the local level, in terms of the characteristics of the assisted population and of the treatments carried out in the MH Service of the Ing. Huergo Hospital, in 2012 and 2013.

**Method:** Quantitative design. Secondary sources were used for a descriptive analysis.

**Results:** The results involve the characterization of users regarding age; level of instruction; reason for consultation and diagnosis according to ICD 10; and characterization of the treatments they received during the study period, where it is described: duration, frequency, devices used and forms of treatment design. The results seek to contribute in a theoretical and technical way to other programs that are implementing the National Law of SM 26657/2010.

**Conclusions:** we reflect on the contributions and limitations of scientific research in general, and quantitative design in particular, to provide critical knowledge in social processes of transformation of Mental Health care.

## RESUMO

**Introdução:** Pretendemos gerar conhecimento a partir da assistência prestada a partir de um serviço local de Saúde Mental (SM) enquadrado no processo de desinstitucionalização na província de Río Negro. Dois aspectos essenciais foram abordados, como os tratamentos realizados e as características da população assistida. Partiu-se da necessidade de conhecer aspectos técnicos da reforma, que complementam os argumentos éticos que a justificam.

**Objetivo:** Descrever o isolamento do manicômio de Río Negro em nível local, quanto às características da população assistida e dos tratamentos realizados no Serviço de MS do Hospital Eng. Huergo, nos anos de 2012 e 2013.

**Método:** Desenho quantitativo. Fontes secundárias foram utilizadas para uma análise descritiva.

**Resultados:** Os resultados envolvem a caracterização dos usuários quanto à idade; nível de instrução; motivo da consulta e diagnóstico de acordo com a CID 10; e caracterização dos tratamentos que receberam durante o período do estudo, onde são descritos: duração, frequência, dispositivos utilizados e formas de desenho do tratamento. Os resultados buscam contribuir de forma teórica e técnica para outros programas que estão implementando a Lei Nacional SM 26657/2010.

**Conclusões:** refletimos sobre as contribuições e limitações da pesquisa científica em geral, e do desenho quantitativo em particular, para proporcionar conhecimento crítico nos processos sociais de transformação do cuidado em Saúde Mental.

## SOBRE LOS AUTORES

**Mariana Paulín Devallis** es Licenciada en Trabajo Social, Magister en Salud Mental Comunitaria, doctoranda en Administración y Políticas Públicas. Se desempeña como docente e investigadora en la Licenciatura en Servicio Social, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Comahue.

**Claudia Gabriela Baffo** es Licenciada en Psicología, Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud y doctoranda en Salud Colectiva. Entre 2001 y 2020 fue efectora del Programa de Salud Mental de la provincia de Río Negro. Actualmente se desempeña como docente a cargo de las Prácticas Supervisadas en la orientación Comunitaria de la carrera de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.

## 1. INTRODUCCIÓN - FUNDAMENTACIÓN

La investigación que decidimos compartir fue realizada con iniciativa personal de las autoras y gracias al apoyo de una beca “Carillo Oñativia” del Programa Salud Investiga, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud en el año 2014[1].

Se realizó un abordaje cuantitativo cuyo diseño implicó un desafío teórico y metodológico. El reto más importante fue dar cumplimiento a los requisitos del método científico tradicional, sin traicionar nuestras convicciones respecto del proceso de investigación como proceso artesanal (Minayo C, 2003) y respecto del proceso de desmanicomialización como construcción colectiva ético-política.

### ¿POR QUÉ INVESTIGAR LA DESMANICOMIALIZACIÓN?

Cuando pensamos en investigación científica, se nos aparece una primera imagen de asepsia y laboratorio como espacio aislado de la sociedad. Sin embargo, la realidad de la investigación dista mucho de esa imagen inmaculada, objetiva y neutral. Todas las decisiones acerca de qué investigar y cómo investigarlo están socialmente condicionadas

---

[1] La investigación contó con aval de la Dirección del Hospital Ing. Huergo, de la Coordinación provincial de SM y de la Comisión Provincial de Investigación en Salud de Río Negro. La directora de la beca fue la Lic. Scalesa. Fueron colaboradores: los integrantes del equipo de SM de Ing. Huergo (Lic. Ciucoli y Dr. Altamirano), los residentes de la RISAMC sede Huergo 2014, jefe de personal y personal del Servicio de Estadística, la Lic. Carlino, Lic. Zubeldía y María de los Ángeles Rolo en la colecta y análisis estadístico de los datos.

y ligadas a intereses propios de quien investiga o de otros (instituciones académicas, financiadoras, sociales, etc.).

Desde que nace un problema de investigación, aquello de la realidad que definimos como problema va a ser algo que nos conmueve, que nos interesa social y subjetivamente. Es decir: no es un problema únicamente cognitivo que observamos desde un marco teórico, sino que entendemos como tal desde un marco valorativo, desde una posición política.

En nuestro caso, lo que nos indigna – nos enciende – como investigadoras, ha sido advertir la vigencia de lo manicomial, que en todo el mundo sigue siendo absolutamente hegemónico a pesar de los esfuerzos por transformarlo, como afirma Desviat (1999). Sin esa primera chispa de indignación serán en vano procedimientos y manuales metodológicos, pues faltará el motor que nos impulsa a conocer.

Creemos que investigar es una tarea siempre compartida. Ninguna investigación se hace en soledad, ni siquiera aquellas en las cuales hay un/a solo/a autor/a. Al investigar, debemos superar el obstáculo que nos impone la visión disciplinar de nuestra propia formación universitaria, que es individualista y nos enseña a atesorar celosamente el conocimiento adquirido. Esa actitud, además, nos dificulta aceptar críticas y aportes de los demás. Por el contrario, hemos aprendido que trabajar en equipo requiere, entre otras condiciones, de humildad para escuchar y agradecer la crítica del otro; y de una actitud generosa para compartir nuestros saberes y experiencias.

Partimos de considerar que el campo de la SM articula aspectos éticos, técnicos y políticos; y que, aunque algunas prácticas en SM se justifican y validan desde el plano ético, se requiere de la ciencia para legitimar formas que además de justas sean eficaces en el plano técnico.

Por eso, afirmamos que es indispensable investigar la desmanicomialización. Lo aseguramos desde la convicción de que la práctica desmanicomializadora cuenta con fundamentos de tipo técnico: es decir, es eficaz para asistir al sufrimiento. Su contraparte - la práctica manicomial - no sólo es irrespetuosa de los DDHH, sino que por ello mismo destruye la subjetividad y la dignidad de las personas con sufrimiento mental. En consecuencia, toda práctica manicomial es ineficaz por sus efectos de cronicidad del padecimiento.

Además, construir conocimiento científico específico desde la perspectiva de la SM Comunitaria es necesario para sumar coherencia entre las prácticas y las teorías que las sostienen. Si no construimos un conocimiento que investigue desde conceptos propios y sobre las prácticas desmanicomializadoras, somos hojas al viento de las modas intelectuales y de las ganancias de laboratorios y centros de propagación de todo tipo de técnicas y métodos. Si no se avanza en la construcción de un bagaje teórico propio, seguiremos hablando desde el lenguaje de otros, perdiendo coherencia y legitimidad en nuestras prácticas.

La SM comunitaria requiere de validación social y científica. Esta legitimación no se da de manera espontánea, simplemente "por añadidura" cuando hacemos bien nuestra tarea. Por el contrario, esa validación solo

podrá darse a través de la investigación y la comunicación de resultados en la vida concreta de las personas con sufrimiento mental.

Sin embargo, en este campo, la validación científica se encuentra con múltiples obstáculos, de los cuales mencionaremos mínimamente dos: primeramente, en los modelos de atención comunitaria, validar la eficacia de las prácticas representa un desafío teórico y metodológico, dado que dichas prácticas exceden los esquemas tradicionales de salud-enfermedad. Por lo mismo, se requiere la construcción de categorías de validación novedosas, que no son habituales para otras problemáticas de salud u otras especialidades sanitarias. Este tipo de obstáculos se refieren a la dificultad propia de conocer el objeto, por su complejidad intrínseca.

En segundo lugar, nos encontramos con dificultades que describimos como barreras en la cultura profesional que acompaña el proceso de desmanicomialización. Esta "cultura" ha implicado un alejamiento de los profesionales comprometidos con este proceso, respecto de los ámbitos académicos de producción científica. Dedicaremos algunos párrafos más a describir esta afirmación.

En cada colectivo de profesionales existe cierta división operativa del trabajo; en el caso de la desmanicomialización rionegrina observamos una división de tareas entre lo que llamaremos la práctica-asistencial y la práctica-teórica. En este caso, la división también conlleva un alejamiento y desarticulación; desajuste que tiene implicancias negativas para el desarrollo y fortalecimiento del proceso transformador.

Si bien reflexionamos a partir de nuestra

experiencia en la singularidad de nuestro territorio, el aporte de diversos autores del ámbito internacional nos permite vislumbrar que se trata de una problemática compleja (pues tiene múltiples aspectos y relaciones no lineales entre sus componentes) que excede el ámbito provincial. Así, uno de los aspectos de esa desarticulación está referido al proceso de formación, pues falta correlación entre capacitación teórica y habilidades necesarias para la práctica asistencial desmanicomializadora. En este sentido, Desviat (1999) plantea que ha sido un error de las estrategias de reforma en SM mantenerse alejadas de los espacios académicos, generando que la universidad no se involucre en el proceso de transformación, y que por tanto continúe brindando una formación de grado conservadora.

De manera similar, de Lellis y Sosa (2011) señalan que en los servicios asistenciales falta capacitación para desempeñarse en el modelo de atención propuesto, ya que los contenidos curriculares en la formación se caracterizan por estar centrados en el paradigma que se intenta sustituir. Por su parte, la OMS (2008) afirma que existe una brecha entre los recursos técnicos disponibles a nivel teórico, y las herramientas de las que realmente disponen los trabajadores en los servicios de SM.

Un segundo aspecto para considerar del desajuste planteado se refiere a la producción teórica propiamente dicha. Aquí es donde observamos un alejamiento de trabajadores de la desmanicomialización provincial respecto de la práctica-teórica, que incluso estaría desvalorizada, al menos en relación con la riqueza que se le adjudica a la práctica-asistencial desde los servicios[2].

Collins (2008) en una investigación sobre la Desmanicomialización rionegrina menciona como vulnerabilidad precisamente la falta de un programa de investigación que acompañe y consolide las fortalezas de los diversos equipos y pueda encontrar respuestas a las dificultades. Agrega como otra vulnerabilidad la falta de difusión a nivel regional de dichas prácticas. Coincidimos en que resulta prioritario construir un conocimiento de la desmanicomialización que sistematice información y prácticas, que conceptualice sobre ellas, y que estimule la difusión no solo a través de la tradición oral sino por medio de la escritura.



[2] Esa dicotomía entre trabajadores abocados a la práctica-asistencial y trabajadores abocados a la práctica-teórica, excede lo meramente operativo, e involucra la subestimación y/o recelos con que cada grupo percibe y trata al otro – alterno, y viceversa. Así, los académicos generalmente consideran a quienes intervienen en los procesos de reforma como “pragmáticos, voluntaristas, militantes”. Por su parte, los profesionales asistenciales consideran a los investigadores como “academicistas, que nunca se mancharon las manos, que jamás vieron a un usuario en su vida, que no saben lo que es la realidad”. En el mismo sentido, una expresión trillada que muestra como los profesionales se ven a sí mismos y a los demás reza: “nosotros que estamos en la trincherita...”. Lo que subyace a esta afirmación es que los profesionales asistenciales consideran que ellos están en la primera línea de la confrontación con las dificultades, mientras los académicos están en su sala de situación pensando, juzgando y/o evaluando.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

La pregunta que guio la investigación fue: ¿Cuáles son las características de la asistencia que se brindó en el marco de las desmanicomialización rionegrina, desde el servicio de SM Comunitaria del Hospital Área Programa Ing. Huergo, en cuanto a población asistida y tratamiento realizados durante los años 2012 y 2013?

### **Diseño del estudio.**

Se trató de un abordaje cuantitativo con diseño de tipo Descriptivo Transversal. El diseño fue elegido a pesar de sus limitaciones, por su alto potencial descriptivo cuando no se poseen informaciones previas, dado que se buscaba obtener una aproximación al estado actual del tema. En nuestro caso, nos permitió conocer el proceso de desmanicomialización en lo local, en cuanto a características técnicas de los tratamientos y perfil de la población asistida.

### **Breve descripción del contexto o Ámbito de estudio:**

El hospital general Área Programa Ing. Huergo comprende las localidades de Huergo y Mainqué, en la zona del Alto Valle Este de la provincia de Río Negro, Patagonia Argentina. El área abarca unos 10.000 habitantes; la principal actividad económica es la producción frutícola.

El equipo de SM de dicho hospital contaba con ocho profesionales: un psiquiatra, dos licenciadas en psicología, una operadora de SM, y cinco residentes (cuatro psicólogos y una trabajadora social).

Contaba con dispositivos de atención individual y grupal. Se realizaban diversas actividades en conjunto con otros servicios hospitalarios, desde un abordaje interdisciplinario. Respecto de la atención de personas con sufrimiento mental, el servicio de SM local contaba con guardias pasivas las 24 hs para la atención de urgencias, admisiones, interconsultas, consultorio externo, visitas domiciliarias, internación en sala general, entre otros.

### **Población del estudio (participantes):**

Se definió como todos los usuarios que recibieron al menos una atención asistencial en el periodo 1/01/12 al 31/12/13 inclusive; y todos los tratamientos realizados por algún efector del servicio de SM en dicho período. Se analizó el universo completo de la población asistida, es decir que no se utilizó muestra.

Criterio de Inclusión: personas asistidas por el servicio local entre los años 2012 y 2013, en cualquiera de los ámbitos de intervención (consultorio, domicilio, etc.) Criterio de Exclusión: se excluyeron aquellos casos en los cuales se carecía de más del 50% de los datos acerca de las características del usuario o de la asistencia realizada.

### **Fuentes de datos.**

Se trabajó a partir de fuentes secundarias (es decir, datos que existían previamente) incluyendo diversos tipos de registros:

- (1) Registros de carácter provincial disponible en todos los servicios de SM de la Provincia:
  - (a) Planilla de Registro Diario de Actividades;
  - (b) Historia Clínica de cada usuario.

(2) Registros de carácter local, usados por el equipo para registrar sistemáticamente información: c) Planilla del usuario; d) Registro de reuniones de equipo. A partir de esas fuentes secundarias se creó una Base de Datos utilizando programa Microsoft Excel.

### **Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación**

La investigación no conllevó contacto con personas, porque se trabajó íntegramente con fuentes secundarias, disponibles por registros sistemáticos del servicio de SM local. Por lo tanto, el consentimiento libre e informado no fue preciso en este caso. El estudio tampoco involucró un esfuerzo extra para los usuarios (pacientes) ni para el personal de SM cumpliéndose el criterio de obtención de máximos beneficios con el menor perjuicio posible. Antes de iniciar el análisis estadístico, se omitieron los nombres, o cualquier otro dato que resultara vinculante, a fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

### **Métodos de análisis estadísticos:**

Se realizó un tratamiento de los datos que permitiera un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, razones y proporciones.

---

[3] Aunque reconocemos sus diferencias conceptuales, para el presente trabajo se consideraron equivalentes: tratamiento, asistencia y estrategia terapéutica, por considerarlos conceptos enlazados y mutuamente determinados.

### **Definición Teórica y Operacional de las Variables.**

Las variables utilizadas para caracterizar a los usuarios (edad, nivel de instrucción, sexo, motivo de consulta y diagnóstico) se correspondieron con las disponibles en las fuentes secundarias. Para la definición operacional se asumió como valor lo registrado por el profesional de SM en las Planillas de admisión o Historia Clínica. Para todas las variables se utilizó la categoría sin datos, cuando dicha información no estaba disponible. Por otro lado, el Tratamiento se definió como las diferentes actividades dentro de la estrategia terapéutica[3] de un usuario o de un grupo de usuarios. Para su caracterización se consideraron las siguientes variables:

- **Duración:** meses transcurridos entre el primer y el último contacto del usuario con el servicio de SM, según registro en H.C. Se midió en escala ordinal, se definieron 5 valores posibles: 1) Asistencia única, sin tratamiento: 1 mes (exclusiva para contactos cuyo motivo de consulta fuera Solicitud de Certificado).; 2) Tratamiento Breve: hasta 6 meses inclusive; 3) Tratamiento Medio: desde 7 meses hasta 12 meses inclusive; 4) Tratamiento Prolongado: 13 meses o más; 5) "Sin especificar": tratamientos iniciados en el año 2013 que al 31 de diciembre de dicho año no hayan finalizado.
- **Frecuencia:** promedio mensual de contactos asistenciales en SM en el período estudiado, según registro de H.C. Se contó el total de contactos con el usuario, dividiéndolo en la cantidad de meses del período estudiado en que dicho usuario recibió la asistencia. Se clasificó en escala cuantitativa continua.

- **Dispositivos Utilizados:** Se definieron operativamente seis dispositivos a partir de una adaptación de los tipos de actividades estandarizadas para el programa provincial. Cada uno de estos dispositivos se consideró como variable independiente, dicotómica; valores posibles SI-NO, definida según si el usuario recibió al menos una asistencia de ese tipo en los años 2012 o 2013. Al ser variables independientes, reconocemos que la participación del usuario en uno de los dispositivos, no impide -ni determina - la inclusión del mismo en algún otro dispositivo.
- **Tratamiento con diseño de ET en reunión de equipo[4]:** La variable se define operativamente en función de la existencia o no de discusión del caso en el espacio de reunión de equipo del servicio de SM, según constancia en base de datos del servicio de SM. Los valores posibles para esta variable dicotómica fueron: SI o NO.

### 3. RESULTADOS: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

Se investigaron inicialmente 1.079 casos-usuarixs, de los cuales se excluyeron 145 (13,4%) por contar con datos incompletos en los registros. De este modo, la población en estudio se conformó con un total de 934 usuarios participantes.

---

[4] Reuniones de equipo de SM: Se trata de una de las actividades definidas y estandarizadas para el Programa de SM Comunitaria de la provincia de Río Negro (8). Tiene como objetivo facilitar el intercambio de visiones teóricas entre los trabajadores de SM, con la finalidad primaria de diseñar y evaluar las estrategias terapéuticas del conjunto de usuarios.

El número de personas asistidas se corresponde con un 9,3 % del total de la población del área programa del Hospital Ingeniero Huergo. Este porcentaje supera el promedio provincial, que según datos del Informe IESSM, en 2007 era de 3,5% (3.416 usuarios con asistencia ambulatoria cada 100,000 habitantes) (IESSM, 2007).

De las personas asistidas 624 fueron mujeres (66,8%) y 310 fueron varones (33,2%). La razón mujer-hombre es de 2:1. Nótese que la fuente utilizada registra la variable "sexo" definida de manera tradicional y con valores dicotómicos mujer/varón, sin contemplar la diversidad de género que es una variable más compleja pero sin duda más pertinente.

#### Edad

El promedio fue de 34,6 años, en un rango de 0 a 89 años. La mediana fue 32 años y la moda 30 años (N=934). Al agrupar las edades por categorías, se observa la participación de niños (n=81) adolescentes (n=163) adultos (n=596) y adultos mayores (n=163). De manera similar a otros estudios nacionales (Gerlero & Augsburguer, 2012) el grupo etario que más demanda asistencia fueron los adultos.

#### Nivel de instrucción

La mayor frecuencia corresponde a usarixs con nivel de instrucción de primario incompleto, que sumaron 105 (11%), seguidos de secundario incompleto para 88 usarixs (9,4%). Destacamos que apenas el 15% de la población tenían el nivel secundario completo o más.

#### Motivo de consulta

Se agruparon en categorías cualitativas construidas durante el análisis. Las de mayor frecuencia fueron el sufrimiento vinculado a

temas de Vida Doméstica, Vincular y de Crianza, que en conjunto alcanzaron los 230 eventos (24,6%). En cuanto a las consultas motivadas por síntoma de sufrimiento personal-angustia, ansiedad, nervios, tristeza u otros- tuvieron en total una frecuencia de 216 (23%). El conjunto de motivos vinculados a gestión de diversos certificados -de aptitud, discapacidad u otros- fue de 115 en el período estudiado (12,3%).

Observamos que el abuso o adicción a sustancias, incluyendo problemas de consumo de alcohol (n= 40), fue referido en 62 casos como el motivo de consulta principal (6,6 %). Ello nos muestra que la población que sufre las problemáticas de las adicciones recibe asistencia en un servicio local de SM Comunitaria, en concordancia con la Ley Nacional 26657/10.

Subrayamos, además, que en 47 casos el motivo de consulta se refiere a situaciones de aislamiento social (5%).

### **Diagnóstico CIE 10.**

La mayor frecuencia fue para "Reacción al Estrés grave y trastornos de adaptación" (15,4%). Otros diagnósticos muy utilizados fueron "problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas" (12%) y "Trastorno depresivo recurrente" (9,5%). Los diagnósticos F10 y F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol; y al uso de múltiples sustancias, respectivamente) representan en conjunto el 10% de los diagnósticos efectuados (n=668).

Los datos locales coinciden con el nivel provincial, según el IESSM 2007. Ese estudio encontró que, en los establecimientos

ambulatorios rionegrinos, uno de los diagnósticos más frecuentes era "Trastornos neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos (20%), siendo en el estudio local los trastornos codificados entre las F40 y F49 sumaron el 24% de los diagnósticos encontrados.

### **Duración del tratamiento.**

El 12,2 % de participantes (n= 114) tuvieron Contactos de tipo Único y fueron considerados Usuarios Sin Tratamiento. Del total de usuarios con tratamiento (n=820) la mayor frecuencia fue para los tratamientos Breves en el 60% de los mismos (n=492); mientras un 13,6% de los tratamientos fueron Prolongados (n=112). La razón Tratamientos Breves - Prolongados fue de 4:1.

Esos datos se adecúan a lo esperado para un servicio con diversidad de vínculos de cuidado y diversidad del tiempo de duración de esos vínculos entre consultantes y equipos de SM. Por un lado, resulta fundamental contar con adecuada disponibilidad a las nuevas demandas (aspecto de la accesibilidad), por eso es esperable que se realicen muchas y variadas consultas de la población, que no necesariamente se traduzcan en un vínculo permanente con el servicio. Por otro lado, como plantea Basauri, (1993) las personas con trastornos mentales severos requerirán atención prolongada, en la mayoría de los casos de por vida, con diversos grados de intervención de los servicios de SM (Basaglia, 1968).

### **Frecuencia de los contactos.**

La frecuencia del contacto durante la asistencia presentó un amplio rango entre 0,2 y 20 contactos por mes. El promedio es de 2,1 contactos por mes; mientras que la mediana



se definió en 1,7 contactos por mes. La moda fue 1 contacto por mes. Se observa que el 8% de los participantes tuvo una frecuencia mayor a 4 contactos por mes. Durante el análisis, también se observó que la frecuencia de contactos es 1,5 veces superior en Tratamientos Prolongados respecto de la misma en los Tratamientos Breves.

### **Dispositivos utilizados**

Los datos evidencian el uso de los seis dispositivos en forma desigual. El más utilizado fue el Dispositivo de Asistencia Individual-Familiar, empleado por el 77,4% de los participantes. Lo sigue la Asistencia Comunitaria, utilizado por el 40%. La menor frecuencia de utilización es para los dispositivos de Asistencia Grupal, utilizados por apenas el 5% del total de usuarios de SM. Señalamos la concordancia de este dato con un estudio donde se plantea la posible existencia de un obstáculo cultural al uso de este tipo de dispositivos (OMS/OPS, 1990).

Se destaca que el 20% de los participantes utilizaron el dispositivo de Internación en Hospital General como parte de su estrategia terapéutica en el período estudiado.

### **Diseño de Estrategia Terapéutica (ET) en el espacio de Reunión de Equipo.**

De los 934 casos estudiados, 361 (39%) contó con un diseño en equipo de su estrategia terapéutica. La razón SI/NO respecto de los tratamientos con construcción de ET en reuniones de equipo fue de 0,6:1.

Interpretamos estos datos con relación a lo estipulado por la ley provincial 2440, que define que el tratamiento a realizar para cada usuario debe ser diseñado por un equipo interdisciplinario de SM (Dirección

Salud Mental de Río Negro, 2009) En ese sentido, se valora como bajo el porcentaje de ET diseñadas en reunión de equipo. Sin embargo, se observó que el porcentaje alcanza el 82% en los Tratamientos Prolongados; mientras que apenas el 32,8% en Tratamientos Breves. También se determinó que del total de 181 usuarios que usaron el dispositivo de Internación, 131 (72,4%) fueron estrategias terapéuticas discutidas en reunión de equipo.

Ello nos permite valorar una tendencia hacia la construcción en equipo de las estrategias terapéuticas en aquellos casos que requieren de la continuidad del vínculo con el Servicio de SM por la severidad de su trastorno mental (Basaglia, 1968)

### **Análisis de Datos ausentes.**

En una investigación científica no sólo los datos encontrados son interpretados, sino que su ausencia debe considerarse como parte de la información. En nuestro caso, la variable con mayor porcentaje de datos perdidos fue nivel de instrucción (falta de datos para el 52,4% de los participantes del estudio) seguida de la variable "Diagnóstico CIE-10" (ausencia del 29%).

Ello nos dio la oportunidad de reflexionar críticamente acerca del uso de clasificaciones diagnósticas, pues en Río Negro co-existen tanto el uso legitimado del término "sufrimiento mental" (utilizado en el texto de la Ley Provincial 2440/91) como las exigencias estadísticas de completar informes en base al CIE-10.

Esa co-existencia implica una tensión o conflicto permanente, puesto que representan dos paradigmas alternativos en salud mental. Por eso, interpretamos la ausencia de datos

de diagnóstico CIE-10 no sólo en relación con la dificultad para arribar al diagnóstico por la complejidad del objeto propia de SM; sino como toma de posición política respecto de lo innecesario de esa clasificación (su carácter opcional). Recordemos que la clasificación CIE-10 no debe confundirse con el diagnóstico propiamente dicho. Ello en concordancia con lo planteado por la Ley 26.657/10 que en su artículo 16 explicita la diferencia entre el diagnóstico interdisciplinario e integral que resulta indispensable para la tarea asistencial, y la referencia a criterios clasificatorios de trastornos internacionales, de carácter eventual.

#### 4. CONCLUSIONES

**“DEBEMOS CUIDAR QUE ESTA PERSPECTIVA, DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA, NO SE CONVIERTA SOLAMENTE EN UN HUMANISMO MILITANTE, ABANDONANDO DE ESTE MODO LA INVESTIGACIÓN, Y POR ENDE LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO, A OTRAS CORRIENTES POSITIVISTAS”**

(Galende, 2015, p. 176)

Todo estudio posee fortalezas y limitaciones, que deben ser reconocidas para valorar adecuadamente el alcance de la información aportada. En nuestro caso, una de las limitaciones se corresponde con el alcance propio del abordaje cuantitativo, que nos permitió ponderar algunos aspectos de la población y de los tratamientos realizados, pero que sin duda resulta insuficiente para comprender o valorar la tarea desmanicomializadora en su complejidad. Además, consideramos que hay aspectos de la población que no pueden estudiarse a partir de la suma de características de sus individuos. En este sentido, concluimos necesario profundizar el estudio con abordajes de diseño cualitativo.

Luego de caracterizar la población asistida, concluimos en la necesidad de construir nuevas formas de clasificación del sufrimiento mental acordes a los lineamientos de la ley 26657 y a su marco teórico e ideológico.

Para la SMC rionegrina, la marginación es determinante del padecimiento (Schiappa Pietra, 2003). Sin embargo, a la hora de emplear una categoría diagnóstica, estas variables muchas veces son invisibilidades. Observamos frecuentemente que profesionales y equipos de salud con un posicionamiento desmanicomializador, siguen usando categorías diagnósticas y formas de abordaje que no se condicen con dicha perspectiva. Creemos que esta operación no se debe a la falta de capacidad de los profesionales o a un falseamiento ideológico; según nuestro punto de vista tiene su origen en la escases de alternativas conceptuales que nos permitan diagnosticar de otro modo, es decir, que promuevan un abordaje desde la centralidad del sufrimiento mental.

Por otro lado, en cuanto a los tratamientos realizados, se pudo contar la variedad de dispositivos, duración y frecuencia de los mismos. Vimos que un 20% de lxs usuarixs del servicio local utilizaron el dispositivo de Internación en Hospital General. El porcentaje de estrategias terapéuticas discutidas en reunión de equipo alcanzó el 82% de los Tratamientos Prolongados, mostrando el alcance del método reflexión-acción en la práctica desmanicomializadora. Se demostró también que la atención de problemáticas de adicciones se realiza en el ámbito comunitario, en línea con lo estipulado por la legislación nacional.

Ello nos permitió reflexionar sobre la diversidad que debe componer un Programa de SM comunitaria, tanto en sus recursos y dispositivos, como en sus modos de ingreso y

continuidad de cuidados o resolución de la demanda según el caso.

Retomando nuestro planteo inicial, hemos afirmado que para el proceso de desmanicomialización, investigar resulta una obligación profesional, porque solo así contaremos con herramientas legitimadas científicamente para contrarrestar las tendencias patologizadoras y excluyentes del pensamiento manicomial.

En escritos previos, hemos afirmado que en los profesionales desmanicomializadores se observa la vigencia del imperativo a la práctica basagliana, que implicó cierto menosprecio de las teorías tradicionales sobre la enfermedad mental (Baffo, 2012). Abandonar esas teorías era necesario para inventar y llevar adelante nuevas prácticas asistenciales, superadoras de las restricciones que implicaban esas teorías. Luego, esta valoración de la práctica por sobre la teoría, mantuvo a muchos desmanicomializadores algo alejados de los ámbitos de producción teórica y académica, refugiados en la riqueza del método reflexión- acción, pero limitados por la oralidad predominante en ese quehacer. Aunque la desarticulación entre la práctica asistencial y la academia ha sido inevitable en sus primeros momentos, luego de 30 años vale la pena focalizar esfuerzos para zuzcir ese hiato.

Al respecto, queremos destacar que resulta necesario se estimule la práctica investigativa de manera específica. Es decir: comprendiendo que la prioridad de los servicios es siempre asistencial, investigar sobre la práctica desmanicomializadora no puede sumarse como otra de las tareas a las múltiples labores cotidianas de los equipos, ni descansar en voluntarismos individuales.

Tampoco podemos resignar la labor de teorizar, ni delegarla en quienes tienen otros compromisos e intereses. Por lo mismo, consideramos necesario que se definan y prioricen líneas de articulación entre actores que sostienen el quehacer desmanicomializador, y actores académicos dedicados a tareas de investigación y teorización. Identificamos en ello uno de los desafíos para consolidar el trabajo que se viene construyendo.

## 5. REFERENCIAS

- Augsburger, AC, (2002) De la Epidemiología Psiquiátrica a la epidemiología en Salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos Sociales N°81 pp. 61-75. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Basauri, V.A (coord.) (1993) Evaluación de Servicios de salud mental. Getafe, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- Baffo, C (2011) Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental. Tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Dpto Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Defendida setiembre 2012.
- Baffo, C; Paulín Devallis, M (2010). Diagnóstico de situación de las prestaciones de salud mental comunitaria en el Hospital Área Programa Ingeniero Huergo. A 30 años de la reforma del modelo. Becas Investigación Ramón Carrillo Arturo Oñativia, Anuario 2010. 1ª Edición Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Basaglia, F. A (1968) Instituição negada. Relato de un hospital psiquiátrico. Edicoes Graal, Río de Janeiro, 1968 (3º edición, 1985).

- Cohen, H; Natella, G (2013) La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de Salud Mental en Río Negro. Bs As, Lugar Editorial.
- Collins, P (2008) Waving the banner of mental health revolution: psychiatric reform and community mental health in the province of Rio Negro en Caldas de Almeida, JM ; Cohen, A (coord) Innovative Community Mental Health Services in Latin America and the Caribbean, Washington DC, OPS. Disponible en [www.publications.paho.org](http://www.publications.paho.org), consultada 17/08/2016.
- De Lellis, M.; Sosa, S. (2011) La formación de recursos humanos en Atención Primaria y Salud Mental. En: Asociación Argentina de Salud Mental. Sexo, cultura y poder. Págs. 548-551. Bs As.
- Desviat, M (1999) A reforma Psiquiátrica. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Di Nella y col. (2011) Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010 mayo 2011. Revista Argentina de Salud Pública, Vol 2, Nro 8.
- Dirección Salud Mental de Río Negro (2007) Informe final IESSM -OPS Provincia de Río Negro. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.
- Galende, E (2015) Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García, C. (2012). Estrategias para hacer de la experiencia investigativa un proceso formativo. Uni-pluriversidad, 1 (1), 57 - 60. Recuperado <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/12379/11213>
- Gerlero S.; Augsburguer AC. (Comp), (2012) La salud mental en Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos. Laborde Editor. Rosario. ISBN 978-987-677-030-9.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2010) Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657/2010. Buenos Aires.
- Minayo, C (org) (2003) Investigación Social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- OMS, (2008) Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (MHGAP) Ginerbra.
- OMS/ OPS (2005) Principios de Brasilia. Principios Rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia.
- OMS/OPS (1990) Extracto de la Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención a las personas con trastornos mentales. Caracas.
- Paulín Devallis, M (2012) Las prácticas de salud mental con personas que padecen trastornos mentales severos en el proceso de reforma del modelo asistencial en la Provincia de Río Negro, año 2007. La perspectiva de trabajadores de salud mental, usuarios y familiares. Tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria. Dpto Salud Comunitaria Universidad Nacional de Lanús. Defendida mayo 2012.
- Schiappa Pietra, J (2003) La leyenda continúa: temas y narraciones de salud mental: modalidad rionegrina., General Roca: Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones.
- Schiappa Pietra, J (2013) Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión. General Roca: Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones.



Arte & Ciência  
com boas  
ações!  
¡Arte y Ciencia con buenas obras!  
Art & Science with good deeds!

SEJA PATROCINADOR PARA PESQUISADORES, PROFESSORES E  
PROFISSIONAIS DIVULGAREM SUAS BOAS AÇÕES EM NOSSA REVISTA  
CIENTÍFICA.

SEA PATROCINADOR DE INVESTIGADORES, PROFESORES Y  
PROFISSIONALES QUE PUBLICAN SUS BUENAS ACCIONES EN NUESTRA  
REVISTA CIENTÍFICA.

BE A SPONSOR FOR RESEARCHERS, PROFESSORS AND PROFESSIONALS  
PUBLISHED ON YOUR GOOD DEEDS IN OUR SCIENTIFIC JOURNAL.

Patrocínios anuais (local, nacional, internacional)



SUA MARCA  
AQUI



PSICOPEDAGOGIA & COACHING

YOUR BRAN  
HERE

**ASSOCIAÇÃO**  
**ESCOLA DA METRÓPOLE**  
**SATURNINO DE BRITO**

TU MARCA  
AQUÍ



**Estácio**

SUA MARCA  
AQUI



[2022]

Todos os direitos desta edição reservados à ©eSocial Brasil

Rua México, 156 - 121

Pitangueiras - Guarujá SP - 11410-350

+55 (13) 3329-1548

Whatsapp +55(13) 99668-1887

[www.socialmeeting.info](http://www.socialmeeting.info)

[www.esocialbrasil.periodikos.com.br](http://www.esocialbrasil.periodikos.com.br)

[contato@socialmeeting.info](mailto:contato@socialmeeting.info)

**SOME**

**Social Meeting  
Scientific Journal**

Scientific editor: Dr. Evandro Prestes Guerreiro

[2022]

Todos os direitos desta edição reservados à ©eSocial

Brasil

Rua México, 156 - 121

Pitangueiras - Guarujá SP - 11410-350

+55 (13) 3329-1548

Whatsapp +55(13) 99668-1887

[www.socialmeeting.info](http://www.socialmeeting.info)

[www.esocialbrasil.periodikos.com.br](http://www.esocialbrasil.periodikos.com.br)

[contato@socialmeeting.info](mailto:contato@socialmeeting.info)