



SAÚDE & SOCIEDADE

Pesquisas Contemporâneas

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)



2023

SAÚDE & SOCIEDADE

Pesquisas Contemporâneas

SAÚDE & SOCIEDADE

Pesquisas Contemporâneas

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)



BOA VISTA/RR
2023

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão

Elói Martins Senhoras
Maria Sharlyany Marques Ramos

Capa

Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e

Diagramação

Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial

Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Le2 LEMOS, Flávia Cristina Silveira; SENHORAS, Elói Martins (organizadores).

Saúde & Sociedade: Pesquisas Contemporâneas. Boa Vista: Editora IOLE, 2023, 307 p.

Série: Saúde. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-85212-34-2

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8003630>

1 - Brasil. 2 - Psicologia. 3 - Saúde. . 4 - Sociedade.

I - Título. II - Lemos, Flávia Cristina Silveira. III - Saúde. IV - Série

CDD-614

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e das práxis em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capitalização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO | 9

CAPÍTULO 1 |
A Psicanálise Contemporânea e o Debate de Despatologização de Gênero 13

CAPÍTULO 2 |
Eu, Outro e Corpo: Autolesão no Tik Tok 45

CAPÍTULO 3 |
Síndrome de Burnout: Pensando a Ética nas Relações de Trabalho Face às Exigências do Capitalismo e do Mundo Digital 77

CAPÍTULO 4 |
As Repercussões da Cardiopatia Congênita na Infância:
O Desenvolvimento Emocional da Criança na Relação Mãe-Filho 107

CAPÍTULO 5 |
Políticas Públicas, Interseccionalidade e a Indispensabilidade da Luta Coletiva Para Garantir Direitos da Pessoa Com Transtorno do Espectro Autista 139

CAPÍTULO 6 |
Coronasexting: Uma Revisão Integrativa Sobre Sexualidade nos Meios Virtuais em Tempos de Pandemia 165

SUMÁRIO

CAPÍTULO 7 Clínica Psicanalítica Com Crianças Autistas: A Postura do Analista	183
CAPÍTULO 8 Atenção Multiprofissional à Criança Cardiopata Institucionalizada: Um Relato de Experiência	199
CAPÍTULO 9 O Plantão Psicológico Como Possibilidade de Atuação do Psicólogo na Atenção Básica	223
CAPÍTULO 10 Relato de Experiência a Respeito da Atuação em Saúde Mental Durante a Pandemia de Covid-19 em um Município do Interior na Região Amazônica	239
CAPÍTULO 11 Esclerose Múltipla e Ocupações: O Estudo de Caso Como Percurso Metodológico	257
CAPÍTULO 12 Subjetividade, Medicalização da Produção de Saúde no Espaço Urbano	283
SOBRE OS AUTORES 	295

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Este livro, “Saúde & Sociedade: Pesquisas Contemporâneas”, tem o objetivo de apresentar uma visão panorâmica do contexto de complexidades, especificidades e trajetórias sócio-históricas que se manifesta por meio de um conjunto diferenciado de desafios à realidade da saúde física e mental na sociedade contemporânea.

Organizada em doze capítulos, esta obra explora a fronteira do conhecimento sobre os dilemas da saúde com base na análise da realidade empírica da sociedade brasileira, demonstrando assim uma oportunidade ímpar para apresentar não apenas o estado da arte na periodização contemporânea, mas também descrever uma série de agendas temáticas e de estudos de casos relevantes.

O livro é fruto de um trabalho coletivo desenvolvido a várias mãos por uma rede institucional-colaborativa de pesquisadoras e pesquisadores brasileiros, com distintas formações e expertises em favor do compromisso com a construção incremental do campo epistêmico de Saúde Pública em suas dimensões acadêmica e profissional.

Construído para estimular o espírito de reflexão e criticidade sobre a saúde física e mental, o presente livro manifesta o rigor científico de uma triangulação teórica e metodológica, permeada pela diversidade de dados e pelo pluralismo analítico conceitual, propiciando a transmissão de uma série de informações e novos conhecimentos.

A natureza exploratória, descritiva e explicativa dos capítulos do presente livro tem na abordagem qualitativa o substrato ideal para apresentar distintos paradigmas teóricos e recortes metodológicos de levantamento e análise de dados primários e

secundários, os quais proporcionam uma imersão aprofundada em uma agenda eclética de estudos sobre o binômio Saúde-Sociedade.

Recomendada para um conjunto diversificado de leitores, esta obra apresenta o complexo contexto de contemporâneos desafios da realidade sanitária brasileira por meio de capítulos redigidos por meio de uma didática e fluída linguagem que valoriza a troca de experiências e o rigor teórico-conceitual e dos modelos, tanto para um público leigo não afeito a tecnicismos, quanto para um público especializado de acadêmicos e profissionais.

Ótima leitura!

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(organizadores)

CAPÍTULO 1

*A Psicanálise Contemporânea e o
Debate de Despatologização de Gênero*

A PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA E O DEBATE DE DESPATOLOGIZAÇÃO DE GÊNERO

Caroline Lira Ferreira

Cláudia Lilian Vigário de Lima Pinheiro

Bárbara Araújo Sordi

O presente capítulo tem como objetivo geral apresentar reflexões contemporâneas de psicanalistas sobre a despatologização de gênero, visando romper com a cis-hetero-normatividade do *setting* terapêutico. Para nortear o percurso deste trabalho, apresentamos brevemente a sigla LGBTTQQAAP, também conhecida como LGBTQIAP+, que abrange identidades lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais, *queer*, *questioning*, intersexuais, aliados, assexuais e pansexuais, sendo que o caractere “+” ressalta a possibilidade de inclusão de novas identidades e reforça que essa denominação está sujeita a mudanças (BORTOLETTO, 2019, p. 11). Vale destacar que questões identitárias refletem questões de experiência, subjetividade e relações sociais que marcam e atravessam os sujeitos que se incluem em uma determinada identidade (BRAH, 2006).

Ao falarmos de Brasil, se faz importante destacar que o sistema público brasileiro possui diversas falhas no combate à violência, no levantamento de dados e nas intervenções estatais pela promoção de direitos dessa população, o que fomenta a vulnerabilidade desses sujeitos a agressões tanto sociais como institucionais, especialmente de seu subgrupo mais vulnerável, constituído de pessoas jovens e negras, como apontado pelo Atlas da Violência (CERQUEIRA, 2021, p. 69). Quanto ao sistema judiciário

brasileiro, sublinhamos que, somente no mês de abril de 2022, a Lei Maria da Penha - sancionada no ano de 2006 e que protege vítimas de violência doméstica - passou a incluir mulheres transgêneras na sua aplicação, é inevitável não reflexionar sobre o atraso dessa decisão, fato este que sublinha o quanto os direitos de (sobre)vivência ainda são negados a certas populações.

De acordo com o dossiê publicado pela ANTRA em 29 de janeiro de 2022, no ano de 2021, no Brasil ocorreram pelo menos 140 assassinatos de pessoas trans, das quais 135 travestis e mulheres transexuais, e 05 casos de homens trans e pessoas transmasculinas (BENEVIDES, 2022). O país permanece, pelo 13º ano consecutivo, como o que mais assassina pessoas trans no mundo e segue sem qualquer ação do Estado para combater a transfobia. As organizações acontecem e o Grupo Gay da Bahia, em parceria, produzem o Observatório de Mortes Violentas de LGBTQI+ no Brasil. O relatório parcial nº 001/2021, registra que entre janeiro e agosto de 2021, ocorreram no Brasil, 207 mortes, sendo 187 assassinatos e 18 suicídios.

Cabe ressaltar que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não possui no seu Censo categorias sobre sexualidade nem sobre gênero. Em vista da não existência de dados oficiais do governo, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) realiza anualmente o levantamento das estatísticas de assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras e publica o dossiê no próprio site. O que temos, portanto, é um exemplo da omissão por parte do Estado, já que a partir da ausência de levantamento de dados oficiais, essa sistemática precisa ser realizada por uma associação não governamental para que as estatísticas possam ser vistas e debatidas e revistas em ações práticas de políticas públicas, como por exemplo, medidas de promoção de saúde, respeitando princípios e diretrizes do SUS, como integralidade; medidas de prevenção ao combate de violências e não

garantia de direitos, política de cotas para garantir acessibilidade, educação sexual nas escolas, entre outras.

Quando o Estado se compromete como responsável social, os princípios científicos se tornam um instrumento importante para a garantia de políticas. Contudo, sabendo da não neutralidade científica, verifica-se que discurso científico e controle estatal podem contribuir de forma a manter violências e marginalizar grupos, seja na classificação dos sujeitos e no ordenamento das relações, de diagnósticos às penalizações, em que a fiscalização dessa estrutura se dá na ordem jurídica, com uso da força policial como muleta, partindo de descrições médicas para o que é ou não socialmente adequado (LAMOUNIER, 2022, p. 38). Logo, os dispositivos de controle, passam a exercer um papel fundamental na construção de uma sociedade ‘saudável’, com ponto de apoio na cisheteronormatividade.

No que cerne a cisheteronorma podemos considerar sua presença na clínica como uma reprodução do aparato normativo, tornando possível enxergar a psicologia como um “cis-tema”, isto é, um sistema que reforça a cisheteronormatividade e atua de forma ativa a partir da escuta de sujeitos e os modos como essa escuta é realizada (STONA; CARRION, 2021, p. 28). Em outras palavras, a teoria tem como referência a cisheteronorma, mantendo-se como parâmetro e ponto de partida universal.

Por certo período, pós-freudianos/as consideraram a homossexualidade no campo da perversão, o que proporcionava a taxação de uma orientação sexual desviante do padrão estabelecido e socialmente aceito, fomentando uma onda de marginalização analítica frente a esses sujeitos considerados desviantes (COUTO; LAGE, 2018).

Considerando, como sublinhado por Stona, que “há, efetivamente, paradoxos que demonstram essa dualidade na forma

de utilizar a psicanálise tanto como potência quanto como um dispositivo de normatização” (2021, p. 21), nossa pesquisa se norteia no debate crítico embasado em estudos psicanalíticos com foco na despatologização do gênero, por considerar o aporte psicanalítico fundamental para acolhimento das dissidências de gênero e compreendendo que a clínica da singularidade subjetiva não isentaria a psicanálise de uma reflexão sobre as implicações sociais e políticas dos seus dispositivos teóricos e práticos.

Neste caminho, escolhemos a revisão bibliográfica como metodologia para guiar nossa discussão, considerando produções atuais de psicanalistas brasileiros que se propõem em discutir a despatologização das identidades de gênero, nos últimos 05 anos, além de demais autores que possam contribuir com a proposta.

Iniciaremos com a discussão sobre a violência contra população LGBTQIAP+ e o movimento de despatologização de gênero, onde iremos abordar alguns temas como perversão, o discurso da cura gay e demais tópicos que fundamentam a questão, em seguida, discutiremos a psicanálise como instrumento de ruptura frente às reproduções normativas na condução do analista e os efeitos em pessoas em análise, para por conseguinte, tecer considerações sobre o debate de despatologização de gênero com o objetivo de apresentar a importância do debate para a psicanálise, já que como Freud acreditava, teoria e prática andam juntas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ESTUDOS DE GÊNERO E PATOLOGIZAÇÃO

A compreensão de gênero e sexo enquanto tecnologias construídas por forças sociais guiadas pela (*falsa*) ideia de diferença sexual (PRECIADO, 2011, p. 157), permite desenvolvermos o elo

entre o processo de docilização dos corpos e a noção de matriz heterossexual, postuladas por Michel Foucault e Judith Butler, e que servem de base para toda a discussão aqui proposta.

Michel Foucault (1988) afirma que a modernidade o sujeito passa a ser a verdade do seu sexo, sendo sua identidade sexual fator primordial para subjetivação- fato que será constantemente falado, produzindo práticas discursivas, inclusive nas distribuições de espaços arquitetônicos, por exemplo.

Foucault discorre sobre *scientia sexualis*, ao expor procedimentos da sociedade ocidental que buscam ordenar a verdade do sexo, “em função de uma forma de poder-saber” (p. 57). O filósofo fala sobre um ciclo de circularidade em relação à monogamia heterossexual, como uma regra interna da sexualidade socialmente aceita ao contrário das sexualidades ‘periféricas e desviantes’. Dessa forma, surge a ideia de “contra-natureza” da dimensão sexual, ora se existe uma norma, tudo que se opõe a ela é uma desordem, uma “contra-lei”, à época, social, judiciária e médica. Para Lamounier (2022), a classificação da homossexualidade e da transexualidade no campo da loucura produz um poder psiquiátrico que retira do sujeito sua liberdade, sob a noção de “louco moral”, a sentença do *sujeito desviante* é definida sem prazos para seu fim.

Sobre as verdades historicamente produzidas pelas instituições de poder, como os setores político e econômico, que buscam legitimar certos discursos em detrimento de outros, Foucault (1988) desenvolveu o conceito de “genealogia da sexualidade”. O filósofo fala de um “regime de poder-saber-prazer que sustenta o discurso sobre a sexualidade humana” (FOUCAULT, 1988, p. 16) e encerra os mecanismos de poder sobre os sujeitos, reguladores da subjetivação e adestramento dos corpos.

Os discursos sobre docilização dos corpos e controle do desejo também se fazem presentes nos estudos de Judith Butler, a filósofa retoma conceitos foucaultianos para elaborar sua própria ideia sobre corporeidade e gênero.

Pautada na discussão sobre poder, Butler sublinha que existe uma naturalização cultural que define gênero, corpos e desejo, este enredo específico e de inteligibilidade é chamado de “matriz heterossexual” (BUTLER, 2016). Assim sendo, somos investidos por uma heterossexualidade compulsória que se produz e reproduz no âmago da norma social, criando uma espécie de coerência entre corpo anatômico, identidade e desejo pela matriz cisheterossexual, relegando aos que não se encaixam nesta, o lugar de abjeção, de “contra-natureza” do sexual.

Ora, o que escapa da matriz heterossexual foge à lei, e como denominado por Butler (2016, p. 190-191), constitui a esfera do “abjeto”, da marginalização e desumanização. À luz das discussões butlerianas, Oliveira (2022, p. 09) destaca que:

O corpo é uma matéria constituída de forma intimamente relacionada ao contexto sociopolítico em que vive. É de interesse da matriz heterossexual o estímulo à produção de seres abjetos para a sua sustentabilidade. Afinal, para que exista um ideal de normalidade faz-se necessária a produção de seus contrastes complementares, que sejam fabricadas noções de anormalidade e corpos que a sustentem. Nesse sentido, o corpo abjeto é uma sujeição social, além de um componente do processo de subjetivação. É nesse contexto que o abjeto diz respeito àquelas vidas que não são consideradas vidas e cuja materialidade é tida como sem importância, embora necessária para a manutenção da matriz regulatória.

Em sua famosa obra “Problemas de Gênero”, Judith Butler (2016) apresenta seu conceito de performatividade de gênero, que surge ao criticar a própria ideia de gênero como produto social, posto que acaba cumprindo o mesmo efeito de poder-saber que reconhecer a diferença anatômica dos corpos, de certo determinismo social e cultural, fazendo com que o sexo seja tão fabricado quanto o gênero.

Sendo assim, Butler (2016) irá debater como práticas discursivas e os dispositivos materializam corpos e modos de subjetivação, sendo reiterados estilisticamente em performances, atos repetitivos que performam atributos sociais sobre feminilidade e masculinidade - logo, rompendo com a ideia de natureza, para abordá-los como invenção, fabricação, que podem inclusive, pela via da singularidade, criatividade e resistência, serem fissurados.

Dessa forma, o que temos é uma performatividade dos papéis estabelecidos, em que a identidade de gênero se constrói na encarnação dos discursos, como uma sequência de atos, algo feito para e pelo sujeito, e não o sujeito em si (SALIH, 2015, p. 65-67).

As contribuições de Foucault e de Butler abriram um leque de encontros para as teorias *queer*, e são ponto-chave para compreendermos os processos de violência que também aparecem na patologização de gênero. Recorrendo aos aspectos históricos, na década de 20 para pensar nos efeitos sociais em solos brasileiros, as faculdades de medicina no Brasil passaram a defender que o “homossexualismo” caracterizava um atentado à coletividade e às normas sociais, configurando-se passível de causar a destruição da sociedade, a partir de 1930 “com o Estado Novo e a ascensão do nazifascismo, fica evidente que a eugenia expressa um projeto não apenas médico, mas político e ideológico” (LAMOUNIER, 2022, p. 38). Assim, a homossexualidade foi incluída no manual médico e penal brasileiro.

Uma significativa evidência do forte discurso médico de uma sexualidade patologizante, pode ser observado com a inclusão do termo “homossexualismo”, dentro de um contexto nosológico, na Classificação Internacional de Doenças (CID) no ano de 1948, segundo Guimarães, Lorenzo e Mendonça (2020, p. 141). Apontam ainda que, o “homossexualismo” integrou o capítulo de ‘transtornos mentais’, na categoria ‘personalidades patológicas’, subcategoria ‘desvios sexuais’, sendo retirado apenas em 1993. Todavia, como exposto pelos autores citados:

As transexualidades persistiram nessa mesma classificação durante as duas primeiras décadas do século XXI. Apenas recentemente, em junho de 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a criação de um novo capítulo na CID, o das “condições relacionadas à saúde sexual”, sob a definição de “incongruência de gênero”, buscando uma nomeação fora do léxico médico-psiquiátrico e dando aos países-membros o prazo de até 2022 para incorporar definitivamente essa mudança.

Sobre o diagnóstico da transexualidade, com o percurso histórico apresentado por Bento e Pelúcio (2012, p. 571), novamente constatamos o papel significativo das condutas médicas no processo de patologização das identidades não-normativas. As autoras destacam o livro “O fenômeno transexual” do médico Harry Benjamin, lançado na década de 60 e que estabeleceu o ponto de partida para a futura patologização das identidades transexuais. Benjamin estabeleceu os critérios do que seria o “transexual de verdade”, caracterizando como preceito que os sujeitos deveriam apresentar uma relação de abjeção com seu corpo, e que apenas procedimentos cirúrgicos seriam capazes de curar tais “enfermidades” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 571). O trabalho de

Benjamin trilhou o caminho para os diagnósticos da década de 80, quando ocorreram a incorporação da transexualidade no Código Internacional de Doenças (CID) e a inclusão da categoria “Transtornos de Identidade de Gênero” no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Ainda em Bento e Pelúcio (2012, p. 572), nos são apresentadas as categorias diagnósticas dos Manuais, assim, temos que:

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) apresenta os códigos e a tipificação da doença que devem estar presentes em todos os diagnósticos para que tenham validade legal. O “transexualismo”, por exemplo, é definido como “transtornos da identidade sexual (F64.0)”. Além “do transexualismo”, há o “travestismo bivalente (F64.1), o transtorno de identidade sexual na infância (F64.2), outros transtornos da identidade sexual (F64.8), o transtorno não especificado da identidade sexual (F64.9)”, ou seja, eliminou-se, em 1973, o “homossexualismo” do DSM e, em 1975, do CID-10, mas o que assistimos em seguida foi a uma verdadeira proliferação de novas categorias médicas que seguem patologizando comportamentos a partir do pressuposto heteronormativo, que exige uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais.

A quarta versão do DSM defende intervenções terapêuticas para “restabelecer a ordem e a coerência entre corpo, gênero e sexualidade” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 571), para os sujeitos que se ‘deslocam’ do binarismo homem-mulher. Temos em Garcia e Mattos (2019) um breve apanhado histórico das chamadas

“terapias de conversão”, que buscam formas de tratamento e intervenção com objetivo de “curar” qualquer identidade sexual não-normativa. De intervenções religiosas às terapias comportamentais e analíticas, as “terapias de conversão” partem da patologização da sexualidade e das identidades de gênero consideradas desviantes. No Brasil, a chamada “cura gay” ganhou um espaço significativo, principalmente em instituições religiosas que acreditam que a homossexualidade é um pecado. No final da década de 90, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) inaugurou um importante marco no que tange às discussões sobre a “cura gay”, ao estabelecer a Resolução nº 001/1999 (GARCIA; MATTOS, 2019, p. 57).

Retornamos a Bento e Pelúcio (2012, p. 573-574), para abordar sobre o movimento de resistência ao diagnóstico, também chamado de despatologização de gênero. As autoras destacam que na primeira década do século XXI já era possível perceber um aumento significativo de adesão às campanhas de despatologização de gênero, que defende o reconhecimento de pessoas transexuais enquanto sujeitos de direitos, que não são passíveis de curas médicas, psicológicas ou religiosas, e que não devem ser catalogadas enquanto enfermidades.

Lamentavelmente, o que observamos até o momento, é que o movimento de despatologização vem acontecendo a passos lentos. Rodrigues (2019) sintetiza algumas resoluções alinhadas ao processo, dentre elas, destacamos duas resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP):

- 1) em relação à questão da Orientação Sexual – a Resolução n. 001/1999 considera “que a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e veda a colaboração com eventos e serviços “que proponham tratamento e cura das homossexualidades”;

- 2) em relação às pessoas transexuais e travestis – a Resolução n. 1/2018 considera “as expressões e identidades de gênero como possibilidades da existência humana, as quais não devem ser compreendidas como psicopatologias, transtornos mentais, desvios e/ou inadequações”, e veda a participação em eventos e serviços que visem a “terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis” (RODRIGUES, p. 193).

Ao passo em que a Resolução nº 1.955/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu alguns critérios para a transexualidade, como:

desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; e permanência na incongruência de gênero de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos (MARQUES FILHO *et al.*, 2021, p. 62).

Vemos, portanto, o processo de diagnóstico da transexualidade posto em prática de forma institucional, ao exigir que os sujeitos se aproximem do padrão normativo da diferenciação sexual, se caracteriza uma série de violações do acesso desses sujeitos à saúde pública, um direito básico preconizado pelos conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (MARQUES FILHO *et al.*, 2021, p. 62). Reforçamos a importância do movimento de despatologização de gênero como rompimento frente a ideia da cisheteronormatividade.

A reprodução dos discursos normativos se engendra socialmente de tal forma que os discursos científicos passam a compor o senso comum, dessa forma, Bento e Pelúcio (2012, p. 575) destrincharam alguns mitos que fundamentam os argumentos a favor da patologização de gênero. Sobre a ideia de uma diferença sexual natural, de que “só se nasce homem ou mulher” de binarismo imutável, as autoras sinalizam como a natureza do gênero se dá na verdade pela cultura e aspectos simbólicos que constituem os sujeitos, e não pelo biologismo, e como o poder-saber da medicina confere uma representação imprecisa de um binarismo imutável. Enquanto a possibilidade de pessoas transexuais serem potencialmente suicidas, as autoras ressaltam que essa argumentação funciona como estratégia de intervenção terapêutica que tem por fim retirar a autonomia dos sujeitos e não os reconhecer enquanto pessoas que possuem seus próprios desejos (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 576).

Sobre a desobrigação do Estado em custear as despesas ambulatoriais dos sujeitos, se a transexualidade não for mais considerada doença, Bento e Pelúcio (2012, p. 577) assumem a posição de um exercício desconstrutivista frente ao que as autoras identificam como “cidadania cirúrgica”. Para as autoras, o Estado enquanto aliado dos discursos e práticas cisheteronormativas, marginaliza as identidades abjetas, portanto, defender o diagnóstico de gênero ao invés de questioná-lo, é ser conivente com a normalização biopolítica do Estado. Por fim, as autoras rebatem o argumento da “autoridade científica”, que se sustenta numa validade técnica para justificar o diagnóstico de gênero. Como resposta, o que temos é uma invalidação da pretensão de cientificidade, já que não há nenhum resultado laboratorial ou exames afins que refiram de fato algum tipo de adoecimento dos sujeitos homossexuais e/ou transexuais (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 578).

Em síntese, os códigos diagnósticos que dão margem à defesa da patologização das identidades sexuais, se sustentam em preceitos cisheteronormativos que têm constituído a ciência ocidental (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 578). Compreendemos, a tecnologia de gênero como um aglomerado de efeitos que refletem nos corpos, nas relações sociais e comportamentais a partir de diferentes tecnologias, práticas e discursos (MENESES; BARRETO; NASCIMENTO, 2021, p. 208). Enquanto o conceito de microfísica de poder perpassa por procedimentos disciplinares que exercem um poder-saber de controle sobre os corpos dos sujeitos (FOUCAULT, 1984).

Segundo Zanello (2018, p. 50) o entrelace entre microfísica do poder e tecnologias de gênero produz e reproduz um grande outro punitivo, apoiado em leis, instituições e punições sociais, com discursos que são absorvidos nas próprias relações sociais. Bento e Pelúcio (2012, p. 572) complementam ao afirmar que a inteligibilidade do gênero ainda se restringe ao binarismo e à diferença sexual da produção do ‘masculino’ para homens e ‘feminino’ para mulheres, é sinal de que a patologização da sexualidade ainda se faz operante.

Destacamos ainda que os discursos de saber-poder sobre gênero e sexualidade também atravessaram o campo psicanalítico. Santos (2019, p. 28) expõe que analistas lésbicas ou gays que estavam em instituições de formação em psicanálise, corriam risco de desligamento caso se assumissem homossexuais. A ideia de que a homossexualidade se encaixava no patológico restringia a população LGBTQIAP+ à categoria exclusiva dos pacientes, mesmo que a própria psicanálise tenha surgido da subversão da sexualidade humana em todos os âmbitos, o que podemos observar é que historicamente o meio psicanalítico demonstrou mais interesse na etiologia da homossexualidade e dos “desvios” de gênero, do que no deslocamento proposto por Freud (SANTOS, 2019, p. 33-34).

Como vimos até aqui, a cisheteronormatividade no contexto analítico se apresenta como uma matriz de inteligibilidade, alinhando-se à normatização da cisgeneridade e em contrapartida, patologiza a não-normatividade (STONA; CARRION, 2021, p. 43). Para Carvalheiro e Silva (2020), há no discurso psicanalítico certa tendência à produção de leituras que reduzem as experiências não normativas e que devem ser rompidas. É possível observar uma parcela de profissionais que partem da ideia de uma castração anatomicamente binária, baseada na concepção do binômio da diferença sexual, como se a travessia edipiana demarcasse lugares do ‘masculino’ e do ‘feminino’ (OLIVEIRA, 2022, p. 69).

Nesse contexto, não se leva em conta a pluralidade relacionada às formas possíveis de identidades de gênero e de sexualidades, com foco na patologização e redução diagnóstica da vivência daqueles que se propõem a questionar a norma binária e heterossexual. Portanto, debruçamos aqui em Cossi e Dunker, que ao discutir a performatividade de gênero butleriana, reforçam que essa reiteração de papéis construídos a partir de performances, organiza identidades ilusoriamente idênticas e fixas, a repetição de atos criam a falsa impressão de um modelo universal, e quando algo foge do suposto natural o que temos é um sentimento de desconformidade (2017, p. 03). Alinhando-nos com o exposto em Oliveira, nos indagamos: como podemos nos agarrar à concepção de identidades a-históricas e reais se na própria construção do que é real “já temos a reprodução de construtos normativos”? (2022, p. 63). Mobilizadas por tal questionamento, recorreremos aos psicanalistas brasileiros que abordam o debate da despatologização.

OS DEBATES PSIS NA DESPATOLOGIZAÇÃO DE GÊNERO

De acordo com o exposto até aqui, percebe-se que a despatologização está ocorrendo, no entanto, de forma lenta. Para

Stefanes Pacheco e Stefanes Pacheco (2016) é por meio da busca por uma identidade representativa que os sujeitos encontram a possibilidade de serem “comuns” numa causa, podendo assim compartilhar laços sociais e simbólicos. Ainda que haja tal compartilhamento de laços, no que tange a criação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para minorias sociais relacionadas ao gênero encontram-se empecilhos diante da potencialização de um discurso conservador que tem se tornado cada vez mais recorrente (GALLAS; BRITO; SILVA, 2019).

Considerando a patologização ligada a normatização dos corpos, transexualidade e homossexualidade começaram a ser entendidas no sentido de antagonismo do que é considerado normal, isto é, a heterossexualidade (AYOUCH, 2016). Nesse contexto, no que se refere ao movimento da despatologização, cabe aos analistas estarem atentos diante das identificações a fim de atuarem a partir da forma que estas se colocam diante da dinâmica dos sujeitos (STEFANES PACHECO; STEFANES PACHECO, 2016). Para tal, é fundamental compreender que aqueles gêneros os quais são considerados ininteligíveis – transexuais, travestis e *drag queens* – não devem ser entendidos como desvios daquilo que é socialmente esperado. Dessa forma, devemos entender tais expressões de gênero como práticas sociais (COSSI; DUNKER, 2017, p. 04).

Diante do cenário ameaçador aos corpos trans, houve a necessidade de elaboração de uma “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans” emitida pelo Conselho Federal de Psicologia em 2013. A construção desta Nota Técnica culminou como uma resposta ao Processo Transexualizador do SUS o qual foi pautado com base em normativas do Conselho Federal de Medicina, atribuindo funções aos profissionais da psicologia tais como: psicodiagnóstico e psicoterapia compulsória - por 2 anos, no mínimo. A partir disso, a Nota Técnica pautou-se na intenção de contestar a lógica patológica

que a Medicina traz consigo, além de problematizar a presunção médica por delegar atribuições a outras classes profissionais (LIONÇO, 2016).

Nesse sentido, as discussões de gênero manifestam-se como instrumentos possibilitadores de ampliação de debate. Para Stona (2021, p. 20), tais discussões, a partir de seu viés crítico, “esvaziam a lacuna normativa” que foi e ainda é ordenada pelos próprios psicanalistas ao longo do tempo. Ao confluir tais temáticas com o campo psicanalítico pós-freudiano e pós-laciano podemos observar uma prática que consegue abranger eixos que antes eram marginalizados, abrindo a possibilidade de uma “análise com perspectiva de gênero” (GARAY, 2019, p. 120) de forma a implicar algum efeito terapêutico.

Há uma reflexão importante sobre a construção de uma antropologia psicanalítica a qual parte do ideal de antropogênese que reconhece a divisão binária do sujeito. Nesse sentido, Cunha (2016) traz à tona o risco de converter a psicanálise em humanismo, isto é, uma teoria a qual acredita numa humanidade universal e genérica de sujeito a qual desconsidera a subjetividade dos corpos. Tal risco, portanto, desconsidera a clínica a partir de um lugar transferencial o qual parte do princípio de “dar conta de tudo o que é possível”.

No que tange o campo psicanalítico e os psicanalistas propriamente ditos, há uma diferença entre estes: os que defendem uma psicanálise freudiana crua e normativa, os quais são considerados como “psicanalistas em sofrimento nostálgico”; e os que acreditam que a teoria não é algo onipotente e passível de dar conta de toda e qualquer questão dos sujeitos (STONA, 2020). Com uma pontuação laciana, o autor dispõe que a análise precisa exercer um movimento constante, “em que seu próprio ser psicanalista se dissolve em um estar psicanalista, capaz de suportar aquilo que do contemporâneo o interpela, levando em conta os limites da sua própria teoria” (STONA, 2020).

A ideia de “perigo” posta por Cunha (2016), estabelece que a partir do momento que o sujeito se encontra frente à uma categoria psicopatológica diante o seu posicionamento em relação às normas de gênero e de sexo estabelecidas. Nesse sentido, é diante desse “perigo” patológico que o Conselho Federal de Psicologia, para além da Nota Técnica, tem se posicionado de maneira contundente perante as discriminações sofridas por essa população por meio do estabelecimento de diretrizes éticas para os profissionais guiarem seus serviços de acordo com o respeito e a dignidade necessária à população trans (GALLAS; BRITO; SILVA, 2019).

Em relação à necessidade da Psicanálise se lançar novamente ao fundamento de produção conhecimento, Lionço (2016) pontua a possibilidade de partir da escuta de sujeitos e a partir disso, construir caminhos pelos quais haja produção de sentidos e novas possibilidades diante da subjetividade. Ainda para a autora, no que tange à Psicologia, havia a necessidade de elaboração de resoluções que além de reafirmar os avanços já conquistados, trariam novos marcos. Apesar de ser uma conquista, a “Nota Técnica” difere de uma resolução visto que apenas orienta, pois implica em fiscalização com possibilidade de representação de violação ética. Nesse contexto, destaca-se aqui a Resolução nº 1 de 29 de janeiro de 2018 do CFP a qual estabelece normas de trabalho para profissionais da Psicologia diante de pessoas trans e travestis.

Portanto, percebemos que a necessidade de aprofundar discussões dentro da Psicanálise por meio de perspectivas não normativas torna-se uma importante questão. É por meio de seus desejos e das suas identificações que cada sujeito representa a sua subjetividade a partir de sua história e do contexto sociocultural no qual está envolvido (RODRIGUES, 2019). Dessa forma, torna-se incongruente considerar a nível psicanalítico os “desvios” referentes ao corpo biológico principalmente pelo fato de que este pode ser redesignado por intervenções médicas e hormonais. Reforçamos

aqui que não se trata mais de pôr em xeque a teoria psicanalítica, mas sim ruminar sobre alguns tópicos que se concentram fora do campo de visão, e que alguns analistas sustentam em seus discursos, como a normatividade de gênero, por exemplo.

ALGUNS DEBATES DE PESQUISADORES PSICANALISTAS NO CONTEXTO BRASILEIRO ACERCA DA DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES: A PSICANÁLISE COMO RUPTURA

Com suporte dos referenciais aqui apresentados, subentende-se que a cisheteronormatividade é a trama que fomenta a marginalização das expressões consideradas *desviantes*, pois como vemos em Paul B. Preciado, a sexopolítica se constitui enquanto tecnologia de poder sob os corpos, como um “agente de controle da vida” (PRECIADO, 2011, p. 11), uma das formas capitalistas de dominação e normalização. Em diálogo com Foucault, o autor reafirma a ideia de uma trama de saber-poder-prazer que encerra não só as leis e as regras sociais, mas também os regimes da corporeidade, regulando o que é publicamente posto como verdade.

A própria psicanálise nasceu na ideia de subversão dos conceitos de sua época, como vemos em Agnol e Lisboa (2019, p. 139-140), Freud se opõe a ideia de marginalização dos homossexuais, se colocando na contramão da patologização da homossexualidade proposta pela psiquiatria e pela medicina à época. Assim, no trabalho aqui proposto, procuramos também, de alguma forma, subverter a normatividade que se retroalimenta na prática psicanalítica. Em vista da discussão apresentada até o momento, pode-se sublinhar que o aumento da representatividade da população LGBTQIAP+, o novo cenário nos campos da sexualidade, e as contribuições psicanalíticas atuais com destaque para o movimento

da despatologização das identidades de gênero, estipulam uma reorganização no saber das subjetividades. Com base nesse rearranjo, se faz fundamental que a postura teórica e clínica dos analistas sejam questionadas.

Como vemos em Agnol e Lisboa (2019, p. 137) não raramente encontramos muitas interpretações equivocadas, atreladas à dificuldade de tradução dos materiais freudianos, de forma que alguns conceitos tornaram-se passíveis de deslizos teóricos. Enquanto Fontenele (2022, p. 38) pontua que os conceitos psicanalíticos não são imutáveis, fixos *ad infinitum*, mas que por resultarem de experiências clínicas, têm como sina o movimento. Logo, mais uma vez reforçamos a urgência da psicanálise contemporânea em corresponder ao novo fluxo dos cenários que por tantos anos foram postos à margem.

Por um longo tempo, as publicações psicanalíticas referentes à transexualidade, pautavam-se na compreensão etiológica e diagnóstica alocadas nas estruturas de psicose ou perversão (STONA, 2020). O que temos hoje na fronteira entre psicanálise e teorias *queer*, é a identidade transexual ocupando o lugar que antes pertencia à homossexualidade, segundo Oliveira a questão se dá pela “vinculação da diferença sexual e da castração com o corpo em si, sobretudo, com a questão do órgão” (2022, p. 69).

Observamos neste trabalho a medicina atuando como propulsora da patologização de gênero e da sexualidade, diante da contribuição das normas cis-heterossexuais. A área médica se apropriou do termo “perversão” caracterizando-o enquanto degradação, o que serviu para a regulação do comportamento para a ciência sexual, assim, a sexualidade passou a ser compreendida como objeto digno de tratamento (AGNOL; LISBOA, 2019, p. 143). Contudo, ao abordar psicanaliticamente sobre o sexual, Agnol e Lisboa (2019, p. 143-144), destacam que a pulsão é experienciada de modo singular e subjetivo, e não se restringe a uma estrutura do

ponto de vista psicanalítico, ou seja, é possível de se organizar dentro da psicose, da perversão ou da neurose, alinhando-se com o exposto em Santos (2019, p. 21) que sublinha o fato de cada corpo ser atravessado pulsionalmente de maneira inédita, nenhum sujeito constrói sua identidade da mesma forma que o outro.

Portanto, é a pulsão que serve como bússola para a sexualidade, dessa forma, ela não se restringe, não se limita, muito menos se repete. Nesse sentido, à luz das contribuições de Butler, os psicanalistas Cossi e Dunker compreendem que a materialização do corpo, a qual ocorre principalmente nas repetidas performances, é ineficaz, pois o corpo não é estável nem maleável. As normas que tentam impor sobre o corpo, fracassam e através do fracasso a norma se apresenta como contingência, ou seja, podendo acontecer, porém, sem controle do sujeito (2017, p. 05). Assim, a proposta da medicina de diminuir a sexualidade a um padrão imutável, dentro de uma caixa patologizadora, não compete à psicanálise.

Como concebido por Freud, o campo psicanalítico não se alinha, de forma alguma, à normatividade no tratamento (SANTOS, 2019, p. 34). O que temos, de fato, são evidências de que o pai da psicanálise investiu seu trabalho para mostrar a quase infinitude da sexualidade humana, entre as multiplicidades de gênero e condutas, a relação psicanalítica, portanto, se pauta na ideia de deslocamento da norma, sendo subversiva por si só. No começo do século passado, indo na contramão das crenças de sua época, Freud defendia que a heterossexualidade não é uma concepção natural, nem evidente, mas sim algo socialmente inscrito e reiterado (OLIVEIRA, 2022, p. 64).

Ao falarmos sobre o gênero - e suas implicações -, podemos compreendê-lo enquanto um elemento terapêutico inevitável, já que faz parte da constituição dos sujeitos, assim, temos a importância de pleiteá-lo “como um protagonista formal do discurso analítico, para que opere então, desde a consciência crítica ao invés de desde as sombras do inconsciente” (GARAY, 2019, p. 123). A autora também

discorre sobre o ponto de vista de psicanalistas contemporâneos, que se debruçam em ampliar a leitura da área tanto na teoria quanto na prática, com o viés de sujeito não só motivado por desejos inconscientes, caracterizado pelo seu psiquismo, mas também como sujeito que é atravessado pelo meio social em que vive e pelas relações que mantém.

Partimos aqui da noção lacaniana de sujeito enquanto tal a partir da incorporação da linguagem, lhe permitindo tomar posse do seu próprio corpo. A leitura de Lacan compreende que o nascimento não traz consigo a sexuação, ou seja, o recém-nascido, a priori, não é homem nem mulher, é a partir do desejo do outro e de sua introdução à linguagem que o sujeito se constitui (NASCIMENTO, 2019, p. 560), assim, sua organização obedece à forma em que ele é posto socialmente e como é inserido e atravessado pela linguagem. Construindo, assim, seu papel social.

Dessa forma, assimilamos que o comportamento esperado aos indivíduos já pré-existe, passível de gerar um sujeito que é reduzido a um papel socialmente estabelecido, produzido pelo Grande Outro, no qual o sujeito se encontra inconsciente dele mesmo, ou seja, o gênero é implicado ao sujeito antes mesmo que ele possa existir (GARAY, 2019, p. 125). Segundo a autora, é fundamental que a escuta analítica possa compreender os sujeitos enquanto construtos da linguagem, de forma a acolher suas subjetividades independente de gênero e orientação sexual. Como defendido por Cossi e Dunker, a existência da psicanálise enquanto prática clínica, por si só, já é prova da não submissão da sexualidade às normas sociais (2017, p. 02).

É evidente que a psicanálise deve permitir-se atravessar pelo contexto cultural, e ocupar o lugar de questionadora diante das relações de poder e da heterossexualidade compulsória cisnormativa (MARTINEZ, 2018, p. 126), para que assim, possa questionar manter seu fluxo e sua função subversiva. Sua afirmação se encontra

em paralelo com o trabalho de Garay (2019, p. 127), que defende a importância de incluir a noção de perspectiva de gênero no exercício psicanalítico de forma a possibilitar para o sujeito que se apresenta em análise, reconhecer suas identificações primárias. Logo, é de suma importância que o *setting* terapêutico se configure como possibilidade de desconstrução do binômio sexo/gênero, não somente de maneira teórica, mas acolhida à própria vivência do paciente.

Destacamos, também, a importância das variantes subjetivas, tais como: situação econômica, familiar etc., com vista a limitação da prática analítica clássica em incluir elementos externos ao discurso do paciente (MARTINEZ, 2018, p. 127). Trazemos aqui uma “psicanálise interseccional”, que defende a ideia de que é impossível que o sujeito exista sem os mecanismos que o atravessam, assim, Rodrigues (2019, p. 75), fundamenta em sua discussão que o gênero por si só não é fator constituinte, mas é atrelado a demais marcadores como raça, classe, etnia, sexualidade e regionalismo, em uma relação múltipla de identidades e identificações.

As pulsões e fantasias também são constituídas pelos marcadores sociais que o gênero carrega consigo, logo, pela via psicanalítica as vicissitudes da pulsão orientam a corporeidade (SANTOS, 2019, p. 21), em paralelo, temos Couto e Lage (2018, p. 44) ao destacarem que o guia da pulsão é o objeto, e este pode ser qualquer um. Dessa forma, para a psicanálise nenhuma expressão de sexualidade pode ser resumida a uma estrutura específica, dessa forma, a homossexualidade, por exemplo, não pode ser entendida como sintoma pois a sexualidade é uma escolha de gozo norteadas pela pulsão, sendo presente na neurose, na psicose ou na perversão, ela é “transestrutural” (COUTO; LAGE, 2018, p. 45).

A psicanalista Patrícia Gherovici aponta para a possibilidade de uma psicanálise clínica que preserve a subjetividade dos

pacientes, utilizando o diagnóstico como ferramenta para o tratamento ao invés de utilizá-lo como rótulo (2019, p. 100). Assim como o movimento de despatologização de gênero, nós acreditamos e defendemos que a população LGBTQIAP+ não deve estar vinculada a um diagnóstico de doença mental.

Vemos a importância de o analista suspender suas prerrogativas durante a escuta do paciente, como um recurso possível para escapar da possível norma construída durante a formação profissional (FAVERO; FERNANDES, 2021, p. 199). Mesmo que a norma seja posta em cena novamente pelo analisante, suspendê-la deve ser uma prática cotidiana para o analista que deseja desembaraçar-se do normativo (SANTOS, 2019, p. 31).

Como vimos anteriormente, há uma parcela de analistas e críticos que acreditam que a escolha do falo como organizador da sexualidade - como proposto por Freud - é compreendida por uma distinção anatômica, e não como um marcador inconsciente (OLIVEIRA, 2022, p. 144). Em paralelo ao que nos sublinha a autora, compreendemos que as contribuições lacanianas, somado ao seu retorno a Freud, desfaz quaisquer resquícios biológicos que ainda poderiam ser questionados na psicanálise, a valorização da linguagem no processo de subjetivação e as críticas aos ecos biologizantes na teoria freudiana são traços ímpares nos estudos de Lacan (COSSI; DUNKER, 2017, p. 01).

Durante sua construção teórica, Lacan perpassa por diversos discursos do sexual, até chegar na impossibilidade de fixação da identidade sexual pela norma simbólica, colocando em pauta que a diferença sexual não se caracteriza por uma diferenciação significativa, ela não pode ser simbolizada, mas sim diz respeito a “uma experiência não-identitária de gozo” (COSSI; DUNKER, 2017, p. 05), onde o sexual se confronta com o Real. Lembremos Oliveira que destaca a abordagem lacianiana do ato sexual como um impossível da ordem do Real e não ao ato em si (2022, p. 145). Para

tal, a autora revela uma leitura da “sexuação enquanto operador lógico que visa romper com os semblantes” (OLIVEIRA, 2022, p. 146), aqui, retornamos aos dois primeiros autores deste parágrafo, que organizam semblante enquanto uma posição discursiva onde os indivíduos aparentam funcionar como agentes próprios de suas falas, mas na realidade “são falados pelo discurso no qual estão incluídos” (COSSI; DUNKER, 2017, p. 05). É aqui que os estudos lacanianos e butlerianos se aproximam, o campo do gozo rompe com o biologismo anatômico, a diferença sexual dá lugar à sexuação.

A psicanálise lacianiana, pautada nas formulações da sexuação, manifesta o caráter plural da sexualidade, tendo em vista que nem toda sexualidade é da ordem do simbólico, o trabalho de Cossi e Dunker segue argumentando que “é porque a diferença sexual é real que ela não se fixa em identidades, que existem indeterminadas manifestações da sexualidade” (2017, p. 07). O que nos remete a alguns parágrafos acima, quando destacamos o esforço do próprio Freud em reforçar a diversidade quase infinita da sexualidade humana. Por fim, nos apoiamos mais uma vez nos dois psicanalistas que deram início a este parágrafo, pois nos identificamos com a ideia de que apesar da teoria condicionar a prática clínica, “a primeira possui afinidade com o mito e a segunda com o rito” (2016, p. 02), reforçando novamente o cuidado com o saber-fazer psicanalítico, visando constantemente sua renovação a fim de evitar que se reproduza os discursos de poder e não reconhecimento dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que com o suporte teórico levantado, foi possível alcançar o objetivo deste trabalho de discutir sobre a psicanálise enquanto uma possibilidade de ruptura frente ao

normativo. Fundamentadas na compreensão do inconsciente estruturado como linguagem, que por consequência, constitui sujeitos a partir de suas variantes subjetivas, em relações múltiplas e interseccionais, compreendemos que as identidades sexuais e de gênero se orientam no desejo do sujeito, logo, são diversas e singulares, e não podem se restringir a um padrão criado para sustentar um sistema opressor e excludente.

REFERÊNCIAS

AGNOL, L. P. D.; LISBOA, C. S. M. “Homossexualidade e perversão em psicanálise: da literatura freudiana às primeiras versões do DSM”. **Psicanálise**, vol. 21, n. 2, 2019.

AYOUCH, T. “Quem tem medo dos saberes T.? Psicanálise, estudos transgêneros, saberes situados”. **Periódicus**, vol. 1, n. 5, 2016.

BENEVIDES, B. G. (org.). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: Distrito Drag, 2022.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas”. **Estudos Feministas**, vol. 20, n. 2, 2012.

BORTOLETTO, G. E. **LGBTQIA+**: identidade e alteridade na comunidade (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Produção Cultural). São Paulo: USP, 2019.

BRAH, A. “Diferença, diversidade, diferenciação”. **Cadernos Pagu**, n. 26, 2006.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2016.

CARVALHEIRO, R.; SILVA, M. R. “Psicanálise e Dissidências de Gênero: questões para além da diferença sexual”. **Revista Subjetividades**, vol. 20, n. 3, 2020.

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

COSSI, R. K.; DUNKER, C. I. L. “A Diferença Sexual de Butler a Lacan: Gênero, Espécie e Família”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 33, 2017.

COUTO, R. H.; LAGE, T. S. “Homossexualidade e perversão no campo da psicanálise”. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, vol. 39, n. 1, 2018.

CUNHA, E. L. “A psicanálise e o perigo trans (ou: por que psicanalistas têm medo de travestis?)”. **Periódicus**, vol. 1, n. 5, 2016.

GARAY, A. A. “Psicoterapia con perspectiva de género: Indagando posibilidades dentro del psicoanálisis contemporáneo”. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 33, 2019.

FAVERO, S.; FERNANDES, E. M. “Truques e mais truques: Sob o rótulo da diversidade estão as práticas normativas pedindo passagem”. In: STONA, J. (org.). **Relações de Gênero e Escutas Clínicas**. Salvador: Editora Devires, 2021.

MARQUES FILHO, E. G. *et al.* “Despatologização de gênero no sistema único de saúde: garantias de direitos humanos de transexuais e travestis no Brasil”. **Interfaces Científicas**, vol. 9, n. 2, 2021.

FONTENELE, L. B. **A interpretação**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

GALLAS, A. K. C.; BRITO, A. K. M.; SILVA, F. M. V. “A despatologização das identidades TRANS e a psicologia brasileira frente a luta pelos direitos LBGQTQI+”. **Journal of Social Sciences, Humanities and Research in Education**, vol. 2, n. 2, 2019.

GARCIA, M. R. V.; MATTOS, A. R. “‘Terapias de Conversão’: Histórico da (Des)Patologização das Homossexualidades e Embates Jurídicos Contemporâneos”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 39, 2019.

GHEROVICI, P. “Quando o transgênero é psicótico? Lacan e a Ética da Diferença Sexual”. In: COSSI, R. K. *et al.* (orgs.). **Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente**. São Paulo: Editora Aller, 2019.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Relatório Parcial n. 001, de 28 de setembro de 2021**. Florianópolis: Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil, 2021.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. “Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica”. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 2, 2020.

LAMOUNIER, G. A. M. **Aloka!**: comentando histórias sobre a patologização das vidas LGBTQIA+. São Paulo: Editora Monstra, 2022.

LIONÇO, T. “A despatologização das identidades trans: questões e desafios na atualidade. **Revista EPOS**, vol. 7, n. 2, 2016.

MENESES, R. M.; BARRETO, T. A. J.; NASCIMENTO, L. C. P. “O poder punitivo e as tecnologias de gênero: leituras pós-estruturais”. **Cadernos Cajuína**, vol. 6, n. 1, 2021.

NASCIMENTO, L. M. O. S. “Uma perspectiva psicanalítica sobre: corpo e identidade de pessoas transexuais”. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, vol. 4, n. 7, 2019.

OLIVEIRA, K. H. “Intensos encontros: Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado e a teoria queer”. **Revista Estudos Feministas**, vol. 29, n. 1, 2022.

OLIVEIRA, P. A. **Da identidade à indeterminação**: impasses, rupturas e subversões entre feminismo e psicanálise (Tese de Doutorado em Psicologia). Belém: UFPA, 2022.

PRECIADO, P. B. “Multidões queer: notas para uma política dos ‘anormais’”. **Revista Estudos Feministas**, vol. 19, n. 1, 2011.

RODRIGUES, A. C. C. “Psicanálise, despatologização e subjetivação Corpos, sexualidades e gêneros”. **Revista de Estudos Psicanalíticos**, vol. 36, 2019.

RODRIGUES, C. “Identificação, identidade, identitário e alguns mal-entendidos”. In: COSSI, R. K. *et al.* (org.) **Faces do sexual**: fronteiras entre gênero e inconsciente. São Paulo: Editora Allier, 2019.

SALIH, S. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2015.

SANTOS, B. “Sexualidade se traduz? Um diálogo entre a psicanálise e os estudos de gênero”. *In*: COSSI, R. K. *et al.* (org.) **Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente**. São Paulo: Editora Aller, 2019.

STONA, J. “Ensaio para uma escuta não cisnormativa na psicanálise”. *In*: MELO, I. F.; AZEVEDO, N. D. (orgs.). **Corpos dissidentes, corpos resistentes: do caos à lama**. Campina Grande: Realize Editora, 2020.

STONA, J.; CARRION, F. **O Cis No Divã**. Salvador: Editora Devires, 2021.

STONA, J.; FERRARI, A. “Gênero: da formação a não escuta do analista”. *In*: STONA, J. (org.). **Relações de Gênero e Escutas Clínicas**. Salvador: Editora Devires, 2021.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Editora Appris, 2018.

CAPÍTULO 2

Eu, Outro e Corpo: Autolesão no Tik Tok

EU, OUTRO E CORPO: AUTOLESÃO NO TIK TOK

Alice Helena Girdwood Mattos

Anna Amélia de Faria

A Autolesão não suicida é atualmente considerada um problema global de saúde pública devido ao grande aumento ocorrido no número de casos nas últimas três décadas. Estima-se que, no mundo, entre 7 e 14% dos adolescentes fazem autolesão ao menos uma vez na vida, se configurando num fator de risco ao suicídio. O conceito de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) pode ser definido como “dano a uma parte do corpo do próprio indivíduo, sem intenção suicida e não validado socialmente” (ARAGÃO, 2019). Desta forma, destaca-se a intencionalidade do ato (consciente, não acidental e em busca de melhorar o estado de angústia), que o diferencia de uma ideação suicida. O “não validado socialmente” também o diferencia de tatuagens e *piercings*, que possuem finalidade estética, e outras funções ritualísticas da nossa sociedade (ARAGÃO, 2019).

Apesar de no Brasil não existirem dados epidemiológicos que confirmem a magnitude do fenômeno da autolesão não suicida, é unânime que o número de casos vem aumentando na população adolescente, conhecimento este que advém principalmente a partir de relatos de jovens nas redes sociais e atendimentos clínicos e hospitalares (OLIVEIRA, 2016). A autolesão não suicida é subnotificada, não apenas por ocorrer de forma oculta, mas sobretudo pelo desconhecimento acerca do fenômeno por profissionais de saúde e da educação, muitas vezes sendo confundida como tentativa de suicídio. Apenas nas últimas décadas, com o aumento do número de casos, que pesquisadores têm se debruçado

sobre seu conceito, motivações, consequências e sua relação com o suicídio (ARAGÃO, 2019; CARMO *et al.*, 2020; CHAVES *et al.*, 2019). Acredita-se que o isolamento imposto pela pandemia de Covid-19 tenha influenciado no aumento significativo dos casos de autolesão (ALMEIDA *et al.*, 2021), que coincide com a popularização de redes sociais como o Tik Tok e Instagram.

Han (2021) fala da negatividade da dor, no sentido de que ela se presta ao papel de favorecer a transformação de si. É só na dor que conhecemos a nós mesmos para transformar-nos. Em tempos de redes sociais, de *positividade pura* (HAN, 2017; 2020; 2021), não há algoritmo para a dor, pois ela só é sentida no humano, no entanto, as relações são cada vez menos próximas quando mediadas por uma tela. Nesse sentido, a dor é dialética, pois é por meio dela que colocamos em marcha nosso processo reflexivo. Talvez seja exatamente por essa razão que ela é continuamente escamoteada pela infinidade de comprimidos vendidos a cada ano no mundo (e vemos comentários na rede cada vez mais superficiais).

A autolesão pode ser considerada uma estratégia de regulação mal adaptada, na medida em que a lesão física é o caminho privilegiado para alívio do sofrimento emocional (CARMO *et al.*, 2020), operando como uma descarga emocional que origina compulsão por proporcionar alívio temporário à angústia (ALMEIDA, 2021; CHAVES *et al.*, 2019), bem como pode ser entendida como sintoma de transtornos mentais (ARAGÃO, 2019; CHAVES *et al.*, 2016). Mas a aposta do presente trabalho, sem invalidar outras definições, é entendê-la como uma forma de comunicação, como nos ensina Le Breton (2010), ou melhor, uma mensagem que clama por ajuda no processo de simbolização do indizível. O presente trabalho, desta forma, busca realizar uma análise psicanalítica do fenômeno da autolesão. A escolha por analisar as postagens do Tik Tok segue essa aposta, percebendo as redes sociais como espaço privilegiado de comunicação na

contemporaneidade com poder de reverberação jamais visto, sendo a rede social escolhida por se mostrar como favorita dentre o público adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescente como a pessoa entre 12 e 18 anos de idade, enquanto a juventude é entendida como a pessoa dos 15 aos 24 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que pode levar a entender que a juventude se inicia num período posterior à adolescência. Por outro lado, a adolescência contempla questões psicológicas advindas das mudanças corporais, enquanto a noção de juventude não contempla muito esse aspecto. Por isso, como aponta Assis (2018), o termo “adolescência” é mais utilizado no âmbito dos estudos de cunho psicológico enquanto que “juventude” predomina em estudos sociológicos. Le Breton (2017) lembra que a diferença entre os conceitos de juventude e adolescência vem desde 1937, com Debesse. Muitas vezes são apresentadas como sinônimos por representarem a fase de transição entre a infância e a idade adulta, em que o questionamento das regras sociais é formativo de identidade pela busca de autonomia e independência. No entanto, são categorias diferentes e, no presente trabalho, preferimos utilizar “adolescência”, sobretudo pela importância de se considerar o corpo e suas representações nos estudos sobre autolesão.

Esse é um fenômeno que ocorre sobretudo em adolescentes mulheres (ALMEIDA; SOARES, 2021), com predominância de 85% (VIEIRA; PIRES; PIRES, 2016). Nesse sentido, nos perguntamos o quanto dessa prática tem de resistência às imposições advindas da sociedade em decorrência da parte do vivo que ficou no que se produziu pelas vias do sexo. Em outras palavras, como nos ensina Lacan no Seminário 11 (LACAN, 2008), o ser sexuado perde uma parte de si na própria sexualidade, algo lhe é subtraído ao ser submetido ao ciclo de reprodução sexuada. Nesse caso, o que resta

quando o que fica é o órgão sexual feminino? E de que forma esse resto pode levar a condutas autolesivas?

Cabe ressaltar que são inúmeros os atravessamentos que podem originar condutas autolesivas, isoladamente ou em conjunto. O sofrimento é tão singular quanto o sujeito, cada um tem seus modos e motivos de sofrer. Com base nessa perspectiva, consideramos importante avaliar como esse tipo de comportamento é mostrado por adolescentes para adolescentes em uma rede social, já que é o mundo que dá a régua e o compasso para o extravasamento do mal-estar. Acreditamos que a análise de postagens sobre o tema nas redes sociais é importante na melhor caracterização e compreensão do fenômeno na atualidade, para além de patologizações e em busca do humano, mostrando o quanto cada sujeito que se autolesiona é único, ainda que possa estar influenciado pelo efeito de contágio por meio das formas que a sociedade lhe oferece para extravasar o sofrimento.

A autolesão é um fenômeno que ocorre em todas as sociedades e sempre ocorreu ao longo da História, assumindo significados diferentes frente ao corpo como significante. No entanto, ainda que possa fazer parte de rituais coletivos, é uma conduta individual que assume um sentido específico para cada sujeito. Entender o ato como uma mensagem (ou *acting out* como alguns psicanalistas podem preferir) não significa que o conteúdo e, mais ainda, seu sentido, sejam unívocos. Para cada carta há um conteúdo, um destinatário e um escritor, únicos e específicos. A autolesão também. Essa é justamente uma das inúmeras limitações do presente trabalho, pois não é possível ter acesso ao sujeito que escreve a carta, mas somente à carta lançada ao mar numa garrafa. São infinitas as possibilidades de interpretação.

Se a autolesão é uma carta, o corpo é o papel. Discutir os significados que o corpo assume na contemporaneidade, sobretudo o corpo adolescente para o adolescente é um dos objetivos do

trabalho. O corpo é forjado no espelho, não apenas em sua imagem especular, mas sobretudo a partir do que se diz e pensa sobre ele (LACAN, 1998; OLIVEIRA, 2016; REIS, 2018; SALES, 2005; ZANOLA; LUSTOSA, 2019; ŽIŽEK, 2010). Em outras palavras, é recoberto por narrativas sexualizadoras que definirão sua autoimagem, advindas dos mecanismos sociais de identificação, se inscrevendo no desejo do Outro (FARIA, 2009), a partir do entrecruzamento da linguagem com o desejo (REIS, 2018). O corpo adolescente passa por mudanças físicas que atentam contra sua imagem, gerando conflitos internos, ao passo que a esse sujeito é imposta uma necessidade de realocação na família e na sociedade, renovando os processos de alienação e separação e a inscrição no simbólico.

Na adolescência, o *bullying* e, atualmente, o *cyberbullying*, podem se configurar em gatilhos para a autolesão, uma vez que atentam contra a autoestima do jovem, em geral já fragilizado por relacionamentos familiares conflituosos (ARAGÃO, 2019; CARMO *et al.*, 2020; COSTA; SILVA; VEDANA, 2021). Vale ressaltar que a adolescência, como fase de transição, é marcada pela insegurança, pois o sujeito não tem o amparo e a proteção da criança, nem o reconhecimento do adulto (DOLTO, 2015; LE BRETON, 2017; OLIVEIRA, 2016). Sendo assim, o adolescente busca o reconhecimento pelos pares, num processo de afastamento da família que, quando não encontrado, amplia o sentimento de inadequação e desamparo. Ser visto como um “aborrecente” só amplia tais conflitos, bem como o sentimento de inadequação.

Para Le Breton (2010), o corpo é um objeto transicional, sobretudo a pele, na medida em que é o que separa o interior do exterior e por meio do qual o indivíduo impõe sua existência e expressa a identidade. A adolescência é uma fase de questionamento dessa existência, em que quando falta o simbólico o real se impõe. O real, no caso da autolesão não suicida, é o corte, a queimadura, o

golpe ou qualquer outra forma de autoagressão física que permita ao sujeito amenizar o sofrimento psíquico, já tão intenso, pela dor física. Se por um lado se configura como um *acting out*, na medida em que se torna uma forma de comunicação direcionada ao Outro, jamais poderá ser considerada uma passagem ao ato, pois não finda a tensão interna que a move. Mais adequado chamá-la de ato de passagem, não apenas por passar o sofrimento para o corpo, mas passar ao laço social, buscando restaurar uma forma de diálogo paradoxal com quem não escuta seu sofrimento. Desta forma, as lesões são uma forma de pedir ajuda ao Outro para a simbolização de uma dor imensa que não tem nome (CHAVES *et al.*, 2019; LE BRETON, 2010; OLIVEIRA, 2016).

O corpo, como materialização da identidade, assume um papel ainda mais forte em uma sociedade voltada para o consumo e a aparência, na qual as redes sociais são sua melhor representação, popularizadas a partir da ampliação do acesso à internet no início do século XXI. Nesse sentido, por serem sobretudo imagéticas, as redes sociais paradoxalmente minimizam o sentimento de vazio existencial e isolamento social do adolescente que se sente inadequado ao mesmo tempo que o ampliam. Se por um lado podem oferecer escuta e informação ao adolescente que se autolesiona, também são ambientes privilegiados ao *bullying* e a outros gatilhos para a prática (COSTA; SILVA; VEDANA, 2021).

Han (2017) define a sociedade contemporânea como da transparência, em que a profundidade dos relacionamentos perde valor em prol da imagem de uma vida perfeita ao mesmo tempo em que se perde no excesso de informação. Neste contexto, o sujeito passa a ser definido pela imagem que ele cria, num processo de alienação e coisificação do próprio corpo em que ele se torna mercadoria e vazio de sentido, anulando qualquer possibilidade de aproximação com os outros. Como imagem, não abre espaço para a expressão da dor, vista como sinal de fraqueza (HAN, 2021). Afinal,

quem “curte” a dor? Melhor um comprimido, como o crescimento no número do consumo de medicamentos psicoativos pode atestar (QUEMEL *et al.*, 2021).

Este contexto leva à reflexão sobre o avanço da autolesão como mecanismo de alívio do sofrimento a partir da reconfiguração do valor que o corpo assume na sociedade contemporânea, em que as noções de corpo e imagem dialogam e se contrapõem. O adolescente com fragilidades emocionais e, como a maioria da atual geração, carente de representações tradicionais e ritos de passagem para a vida adulta, vê ampliado seu sofrimento ao não encontrar nos pares, nos pais e nem mesmo no mundo virtual respostas a sua necessidade de simbolização do sofrimento. A autolesão acaba por ser a resposta.

Dada a complexidade do fenômeno e a variedade de aportes teóricos possíveis para analisá-lo, escolhemos para o presente trabalho a análise do fenômeno da autolesão à luz da Psicanálise, sobretudo a partir do conceito lacaniano de Outro como operador do nível simbólico. Tomamos como pressuposto que o ato autolesivo se configura numa forma de comunicação direcionada ao Outro a partir de uma falha no processo de simbolização que recai sobre o real do corpo. Partindo da pergunta de pesquisa “Qual é a influência das redes sociais, especificamente o TikTok, em condutas autolesivas?”, o presente trabalho tem como objetivo avaliar as elaborações discursivas sobre o corpo em postagens dos vídeos do Tik Tok, realizados por quem afirma possuir comportamento autolesivo. Essa é uma pesquisa documental que analisou postagens de três vídeos na rede social virtual Tik Tok com base na análise do discurso.

O OUTRO QUE SE CONHECE, MAS NÃO SE VÊ

O Outro é uma categoria de análise que convém discutir no presente trabalho, uma vez que entendemos ser para onde se

direcionam as autolesões. Este conceito é um dos pontos fundamentais na revisão da psicanálise feita por Jacques Lacan, e marca o direcionamento do sujeito para o social. Para Zanola e Lustosa (2019), o Outro é constituído pelo universo de valores e normas culturais que o indivíduo inicialmente desconhece, mas que precisa se inserir, no simbólico portanto. Essa é uma determinação não recíproca, na medida em que envolve a submissão a uma estrutura sociolinguística que ele não domina nem modifica, mas o define como sujeito.

Para Lacan (2008), o inconsciente é estruturado na linguagem e é à língua que o sujeito se submete para se inserir no campo do Outro. Em outras palavras, a aceitação da língua é um dos elementos estruturantes do sujeito que marca o processo de alienação. No momento de sua constituição, o sujeito se insere no universo simbólico, do Outro, no campo do sentido, uma escolha forçada que envolve uma perda de si mesmo, ou seja, de ser. Assim, o sujeito dividido o é por causa da perda de ser (ZANOLA; LUSTOSA, 2019).

Nesse sentido, em que há perda de ser para se tornar sujeito, a falta ganha valor fundacional. A perda de ser faz o sujeito deslizar infinitamente em significações em busca da resposta à questão “quem sou?”, uma vez que o universo simbólico não compensa a perda de ser. Assim, a alienação envolve a definição do sujeito pelo Outro simbólico, assim como a impossibilidade de produção de sentidos suficientes para recobrir toda a dimensão subjetiva (ZANOLA; LUSTOSA, 2019). A falta é, portanto, insuperável e, como não dizer, inexorável.

Para Lacan, porque Lacan é analista, o Outro existe como inconsciência constituída como tal. O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque para mim,

não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo. É por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isto, o \$ (sujeito barrado), que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro como tal. É o Outro como lugar do significante” (LACAN, 2005, p. 32-33).

O Outro, assim, é *ex-terno* ao sujeito na medida em que se estrutura a partir da imagem do semelhante durante o estágio do espelho, ao mesmo tempo em que é *interno* ao sujeito, representado pela cadeia de significantes cujos hiatos, ou faltas, fazem escapar o desejo (LACAN, 2008; ROUDINESCO; PLON, 1998). Desta forma, não se tem claramente o conteúdo do desejo, pois este se funda por meio do que se significa como desejo do Outro a partir do discurso: “Meu desejo é, literalmente, o desejo do outro” (NASIO, 1995).

Segundo Lacan (1996), o estágio do espelho ocorre aproximadamente entre os seis e dezoito meses, quando o bebê se dá conta de que a imagem no espelho é ele mesmo, e não mais um elemento do ambiente. Cabe atentar que isso independe se a ele o espelho foi apresentado antes, o que importa é o momento em que ele se apercebe de sua imagem refletida, ou melhor, quando ele assume uma imagem para si.

O estágio do espelho é um paradigma, uma etapa estruturante do processo de subjetificação, a partir do qual o sujeito passa a ser capturado pela própria imagem. O bebê nessa fase ainda se sente fragmentado, suas sensações corporais são isoladas e sente uma angústia de despedaçamento, pois é assim que ainda está subjetivamente. A imagem no espelho o antecipa mais que uma unidade, mas uma forma que o coloca tal como o outro. Não se trata do que ele vê somente, mas de como ele também é visto pelo outro,

amenizando sua angústia por não se sentir em unidade. Por essa razão, esta fase também marca o surgimento do senso de alteridade para o bebê, pois o início da formação do eu também leva à alienação ao outro que lhe informa sobre a identidade. Assim, a imagem do espelho, vista em unidade, que difere das sensações proprioceptivas fragmentadas do bebê, dá uma forma primordial ao eu ideal que se formará mais tarde. Esse momento também marca os primórdios da inserção no simbólico (SALES, 2005).

É na relação com o outro, com o desejo do outro e com a identificação com a forma humana que o indivíduo não apenas forma o próprio eu, mas também o outro e a realidade, num processo de alienação. É por isso que Lacan acredita na loucura como intrínseca ao ser humano, pois é o que se tinha antes do estágio do espelho, um sentido de fragmentação no qual o eu é fora de mim. Assim, é a imagem do outro que disponibiliza para a criança um sentimento de si (SALES, 2005).

Žižek (2010) busca sintetizar a noção de Outro o chamando de virtual, no sentido de que não existe de forma tangível, mas como um pressuposto subjetivo que só existe a partir da atividade dos indivíduos. Essa atividade se refere, de certa forma, à linguagem, no sentido de que nos comunicamos a partir de regras que conhecemos e que desconhecemos e que não possuímos ingerência, justamente por já existirem antes da nossa chegada. Simplesmente aceita-se e depende-se de tais regras, pois é esse domínio que torna possível a comunicação. Por outro lado, o simbólico orienta os comportamentos na medida em que serve de referência ao indivíduo, mas de forma impessoal: ainda que a relação seja entre duas pessoas, algo sempre escapa e se direciona ao Outro, esse “ente” impessoal que representa a todos e ninguém específico.

Assim, no presente trabalho partimos do princípio de que as redes sociais também se configuram nesse Outro, na medida em que o anonimato e a popularidade se articulam intrinsecamente. Os

sujeitos que postam o fazem para todos, sem ninguém em específico (salvo com algumas exceções), ao mesmo tempo que o fazem com base no que se fantasia como o desejo desse Outro. O que seriam as curtidas senão uma forma de mostrar que você agradou? O número de curtidas, desta forma, se torna importante na medida que confirmam uma fantasia quanto ao desejo do Outro, afinal, o desejo é ser desejo de alguém. Quanto mais popular, mais o sujeito se sente adequado ao desejo do Outro, e por isso o flopar pode ser gatilho para o sofrimento psíquico.

CAMINHOS E ESCOLHAS

Tomando como referência a pergunta de pesquisa “Qual é a influência das redes sociais, especificamente o TikTok, em condutas autolesivas?” iniciamos o presente trabalho buscando compreender melhor o fenômeno da autolesão, entendendo que as redes sociais, por meio das postagens, poderiam representar gatilhos para o comportamento autolesivo a partir de postagens publicadas por outros usuários, fossem elas direcionadas ao sujeito que se autolesiona, bem como aquelas sem direcionamento específico. Embora a literatura pesquisada confirme essa possibilidade, logo nos apercebemos que não era exatamente isso que buscávamos, mas muito mais entender a mensagem que o sujeito que posta pretendia passar. Entendemos que não seria necessária uma mudança na formulação da pergunta, pois entendemos que a possibilidade e o planejamento do *post* já é uma forma de influência.

Nesse sentido, buscamos reformular os objetivos de pesquisa que pudessem contemplar essa ideia, tendo como objetivo geral a análise das elaborações discursivas sobre o corpo nas postagens dos vídeos do Tik Tok realizados por quem possui comportamento

autolesivo, tendo como objetivo específico relacionar o papel das redes sociais para o fenômeno da autolesão.

Cabe aqui fazer uma pequena observação, que já mencionamos na introdução: utilizamos aqui o termo autolesão como escolha política, em respeito ao movimento de pessoas que já possuíram tal comportamento que se colocam contra o termo “automutilação”. Como bem lembra Aragão (2019), embora no Brasil ainda haja a predominância do termo *automutilação* na literatura, tanto pessoas que se lesionavam como profissionais de saúde têm engajado esforços em prol do termo autolesão, dado a conotação pejorativa e estigmatizante do primeiro. Além do mais, cabe ressaltar que os ferimentos causados por autolesão são, em sua maioria, superficiais, deixando poucas ou nenhuma cicatriz, e não retirada de partes do corpo, como o termo *automutilação* possa indicar. A utilização do termo *autolesão sem intenção suicida* é um esforço que profissionais de saúde no mundo inteiro têm engajado no direcionamento da uniformidade, como forma de facilitar a coleta de dados epidemiológicos e elaboração de políticas públicas, mas que passa primeiramente por uma compreensão mais aprofundada do fenômeno, algo ainda incipiente no Brasil.

Assim sendo, como estratégia metodológica, a pesquisa é documental, a partir da análise de postagens de vídeos na rede social virtual Tik Tok, tendo como critérios de inclusão: terem sido realizados e postados por quem relata fazer autolesão; serem em português; estarem vinculados a *hashtags* relacionadas a autolesão (*#automult1114c40*, *#automult114c40*); vídeos com textos, além da legenda do *post*; vídeos postados entre março de 2020 e março de 2022. Como critério de exclusão, definimos não falar especificamente da autolesão ou conduta auto lesiva.

As postagens foram coletadas em outubro e novembro de 2022, a partir da busca nas *hashtags* mencionadas, com base nos

critérios de inclusão e exclusão, por meio do perfil pessoal da primeira autora na rede Tik Tok.

A análise foi baseada na Análise do discurso, uma vez que pressupõe a língua com sua ocorrência no simbólico, assim como a conduta autolesiva se faz por uma falha nesse mesmo campo. É o discurso que medeia a relação do ser humano com a realidade, sendo simbólico por natureza, ao passo que permite permanências e deslocamentos e produz sentidos. Não há discurso sem sujeito, da mesma forma que o sujeito se estrutura pelo discurso, entre o dito, o não-dito e o já-dito. A linguagem não é transparente, assim como a história e o inconsciente não o são. Assim, a língua produz sentidos a partir da história, em que o sujeito é afetado pelo real da língua e da história, mas sem o controle de como é afetado, fazendo com que o discurso do sujeito se forme pelo inconsciente e pela ideologia (ORLANDI, 2007). Qual é o discurso que está por trás dos vídeos do Tik Tok de pessoas que têm comportamentos autolesivos? Como esse texto, imagético ou não, significa esse comportamento? Como não tivemos acesso aos sujeitos que produziram tais vídeos, não foi possível captar exatamente esse sentido, o que nos fez pautar mais superficialmente na performance, na elaboração discursiva, o que causa mais questionamentos do que certezas, principalmente considerando que o sofrimento é individual. Para minimizar um pouco essa limitação (para não dizer quase nada, dado o anonimato dos criadores do perfil), analisamos superficialmente todo o conteúdo postado dos perfis das postagens utilizadas no presente trabalho.

Os vídeos foram catalogados num documento do Google Docs, contendo data de postagem, perfil, *hashtag* associada, *link* da postagem, número de curtidas, comentários e compartilhamentos, bem como elementos de destaque da postagem. Apesar da contagem de curtidas e comentários, os comentários não foram diretamente considerados na análise.

A primeira descoberta que tivemos foi que seria impossível analisar postagens de dois anos, dada a imensidão de material, dificuldade de busca por hashtag e data (os vídeos são mostrados de acordo com a popularidade), bem como a necessidade de analisar as postagens de cada perfil. Uma outra descoberta importante foi que a autolesão é uma *trend* no Tik Tok. Músicas depressivas e imagens são repetidas em várias postagens, daí a necessidade de se verificar todas as postagens de cada perfil. Foi assim que desconfiamos, por exemplo, que adolescentes que não fazem autolesões poderiam postar sobre o tema, como uma forma de viralizar. Isso é reforçado quando se vê na legenda outras *hashtags* associadas com o intuito de se obter destaque, como, por exemplo, #fy, #fyp, #foryou, #foryoupage, que são tentativas dos usuários de fazer os vídeos aparecerem na página de sugestões do Tik Tok. Cabe aqui se perguntar sobre o quanto a necessidade de viralizar no aplicativo pode ter contribuído para alguns deles iniciarem o comportamento autolesivo.

Como é preciso haver um critério de escolha, mantivemos os critérios de inclusão e exclusão de vídeos, com exceção do período analisado: optamos por analisar apenas os vídeos postados em março de 2022 associados às *hashtags* mencionadas anteriormente. O total encontrado foi de cinco vídeos (nomeados V1, V2, V3, V4 e V5), mas dois foram excluídos pelo fato da análise geral do perfil indicar que o usuário não possui comportamento autolesivo. Como mencionamos na introdução, os vídeos de Tik Tok são mensagens numa garrafa, não poderíamos ter certeza sobre quem tem comportamento autolesivo ou não, por isso nos pautamos por indícios com base em outras postagens do mesmo perfil.

Uma vez escolhidos os vídeos, fizemos a análise geral do perfil do usuário e, em seguida, os procedimentos sugeridos por Orlandi (2007), observando o texto, uma forma alternativa de passar o mesmo conteúdo da mensagem que pudessem provocar outros

sentidos (chamamos de contraponto) e, por fim, o intertexto, a compreensão do processo discursivo, ou seja, a interpretação propriamente dita, considerando seus aspectos em termos de materialidade, ideologia e opacidade da língua, buscando articular os aspectos simbólicos do texto com o contexto social em que a postagem poderia estar inserida, conforme se vê a seguir.

SOBRE GARRAFAS E MENSAGENS

Abaixo, a descrição dos vídeos com as respectivas análises.

Quadro 1 - Vídeo 2 (V2)

<p>Data de postagem: 16/03/2022 Hashtag / hashtags associadas: <u>#borderline</u> <u>#borderlinepersonalitydisorder</u> <u>#boder</u> Curtidas / Comentários / Compartilhamentos: 1510 / 16 / 15</p>	
Texto	<p>Informa sobre a reação das pessoas em perguntar o que foi que aconteceu frente às EVIDENTES [sic] marcas de automutilação. Vídeo mostra uma moça olhando as unhas, em sinal de descaso / falta de resposta, com música em estilo funk ao fundo. Adolescente vestida e maquiada como se identificada com grupos tradicionalmente de contestação, num estilo gótico / roqueiro / alternativo, que simboliza essa posição. <i>Hashtags</i> associadas após a denominação "pessoa chata" falam de uma identificação como <i>borderline</i>, transtorno em que as autolesões são sintomas bem característicos, como resultado de uma impulsividade e incapacidade de lidar com o sofrimento.</p>
Contraponto	<p>Ao invés de descaso, informar sobre o que de fato são as marcas e pedir ajuda para parar com o comportamento</p>
Intertexto	<p>A postura de descaso e não afetação, aliada à aparência informam uma posição identitária típica do que há um tempo atrás seria chamado de "rebelde sem causa", apesar das marcas corporais referidas indicarem uma causa mais do que justa para</p>

ser vista, mas com olhar de acolhimento e cuidado. A postura rebelde faz referência à adolescência como fase de contestação, no sentido de contestar o poder da autoridade como mecanismo de busca de autonomia, criando esse sentido de mostrar autossuficiência como forma de justificar a autonomia. Aponta para o sentido de descaso das pessoas com relação ao sofrimento humano, como se as marcas de autolesões não representassem estranhamento, mas um espetáculo bizarro como é comum na sociedade atual. A resposta de descaso diz menos sobre uma falta de afetação com o questionamento, e mais como uma forma de se colocar frente ao hábito de ser desconsiderada em sua dor. A sociedade digital narcísica também espetaculariza os que historicamente foram colocados à margem da sociedade, como as pessoas que sofrem transtornos mentais, embora com um nome mais suavizado para o que antes era conhecido como “loucura”. O vídeo responde a essa demanda por normalização do dissonante, cuja exposição do fato e postura frente a ele é vista atualmente nas mídias digitais como a porta de entrada para a conscientização da sociedade em geral. As *hashtags* que indicam a vinculação da adolescente com um possível diagnóstico após a denominação “pessoa chata” falam sobre os significados que o transtorno pode a ter levado a assumir. Ou talvez o diagnóstico seja tão importante por justificar uma postura considerada “chata”, que em outras palavras pode se referir a uma atitude contestadora, impulsiva e desproporcionalmente reativa. Será que as pessoas com TP *borderline* são vistas como chatas? Quantas vezes ela pode ter recebido esse predicativo na vida para se autonegar dessa forma? O termo “chata” pode ter sido um dos significantes atribuídos a ela ao longo de sua história que responde, ainda que parcialmente, à pergunta “quem sou?”. Importante notar que embora o texto informe sobre marcas evidentes (em caixa alta), elas não estão evidentes no vídeo. Isso informa sobre a opacidade da língua e do Outro, em que num *acting out* a demanda a esse Outro sobe à cena, contrastando o pedido de ajuda a uma postura de descaso. Apesar de marcas evidentes, elas não são mostradas, revelando contradição da adolescente.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Vídeo 4 (V4)

<p>Data de postagem: 27/03/22</p> <p>Hashtag / hashtags associadas: #MeuSonhoRockinRio #marcadosanjos #automutilac40 #cortes #imok #mentalhealth #issues</p> <p>Curtidas / Comentários / Compartilhamentos: 1190 / 17</p>	
Texto	<p>Informa sobre o início do hábito de se autolesionar, como por experimentação, até se tornar compulsivo. As palavras (“Primeiro / faz um pequeno para ver se alivia mesmo / se sente tão bem que faz outros maiores e mais / fundos / todos os dias... / então te consome”) vão aparecendo ao mesmo tempo que a fala de Leonardo DiCaprio no filme “Diário de um Adolescente” (“First, it's a Saturday night thing [...] It feels so good, you start doing it on Tuesdays... then Thursdays... then it's got you”), com uma música instrumental ao fundo. As frases aparecem sobre um fundo preto.</p>
Contraponto	<p>As autolesões se iniciam com cortes mais rasos, sem muito efeito, mas depois surge a necessidade de cortes mais profundos, até se tornar um comportamento compulsivo. As frases aparecem sobre um fundo amarelo, em referência ao Setembro Amarelo, que visa conscientizar a população sobre o suicídio.</p>
Intertexto	<p>A postagem informa sobre a evolução do comportamento autolesivo, em que a cada dia é necessário sentir mais dor para se ter alívio, daí a profundidade dos cortes se ampliam. Segundo Carmo <i>et al.</i> (2020), não se sabe exatamente o motivo da redução da resposta algica, o que normalmente é atribuída à instabilidade emocional negativa e à habituação. Além disso, afirmam que apesar de serem fenômenos diferentes, autolesão e suicídio são fortemente conectados, uma vez que o aumento da frequência e gravidade das lesões podem indicar maior risco ao suicídio, me levando a acreditar que esta adolescente está sob grande vulnerabilidade, como outras postagens dela podem confirmar. O risco de suicídio ainda é mostrado com uma das outras <i>hashtags</i> associadas, a #marcadosanjos. “Marca dos anjos” é um termo que se refere às cicatrizes de cortes nos pulsos por tentativas de suicídio, tendo surgido em função de</p>

uma história popular na *internet* de origem desconhecida, segundo a qual as pessoas que tentam o suicídio são anjos que não se adaptam à vida na Terra, e por isso se matam para voltarem ao paraíso. O fundo preto informa bastante sobre o humor do momento, sendo uma cor normalmente significada como luto, sofrimento, depressão e tristeza. No contexto do perfil, pode ser um indício de ideação suicida também, que se insere no conteúdo da postagem para reforçar um pedido de ajuda por não sentir que esta virá de casa. Apesar de ser inspirada pelo sofrimento, a prática da autolesão alivia também pelo prazer envolvido, vivenciado de forma ambígua com a própria dor física que promove. O destaque é para o prazer, ocorrendo da mesma forma que com o vício em outras drogas: é ele que torna a prática compulsiva, como a fala de Leonardo DiCaprio informa ao dizer que é “uma coisa de sábado à noite”, ou seja, algo que se inicia como diversão. O sábado é, na cultura ocidental, significado como para se divertir, inserido num grupo de amigos, o que pode dar uma tonalidade de tristeza quando se vive processos de exclusão e isolamento e se passa a noite de sábado em casa. Isso é especialmente marcante quando se verifica que a postagem foi realizada num domingo, ou seja, provavelmente como resultado de um momento de tristeza ou angústia e, possivelmente, após ver postagens de outros adolescentes sobre a noite anterior. Na adolescência, integrar grupos de amigos é uma necessidade formativa, no sentido que é uma vivência que promove a alienação da família e efeitos de sentido que favorecem a nova identidade em formação. Partindo do conhecimento do sujeito com base em outras postagens, noto que há uma dificuldade da família em deixar que a adolescente passe por esta fase com certa autonomia e, pior, reagem com violência, a deixando totalmente fragilizada. Além disso, observa-se na necessidade de cortes mais profundos uma certa languidez, como um se deixar levar pela sensação que retira a força de vontade, por assim dizer, de se combater a compulsão. O nome do perfil também pode indicar ideação suicida, ao dizer “eu não ligo” como forma de expressar a identidade, ainda que virtual, por ser um não se importar em morrer.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 - Vídeo 5 (V5)

<p>Data de postagem: 16/03/22 Hashtag / hashtags associadas: #saudemental #cortes #automutilac40 #sobrevivendo #marcadosanjos Curtidas / Comentários / Compartilhamentos: 1070 / 56</p>	
Texto	<p>Informa sobre a prevalência de autolesão e tentativas de suicídio nas escolas, com o texto que diz “em uma sala de aula com 37 alunos, 3 tem a marca dos anjos. Somos jovens de mais [sic] para isso?”. O fundo musical é uma versão da música “Softcore”, do The Neighborhood, com o seguinte trecho: “I’m too consumed with my own life / Are we too young for this? / Feels like I can’t move”. É uma postagem sem imagens, com um fundo preto.</p>
Contraponto	<p>De 37 alunos, 3 possuem cicatrizes que indicam autolesões ou tentativas de suicídio. Somos jovens demais para isso, precisamos de ajuda!</p>
Intertexto	<p>Este perfil é o mesmo da análise anterior e segue o mesmo padrão: Textos curtos que se sobrepõem a um fundo musical que se relaciona com o tema num fundo preto. Não vou repetir aqui sobre o significado que podemos atribuir ao fundo preto, sobretudo por serem postagens da mesma pessoa. O destaque é a prevalência alta de adolescentes com marcas de autolesões, que muitas vezes são romantizadas como “marca dos anjos”, num sentido de fuga para uma outra realidade diferente da atual por não se sentir adaptado ao meio. O sentimento de inadequação é muito comum na adolescência, sobretudo por esta ser uma fase de transição entre a infância e a idade adulta em que ainda se faz necessário o apoio dos adultos na simbolização das vivências. Desta forma, a perspectiva de voltar para algum lugar pode trazer certo conforto, entendendo que há um lugar para esse sujeito para o qual ele precisa retornar para se sentir adaptado de novo. Essa romantização marca bem a necessidade de simbolização, até para que o adolescente possa entender que não é um lugar, mas uma fase. Só que, por outro lado, a romantização faz efeito no nível do imaginário justamente porque há a demanda pelo simbólico que não é atendida pelos adultos mais próximos e que deveriam cumprir esse papel. Segundo Almeida e Soares (2021), as escolas ainda sentem muita dificuldade em lidar com o avanço dos casos de autolesão em seus alunos e assistem ao número de casos avançar com forte sentimento de impotência. A compreensão de que a escola pode ser um ambiente adoeceador, com a pressão por desempenho que cresce tanto quanto o <i>marketing</i> que informa o número de aprovados no Enem, ainda é aquém do necessário para minimizar o sofrimento psíquico de jovens ainda sem formação. Se ainda entramos na idade adulta sem saber direito a resposta ao <i>Che vuoi?</i> lacanianiano, o que dizer desses adolescentes pressionados por desempenho, que não sabem exatamente o que se espera deles e mesmo na dúvida sobre quem querem ser?</p>

Fonte: Elaboração própria.

A LÂMINA DO DESEJO

Lacan (2008) utiliza o mito da lâmina para mostrar como a libido se constitui como um órgão pulsional, tendo em vista que toda pulsão é parcial e de morte, ou seja, a lâmina do mito representa a parte que nos falta. Uma navegada rápida nas hashtags referentes a autolesão no Tik Tok mostra o quanto essa falta se representa pela lâmina: de gilete, de apontador, de estilete, enfim, as lâminas são das mais variadas para se produzir no corpo aqueles cortes que, como não dizer, definem o sujeito que se corta.

No V5 a questão da marca como lugar no campo do Outro se evidencia com a *hashtag* #marcadosanjos, numa romantização das cicatrizes de autolesão e de tentativas de suicídio que podem interferir no tratamento e favorecer novas tentativas. O sentimento de inadequação é muito comum na adolescência, sobretudo por esta ser uma fase de transição entre a infância e a idade adulta em que ainda se faz necessário o apoio dos adultos na simbolização das vivências (DOLTO, 2015; LE BRETON, 2017; OLIVEIRA, 2016). Essa romantização marca bem a necessidade de simbolização, até para que o adolescente possa entender que não é um lugar, mas uma fase. Só que, por outro lado, a romantização faz efeito no nível do imaginário justamente porque há a demanda pelo simbólico que não é atendida pelos adultos mais próximos e que deveriam cumprir esse papel. A lâmina surge neste contexto como o instrumento que dá lugar ao corpo percebido como não desejado, inadequado, dissonante. A lâmina faz encarnar a libido na pele, marcando, de forma ambígua, o sofrimento e ao mesmo tempo a força de ser alguém superior, completo, “um anjo”, que clama por ajuda ao mesmo tempo que empodera. As autolesões, nesse caso, são tentativas de suicídio ou tentativas de sobrevivência, permanência? Nos arriscamos na segunda opção, como uma forma de controlar ou amenizar a vontade de morrer ou se matar, num *acting out* cujo

objetivo é reestabelecer o laço social de forma renovada, com uma marca que mostra sofrimento e força. A profundidade do corte é uma insistência: seja para reforçar a necessidade de ajuda, aumentar a intensidade do grito mudo, seja para marcar a força de quem supera o sofrimento sem se render a voltar para o paraíso. A lâmina adquire a libido deixada de fora na constituição do corpo do sujeito, expressando a ambiguidade do afeto quanto a si mesma e a seu corpo.

A lâmina é irreal: não porque é imaginária, ao contrário, mas porque se articula com o real de modo que nos escapa. E se materializa pelo corte, marcando um lugar para o sujeito no Outro em meio ao social (LACAN, 2008). As postagens evidenciam o quanto as adolescentes sofrem por não conseguirem encontrar a resposta sobre o desejo, de si mesmas e dos pais. Não à toa, é comum encontrar nessas postagens *hashtags* como #daddyissues, #momissues, #familyissues. A lâmina talvez possa ser justamente a materialização daquele corte necessário à separação para nova reintegração no campo do Outro, com o próprio desejo. Se por um lado exprime afeto (ou carência dele), por outro marca, literalmente, a necessidade de encontrar sua verdade.

O V2 mostra como o comportamento autolesivo é vivido com ambiguidade, como num chiaroscuro que ora se mostra, ora se vela, num movimento pulsional que marca a tentativa de se recolocar no laço social. Se por um lado reclama uma atenção mais cuidadosa do outro quando visualiza as cicatrizes por autolesão, por outro responde com aparente descaso, numa atitude de autossuficiência que percebe como prova de autonomia. Há um cuidado com a aparência, com maquiagem detalhada, acessórios da moda, cabelo arrumado, unhas impecavelmente pintadas, melhor dizendo, decoradas e afiadas. Seriam as novas unhas da moda lâminas presas ao corpo que o enfeitam e o lesionam?

Não é para qualquer pessoa que a adolescente quer dizer “o que aconteceu”, mas para o Outro, alguém que possa ajudá-la a simbolizar o que sente, o social. Quem pergunta provavelmente sabe o que aconteceu, assim como a adolescente, que finge não saber que sabe por que se acostumou a não saber de sua dor, assim como a não obter os elementos simbólicos de que precisa para ter pistas de quem deve ser.

No V5 fica evidenciado a amplitude do comportamento autolesivo na adolescência atual, em que as escolas se tornaram espaços privilegiados para a prática. Se o sentido de adolescência foi dado historicamente pela escolarização (LE BRETON, 2017), o que se vê hoje são escolas impotentes em lidar com o aumento no número de casos de autolesão (ALMEIDA; SOARES, 2021), evidenciando não apenas a dificuldade atual de simbolização da própria dor, mas o efeito de contágio.

Os pais de hoje sofrem da “Síndrome do Peter Pan” (LE BRETON, 2017) e a transmitem a seus filhos: o prolongamento dos estudos representa o prolongamento da juventude e a impossibilidade de se sair da família, prolongando a manutenção da tutela paterna associada a certa liberdade, com menor sentido de ruptura que fazem os pais se sentirem mais jovens. A transmissão, desta forma, se faz pelos pares, na qual a autoridade é substituída pela imitação num contexto de cultura adolescente que ultrapassa as barreiras da cultura e de classe, impondo-se aos adolescentes com a mesma força. Quando falamos de pares, o que vem à mente são os amigos, outros adolescentes, mas como não dizer que os pais atuais são também pares?

Nos três vídeos analisados, fica evidente o destaque para o sentido que as marcas fazem para o comportamento autolesivo. Sejam marcas dos anjos ou marcas evidentes, superficiais ou profundas, tais marcas recolocam as adolescentes num lugar diferente na família e na sociedade, dando-lhes uma identidade

pautada pelo sofrimento psíquico, ainda que possam vir acompanhadas de um diagnóstico de transtorno ou não. Neste sentido, o diagnóstico pode trazer um conforto à angústia pela falta de simbólico, simbolizando o sofrimento por meio do poder médico.

O adolescente necessita sentir-se integrado a algo, como forma de definir a própria identidade, ainda que ela não seja fixa, com base no ideal de eu construído no período edípico e atualizado continuamente pelo social. É importante o sentimento de pertencimento a um grupo, numa dialética de não pertencimento a outro, num movimento constante de investimento e desinvestimento que provoca o que Moraes (2009) chama de deslocamento identitário, que o faz rever continuamente seus ideais. A sociedade digital, sobretudo as redes sociais, dão esta sensação de pertencimento, na medida em que oferecem oportunidades de acessar as mais diferentes comunidades de ideias, com a possibilidade de vinculação com pessoas do mundo inteiro. No entanto, devido à volatilidade que caracteriza este tipo de vinculação, o senso de pertencimento é frágil, desafiando a identidade ao passo que também desafia o desejo, causando angústia.

Seriam as cicatrizes de autolesão uma forma renovada de marcar a passagem de uma fase da vida para outra? Le Breton (2010) afirma que o comportamento autolesivo tem um direcionamento aos significados atribuídos àquele corpo, como tentativa de significá-los quando o simbólico escapa. Cabe questionar de que forma as redes sociais têm ocupado atualmente o papel, antes destinado aos pais, de prover uma matriz de significados para os adolescentes atualmente, sobretudo sobre o corpo.

Han (2020) cita Lacan (2008) para explicar a desconstrução do real na atualidade de uma sociedade pautada pelas relações digitais, em prol de um hiper imaginário: é o olhar do outro que interrompe o auto espelhamento imaginário.

O olhar também é uma categoria central na teoria de imagens de Jacques Lacan. “Na imagem se manifesta certamente sempre um dotado de olhar”. O olhar é o *outro* [grifo do autor] na imagem, o outro que me olha, que me prende e me fascina. Como olhar do outro, ele se põe frente ao outro que se refestela na imagem. Ele perfura o *refestelar dos olhos* [grifo do autor] e coloca em questão a minha liberdade. A narcisificação da percepção leva o olhar, o outro, ao desaparecimento” (HAN, 2020, p.48-49).

Se somos sujeitos desejantes, o somos por sermos faltantes, e é a partir desta falta que nos relacionamos com o outro em busca da completude. O conceito lacaniano de falta se assemelha muito ao que Han traz como negatividade, negativo (HAN, 2017; 2020; 2021). Nesse sentido, numa sociedade pautada pelo narcisismo, o outro é anulado e, com ele, o desejo. O olhar do outro, no contexto atual, perde relevância, sendo um olhar que atravessa, que não limita, assimétrico e, como tal, incapaz de impor o real frente ao imaginário.

Sendo assim, que olhar os adolescentes recebem hoje de seus pais, que olhar receberam quando crianças? Num contexto de positividade excessiva, de escamoteamento da dor, de felicidade obrigatória, de transparência total e de relações digitais e narcísicas, o olhar vem de uma face sem rosto, de uma tela. Uma tela que encurta distâncias comunicativas, mas alonga distâncias relacionais, de afeto, de desejo. O imaginário é totalizado pelo culto à imagem, que se prolonga num presente sucessivo, em que o futuro deixa de existir (HAN, 2020). Como se projetar no futuro, como é fundamental para a adolescência, se o futuro não passa do próximo momento, do próximo *post*?

Para Faria (2009), o corpo não pode ser lido em sua totalidade complexa, mas ainda assim emite signos constantemente enquanto se atesta como vida. O inconsciente está no corpo, assim como a

memória, que fazem dele palco do desejo. Quanto do inconsciente transborda no corpo de quem faz autolesões? De que forma esse corpo cortado foi desejado e libidinizado em seu desenvolvimento? As postagens atestam as autolesões como uma forma de comunicação com o Outro, uma forma de mostrar que há vida em sua relação com a morte, ao passo que representam uma transgressão contra a dominação sobre os corpos e uma necessidade de se reconciliar com o próprio desejo e com o desejo do Outro.

E ESTE É O FIM...OU RECOMEÇO

O presente trabalho buscou realizar a análise das elaborações discursivas sobre o corpo nas postagens dos vídeos do Tik Tok realizados por quem possui comportamento autolesivo, tendo como objetivo específico relacionar o papel das redes sociais neste comportamento. Foram coletadas três postagens do Tik Tok realizadas em março de 2022 e analisadas com base na Análise de Discurso.

Os vídeos analisados mostraram o comportamento autolesivo como uma forma de comunicação, em que as redes sociais incorporam o Outro num pedido de ajuda, ainda que possam vir de forma disfarçada. Por outro lado, a partir do entendimento de que a sociedade digital é eminentemente narcísica, ficou evidenciado que o desejo de viralizar pode contribuir para a disseminação do efeito de contágio do comportamento autolesivo, por meio da proliferação de postagens que não se configuram nem num pedido de ajuda, nem desabafo, mas em algo que também traz um desejo de atender ao Outro de outra forma, como para chocar quem vê e provocar o curtir, em que o sofrimento de quem se corta fica em segundo plano. Se a autolesão ganhou destaque nas redes sociais como qualquer outro tema em decorrência do choque que provoca ao olhar, a necessidade de hitar, materializado pelo número de curtidas, também pode ser

vista como um mecanismo de agenciamento do mal-estar, pois promove o sentimento do sujeito adolescente como pertencente a um grupo, ainda que seja temporário e sujeito à próxima moda e mesmo a reações negativas. Desta forma, pensamos que o fenômeno da autolesão também foi capturado pela sociedade do espetáculo, em que a relação entre o mostrar e o olhar se amplia em detrimento da dor.

Dada a prevalência dos cortes e o efeito identitário das marcas de autolesão, bem como terem se tornado uma *trend* no Tik Tok, questionamos como a lâmina enquanto libido encarnada vem atender à necessidade de algo mais radical na passagem da infância para a idade adulta, promovendo efeitos de sentido em adolescentes carentes de um olhar mais acolhedor da sociedade e da família em seu sofrimento.

O presente trabalho teve a intenção de promover uma reflexão mais acurada quanto à influência das redes sociais em adolescentes que possuem comportamento autolesivo a partir de suas postagens, tendo grandes limitações quanto às análises de postagens feitas por sujeitos anônimos, com o foco apenas na performance. Pesquisas posteriores mais amplas, com possibilidade de entrevistas com os sujeitos envolvidos, podem ser de grande valia para a compreensão da disseminação do fenômeno na internet e na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S. *et al.* “Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e os seus impactos para as práticas de automutilação”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 7, n. 3, 2021.

ALMEIDA, V. S.; SOARES, V. M. S. “As práticas de automutilação nas escolas: reflexões a partir da psicanálise lacaniana”. **Anais do VII Congresso Nacional da Educação**. Maceió: CONEDU, 2021.

ARAGÃO, C. H. **Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida** (Tese de Doutorado em Psicologia). Brasília: UnB, 2019.

ASSIS, M. F. P. “Figurações da adolescência e juventude na atualidade: metáforas da cultura”. **Cadernos de Psicanálise**, vol. 40, n. 38, 2018.

CARMO, J. S. *et al.* “Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio”. **Saúde, Ética e Justiça**, vol. 25, n. 1, 2020.

CHAVES, G. *et al.* “O Comportamento Autolesivo na Adolescência: Revisão Integrativa da Literatura”. **Revista Saúde**, vol. 13, n. 19, 2019.

COSTA, J. S.; SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. G. “Postagens sobre autolesão não suicida na internet”. **Adolescência e Saúde**, vol. 16, 2021.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. Aparecida: Editora Ideias e Letras, 2015.

FARIA, A. A. **Mil e uma Orlans** (Tese de Doutorado em Letras). Salvador: UFBA, 2009.

HAN, B. C. **No enxame**: perspectivas do digital. Petrópolis: Editora Vozes, 2020.

HAN, B. C. **Sociedade da Transparência**. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.

HAN, B. C. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Petrópolis: Editora Vozes, 2021.

LACAN, J. “O estádio do espelho como formador da função do Eu”. *In: ŽIŽEK, S. (org.). Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1996.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

LE BRETON, D. “Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica”. **Horizontes Antropológicos**, vol. 16, n. 32, 2010.

LE BRETON, D. **Uma breve história da adolescência**. Belo Horizonte: Editora da PUC-Minas, 2017.

MORAES, L. A. S. S. “Identidade do adolescente na contemporaneidade: contribuições da escola”. **Transformações em Psicologia**, vol. 2, n. 1, 2009.

NASIO, J. D. “Introdução à obra de Lacan”. *In: NASIO, J. D. Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1995.

OLIVEIRA, T. A. **Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental? (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Mental)**. Salvador: BAHIANA, 2016.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Editora Pontes, 2007.

QUEMEL, G. K. C. *et al.* “Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão”. **Brazilian Applied Science Review**, vol. 5, n. 3, 2021.

REIS, M. N. “Automutilação: o encontro entre o real do sofrimento e o sofrimento real”. **Polêmica - Revista Eletrônica da UERJ**, vol.18, n. 1, 2018.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. “Outro”. *In*: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998.

SALES, L. S. “Posição do estágio do espelho na teoria lacaniana do imaginário”. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, vol. 17, n. 1, 2005.

VIEIRA, M. G.; PIRES, M. H. R.; PIRES, O. C. “Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors”. **Revista Dor**, vol. 17, n. 4, 2016.

WINNICOTT, D. W. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”. *In*: WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1971.

ZANOLA, P. C.; LUSTOZA, R. Z. “Alienação e separação no Seminário 11 de Lacan: uma proposta de interpretação”. **Tempo Psicanalítico**, vol. 51, n. 2, 2019.

ŽIŽEK, S. **Como ler Lacan**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2010.

CAPÍTULO 3

*Síndrome de Burnout:
Pensando a Ética nas Relações de Trabalho
Face às Exigências do Capitalismo e do Mundo Digital*

SÍNDROME DE BURNOUT: PENSANDO A ÉTICA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO FACE ÀS EXIGÊNCIAS DO CAPITALISMO E DO MUNDO DIGITAL

Ana Carla Cividanes Furlan Scarin

Tháísa Furlan Scarin

O trabalho é uma atividade que além de garantir a sobrevivência de toda humanidade é desenvolvida de distintas formas, e em diferentes lugares do mundo. Os indivíduos que se mantêm no mercado de trabalho superam a si próprios e se mantêm cada vez mais competitivos e eficientes com seus colegas ou concorrentes, primando pelo individualismo.

Em nossa sociedade trabalhar e produzir é vital, e isso como perspectiva está presente em grande parte das relações constituídas no mundo de hoje; entretanto, nem sempre é tido como algo que denota prazer ou satisfação em sua execução, e sim tende a ser visto como algo penoso e angustiante.

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muito significados. Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o conteúdo oscila. Às vezes carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural do objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos, e com esses, todo um novo universo cujas as vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas (ALBORNOZ, 1988, p. 08).

Neste aspecto o significado da palavra trabalho é visto como sinônimo de dor, cansaço e muito esforço. Desde a antiguidade, aqueles que trabalhavam eram olhados como sofredores, obrigados a trabalharem para garantir seu próprio sustento e ainda haviam perdido sua liberdade.

Desde então, os trabalhadores não podiam argumentar sobre seus direitos porque a necessidade de se manterem no emprego por consequências de sobrevivência falava mais alto.

Para Dejours (1999), a crise que se apresenta aos trabalhadores tem sua gênese na natureza no sistema econômico, no mercado ou na globalização, mas as condutas humanas contribuem para o agravamento de problemas referente ao sofrimento cotidiano no trabalho.

Por causa das más condições de trabalho seja em aspecto físico ou psicológico, os trabalhadores com passar do tempo, vão perdendo a esperança, o ânimo, e a dedicação pelo trabalho, porque percebem que todo seu esforço é inválido e com esta perspectiva torna-se improdutivo, deprimido com seu desempenho nas tarefas quotidianas, no convívio com pessoas amigos, familiares, e consequentemente tendem a perder o equilíbrio e a satisfação de se relacionar. O trabalhador busca estratégias para aguentar o sofrimento psíquico, busca adequar-se com tal situação, muitas vezes sofre calado e busca estratégias coletivas e individuais para tornar-se tolerável diante de todos.

Considerando dados históricos, temos que no século XVI a sociedade do trabalho se organizou de forma desastrosa tendo um grande impacto no desenvolvimento capitalismo.

Dentre todas as utopias criadas no século XVI, nenhuma se realizou tão desgraçadamente como a sociedade do trabalho. Fábricas-prisões, fábricas-

convento, fábricas sem salário, que aos nossos olhos adquirem um aspecto caricatural, foram sonhos realizados pelos patrões e que tornaram possível esse espetáculo atual da glorificação do trabalho (DECCA, 1984, p. 11).

A primeira Revolução Industrial teve origem na Inglaterra em meados do século XVIII e revolucionou o modo de produção com uso de máquinas a vapor e transformações no sistema de trabalho na época. O controle dos patrões sobre os trabalhadores nesta época era de forma mais autoritária possível.

Diante de tal situação, os trabalhadores não se preocupavam com sua sobrevivência, seja qual fosse sua condição de saúde o lema da época era: “viver, para o operário é não morrer” (DEJOURS, 1992 *apud* BORSOI, 2007).

Nesse cenário, onde os trabalhadores não dispunham de um efetivo sistema de proteção social, sucediam-se inúmeros e graves acidentes de trabalho, como perda de dedos, esmagamento de mãos, queimaduras, lesões causadas pelas ferramentas que caíam sobre os mesmos. Diferentes tipos de doenças profissionais acometiam os trabalhadores e, muito frequentemente, levavam à morte de crianças, mulheres e homens: doenças pulmonares, cutâneas, cardíacas, respiratórias e estresse físico e mental (MERLO; LAPIS, 2007 p. 62).

A percepção de que o trabalho traz efeitos sobre a saúde dos indivíduos é antiga, pode ser encontrada no clássico *Tempos Modernos*, de Charlie Chaplin. O trabalhador sofria degradação física e mental (MERLO; LAPIS, 2007).

Na segunda metade do século XIX houve a segunda revolução industrial a qual houve a inserção de outros países no processo, proporcionando assim a expansão do capitalismo. Porém houve diversas consequências da revolução industrial como: aumento de produção de mercadoria em menos tempo, maior concentração de renda nas mãos dos donos das indústrias e o salário baixo aos trabalhadores, desenvolvimento de novas máquinas e tecnologias, migração de pessoas do campo para a cidade gerando crescimentos desordenados nas cidades, aumento da poluição de ar, uso de mão de obra infantil nas fábricas e um aumento das doenças e acidentes de trabalhos em função das péssimas condições de trabalho.

A implementação do modelo Taylorismo, ou administração científica no conceito organização do trabalho, surgiu neste período como uma nova cultura de trabalho, para Taylor (1995) *apud* Merlo e Lapis (2007), observou que os empregados desconheciam boa parte dos conteúdos de trabalho e o tempo necessário para se elaborar tal atividade, então era necessário buscar métodos objetivos de execução, isto é, padronizar o que envolveu encontrar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes. Também envolvia simplificar as operações, eliminar os movimentos desnecessários, essas técnicas passaram a ser elaboradas por especialistas, gerências e etc.

O processo de trabalho, baseado no taylorismo, desconsiderava o ser humano, não se preocupava com seu bem-estar, e o tratava como uma extensão da máquina, ou seja, a sua força intelectual era desprezada, e sua força física ou capacidade para exercer atividades rotineiras era valorizada, o que fortalecia as ações estereotipadas e repetitivas (DEJOURS, 2004, p. 47).

“No modelo Taylorista a principal fonte de agressão à saúde do trabalhador é a própria organização do trabalho” (MERLO; LAPIS, 2007, p. 63).

Nessa época apontava-se já que não havia qualidade de vida aos trabalhadores, ou seja, não havia saúde em relação à classe operária do século XIX.

Com o grande avanço da comunicação e processos tecnológicos, o surgimento de sindicatos e partidos políticos contribuiu para que os trabalhadores se unissem buscando, e terem forças para fazer denúncias das más condições de trabalho.

Junto com essa evolução do capitalismo também houveram mudanças significativas no âmbito psicológico; o trabalho se torna uma convicção de valorização e desperta no trabalhador o desejo de riqueza e de sucesso; o ganho material passou a consumir o sujeito, mas estando o mercado cada vez mais competitivo, apareceu também um sentimento de inquietude, insegurança, ansiedade e isolamento (DECCA, 1984).

A partir da década de 80, muitas empresas tentaram se ajustar às inovações do mercado e a economia; houve movimento de globalização, desenvolvimento tecnológico, competitividade, entre os outros. Mas muitas empresas não conseguiram se adequar aos novos modelos.

Já na década de 90, foi iniciado o processo de desenvolvimento da administração de recursos humanos; houve então questionamentos ao papel dos indivíduos nas organizações, e a tendência cada vez maior de reconhecer o empregado como parceiro.

Considerando a contemporaneidade, a sociedade tem sido marcada por constantes mudanças nas organizações. Desde a terceira revolução industrial, o desenvolvimento da tecnologia tem sido

aplicado cada vez mais nas atividades industriais, entre outros setores.

Com os computadores e os *softwares* cada vez mais avançados, intensificam a produção de mercadorias, as indústrias visam lucros, menos gastos e ritmos acelerados na produção. Em um mundo capitalista e com toda tecnologia cria-se produtos de maior qualidade para concorrer com outros no mercado, e a concorrência e a competitividade intensificam cada vez mais (MARQUES, 2007).

Com o passar do tempo a sociedade contemporânea vem mudando o quadro em relação à saúde do trabalhador, os trabalhadores estão conseguindo alcançar cada vez mais os seus direitos, embora os avanços nesse sentido caminhem a passos de formiga. O objetivo está centrado no processo saúde doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais busca, portanto, estabelecer programas de medicina ocupacional que envolve a estimar riscos, promover prevenção e proteção à saúde do trabalhador (TACHIZAWA, 2006).

Atualmente as empresas e funcionários estão se preocupando em relação à prevenção de acidentes e a promoção de saúde nas atividades laborais, porque o importante não é só a produção, mas é necessário que o trabalhador esteja bem para exercer as suas atividades.

Com isso passou-se a exercer uma nova forma de gestão de recursos humanos, a designada gestão de pessoas, que vem ganhando seu espaço nas organizações. Trata-se de uma forma de integrar o trabalhador à empresa; as empresas buscam, nesse contexto, tratar os empregados realmente como parceiros, incentivando suas participações nas decisões e desenvolvendo cada vez mais o talento dos indivíduos.

Por gestão de pessoas entende-se um processo de gestão descentralizada, apoiada nos gestores responsáveis, cada qual em sua área, pelas atividades-fim e atividades-meio das organizações. Os novos tempos estão e exigir novos modelos de gestão e, conseqüentemente, novas formas de conduzir os interesses da organização e das pessoas (TACHIZAWA, 2006, p. 19).

De acordo com Juarez, Gois, Sawada (2002), as empresas precisam gerenciar de maneira eficiente a questão de segurança e saúde em suas atividades laborais, um ambiente de trabalho onde as condições físicas não favorecem a seguridade física e a saúde do trabalhador, pode acarretar danos financeiros, sociais, econômicos e jurídicos na organização. A grande questão está ligada ao fato de que a exploração ao trabalhador continua a ocorrer, haja vista o tema abordado no presente artigo, acarretando questões não apenas de ordem física, mas igualmente de ordem psíquica, dos quais temos como um dos principais representantes, o medo.

O medo pode estar presente em todos os tipos de ocupações profissionais, e pode ser tanto psíquico por estar em um ambiente de pressão, quanto medo em atingir a integridade física, ou seja, quando o trabalhador é exposto a fatores de riscos. Como é o caso de trabalhadores da construção civil, das indústrias de produtos tóxicos, trabalhos em profundidade e entre outros, estes riscos estão relacionados ao corpo físico do trabalhador.

“A ansiedade e o medo são estados emocionais presenciados em alguns indivíduos que se sentem ameaçados na continuidade da rotina de vida” (JUAREZ; GOIS; SAWADA, 2002, p. 01).

Dejours (1992) ressalta que os medos em tarefas com trabalho intenso, aspectos como salários, prêmios e bonificações, fazem com que o trabalhador reaja em um ritmo acelerado para não

perder suas garantias no final do mês, com isso pode gerar uma ansiedade no indivíduo, ainda mais se ele não conseguir atingir suas metas.

Mesmo com certa ansiedade o trabalhador nestas condições se agarra a estas condições de trabalho, a certos hábitos de modo a não perder tais vantagens através da troca de trabalho, é o que se pode chamar de resistência à mudança.

Nas relações de trabalho o medo frente à hierarquia, chefes, supervisores ou com outros trabalhadores que às vezes são desagradáveis ou até insuportáveis, contribuem ao favorecimento de uma ansiedade do trabalhador, na busca enfreada de rendimentos, realizações, prêmios e bonificações, com tudo isso o chefe avalia e influencia o sujeito com falsas promoções, punições, desigualdade na produção e dentre outros.

Com isso contribui-se a falta de interesse pelo trabalho e agrega a ansiedade na organização.

Desse modo pode-se pensar que quando as condições de trabalho são favoráveis, o trabalhador terá qualidade de vida no trabalho, ou seja, prazer ao ir trabalhar e a satisfação no convívio com as demais pessoas. Mas se as condições não forem favoráveis ao trabalhador experienciará sofrimento e insatisfação ao exercer o devido.

O trabalho repetitivo cria um descontentamento ao trabalhador e desta forma é uma porta de entrada para doenças mentais e somáticas; esse sofrimento não é imediatamente identificável, pois o trabalhador cria uma barreira e disfarça o sofrimento que só pode ser revelado se houver sintomas.

Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais

conforme as suas necessidades fisiológicas e os seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1992, p. 133).

Os valores de saúde e doença são construídos, na empresa, sob o foco da produtividade, sob os princípios que se adota de responsabilidade social e o valor que se dá à preservação das pessoas, das histórias de acidentes de trabalho e da própria cultura da organização.

A pressão organizacional pode levar o indivíduo a estados de estresse, o que afeta diretamente a qualidade de vida do trabalho.

Daí, de acordo com Silva (2000), atualmente existe uma preocupação com a saúde do indivíduo, pois relaciona principalmente com a produtividade da empresa.

Pode-se afirmar que para o indivíduo atingir a qualidade e a produtividade em seu trabalho, é preciso que ele esteja bem psicologicamente.

Caso a organização atue de forma a pressionar o trabalhador com, por exemplo, urgências, relações problemáticas com o chefe, sobrecarga de atividade, ou clientes que provocam reações como nervosismo, inquietude, tensão e dentre outros fatores, podem levar o trabalhador a insatisfação e desmotivação no trabalho.

Cada indivíduo tem sua forma de ser e seu jeito de trabalhar, e isso é vivenciado nas próprias experiências no trabalho. As diferenças individuais são fatores importantes que atuam de um jeito ou de outro no ambiente, e assim o indivíduo tende a se adequar com o local de trabalho e a organização, mas por outro lado pode ser que ele não consiga se ajustar, o que torna as experiências negativas, e podem gerar consequências graves tanto para a saúde física quanto para o bem-estar psicológico e social.

Quando o indivíduo percebe que não dispõe de recursos suficientes para ajustar-se a seu trabalho, surge então o estado de estresse.

O estresse quando muito elevado e permanente pode acarretar o que chamamos de Síndrome de Burnout, mas para se entender adequadamente sobre esta síndrome é importante explicar em primeiro lugar a concepção de estresse.

De acordo com Chiavenato (2008) cada pessoa reage a diferentes maneiras na mesma situação a fatores ambientais que provocam o estresse; o autor define claramente o que é o estresse e as instâncias em que ele surge:

Estresse é um conjunto de reações físicas, químicas e mentais de uma pessoa decorrente a estímulos ou estressores que existem no ambiente. É uma condição dinâmica que surge quando uma pessoa é confrontada com uma oportunidade, restrição ou demanda relacionada com o que ela deseja (CHIAVENATO, 2008, p. 473).

“A palavra estresse é derivada no latim e foi empregada popularmente no século XVII, significando fadiga e cansaço” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 24).

Certos fatores como: exigências, cobranças, pressões, autoritarismo do chefe, desconfiança, falta de perspectiva profissional, chateza e monotonia nas tarefas rotineiras, falta de ergonomia e falta de ferramentas adequadas para se trabalhar, e tantos outros motivos podem causar estresse ao trabalhador.

Para compreender melhor o estresse, Silva e Marchi (1997) explicam que o estresse é um estado intermediário entre a saúde e e

doença, um estado durante o qual o corpo luta contra o agente causador da doença.

Para Chiavenato (2008) as consequências psicológicas do estresse incluem depressão, angústia, ansiedade, síndromes e vários sintomas físicos, como: distúrbios gástricos, cardiovasculares, dores de cabeça, nervosismos e em certos casos, abuso de drogas e dependência de álcool.

Silva (2000) relata que os estresses em seus estados crônicos afetam diretamente na execução das tarefas e desenvolvimento no trabalho e apresenta um alto custo para empresa, pois reflete diretamente na produtividade do trabalhador.

Segundo França e Rodrigues (1997) nem sempre o estresse é prejudicial, no entanto, se estiver em grau muito elevado e por muito tempo, o indivíduo pode desenvolver o que chamamos de Síndrome de Burnout.

A diferença entre o estresse e o burnout, é que o estresse pode apresentar caráter positivo e negativo, enquanto o burnout apresenta somente aspectos negativos.

“O Burnout é a resposta a um prolongado estado de estresse, ocorre pela cronificação destes, quando os métodos, de enfrentamento falharam ou foram insuficientes” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 45).

A ORIGEM E A DEFINIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT

O termo Síndrome de Burnout surgiu na década de 70 nos Estados Unidos à procura de uma resposta ao processo de deteriorização nos cuidados e atenção profissional aos trabalhadores de uma organização.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), a Síndrome de Burnout começou a ser pesquisada a partir do artigo de Freudenberger em 1974, denominado inicialmente como Staff Burnout, descreveu como um sentimento de fracasso e exaustão causados por um grande desgaste de energia e recursos.

Os artigos de Freudenberger, ainda segundo Benevides-Pereira (2002) foram extremamente importantes, pois a partir destes desencadearam outros tantos trabalhos no meio científico. Através de pesquisas que foram surgindo o conceito burnout também foi se modificando e ampliando seus estudos.

O termo Burnout é uma composição de burn = queima e out = exterior “queimar até a exaustão”, o termo vem do inglês que indica um colapso que sobrevém após toda a energia disponível. “Burn-out, ou simplesmente Burnout, é um termo (e um problema) bastante antigo”. Burn-out, no jargão popular inglês, se refere aquilo que deixa de funcionar por absoluta falta de energia (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 21).

Para Ballone (2009), essa síndrome é definida por alguns autores como um dos efeitos mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional.

A pessoa com esse tipo de estresse apresenta esgotamento físico e emocional, passando a comportar-se de maneira agressiva e irritada.

O Burnout é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contato direto com as pessoas (FREUDENBERGER, 1974 *apud* SILVA, 2000).

Segundo Benevides-Pereira (2004), no contexto da Psicologia, a definição mais utilizada tem sido a de Maslach e Jackson (1986) em que o Burnout é atribuído como uma síndrome multidimensional. É constituída por exaustão emocional, desumanização, e parca realização pessoal no trabalho.

A exaustão emocional é caracterizada pela sensação de esgotamento emocional e físico. A pessoa não tem mais energia para lidar com suas atividades laborais. O trabalho passa a ser angustiante e doloroso.

Outro fator é a desumanização que ocorre por um distanciamento emocional, em relação às pessoas, as quais se devem prestar serviços. O relacionamento com as pessoas torna-se desumano, sem respeito, e sem afeto.

“Por vezes, estes profissionais passam a apresentar comportamentos ríspidos, cínicos, irônicos. Esta dimensão é considerada como o elemento defensivo da síndrome” (BENEVIDES-PEREIRA, 2004, p. 36).

A realização pessoal nos afazeres ocupacionais diminui, perdendo o prazer e a capacidade no trabalho. Há uma sensação de desgosto pessoal, o trabalho perde o sentido e passa a ser um peso.

“No entanto, é preciso considerar a síndrome como processo, esses momentos não se estabelecem de forma clara e distinta entre uma etapa ou outra, ou de um momento ao outro” (SILVA, 2000, p. 01).

De forma geral, toda e qualquer atividade pode vir a desencadear um processo de burnout, no entanto, algumas profissões têm sido apontadas como mais predisponentes por características peculiares das mesmas. As ocupações cujas atividades estão dirigidas a pessoas e que envolvem contato muito

próximo, preferentemente de cunho emocional são tidas de maior risco ao *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2004, p. 37).

Essa síndrome foi observada primeiro em profissões predominantemente vinculadas a um contato interpessoal mais exigente, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, carcereiro, policiais, atendentes públicos, professores, comerciários, operador de telemarketing e bombeiros (BALLONE, 2009).

O Burnout pode ser definido como um fenômeno psicossocial e é um tipo de estresse de maneira persistente, relacionado com situações de trabalho, proveniente da constante e repetitiva pressão emocional, associada com intenso movimento e pessoas por longos períodos de tempo (LIMA, 2007).

Ainda em Ballone (2009), no Brasil, segundo a lei nº. 3048/99 de 06 de maio de 1999, que discorre sobre agentes patogênicos causadores de doenças ocupacionais, a Síndrome de Burnout está classificada junto aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, o grupo V da Classificação Internacional de Doenças, a CID 10. Aqui, a Síndrome de Burnout aparece como sinônimo de “Síndrome de Esgotamento Profissional”. Também é identificada como “Sensação de Estar Acabado”, partir da qual, uma vez identificada, dá direito ao trabalhador de afastar-se do trabalho temporariamente.

No ano de 2022, a Síndrome de Burnout foi reconhecida como doença do trabalho pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constando mais uma vez na Classificação Internacional de Doenças (CID 11) como uma síndrome crônica, e descrito como “Estresse crônico de trabalho que não foi administrado com sucesso”. Isso intensifica o debate acerca da ética referente ao pensar

a real necessidade do desenvolvimento de tarefas de trabalho quanto à duração e celeridade, o que exige do trabalhador desenvolvimento de habilidades, e uso de recursos, em tempo real, por vezes desumano.

De acordo com Silva (2000) quando as relações interpessoais se tornam tensas, conflitivas e prolongadas à tendência é que se aumente cada vez mais o sentimento de *burnout*. Portanto, a falta de apoio no trabalho por parte dos colegas e supervisores, da direção ou da administração, conflitos com pessoas que se atende ou seus familiares, são fenômenos característicos que aumentam os sentimentos de exaustão.

Conforme Ballone:

Os sintomas básicos dessa síndrome seria, inicialmente, uma exaustão emocional onde a pessoa sente que não pode dar mais nada de si mesma. Em seguida desenvolve sentimentos e atitudes muito negativas, como por exemplo, um certo cinismo na relação com as pessoas do seu trabalho e aparente insensibilidade afetiva (BALLONE, 2009, p. 01).

“As variáveis de personalidade, assim como as sócio-demográficas, não são em si deflagradoras da síndrome, mas diante de uma instituição comprometida, podem facilitar o desencadeamento da mesma” (BENEVIDES-PEREIRA, 2004, p. 39).

Temos então, de acordo com o discorrido até o momento, quão fundamentais são as relações interpessoais envolvidas nas relações de trabalho, e o quanto a compreensão do que tange a qualidade dessas relações interpessoais é imprescindível à saúde física e mental do trabalhador.

O AMPARO LEGISLATIVO VOLTADO AO TRABALHADOR (THÁ)

Nesse sentido, cumpre ressaltar a proteção constitucional voltada à dignidade da pessoa humana, consoante dispõe o art. 1º, inciso III, da Carta Magna de 1988: “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana;”

Ademais, a Constituição Republicana de 1988 também garante o direito à saúde, conforme dispõe o art. 196: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Assim, há de salientar que o Estado Democrático de Direito possui mecanismos próprios de proteção aos indivíduos, de modo a garantir aos cidadãos a preservação de sua saúde física e mental.

Não obstante, no que tange à proteção da relação laboral, é imperioso frisar o dispositivo constitucional consistente na garantia dos riscos inerentes aos trabalhadores urbanos e rurais, de acordo com o art. 7º, inciso XXII, da Constituição Federal de 1988.

“Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;”

Destarte, resta demonstrada a existência de recursos constitucionais oriundos de ações do Estado como forma de resguardar os indivíduos nas relações laborais.

Ainda, cumpre ressaltar a legislação específica na Consolidação das Leis do Trabalho (Lei 6.514/1977), conforme reza o art. 154, de forma a ressaltar a responsabilidade do empregador e das empresas no aspecto da garantia da saúde e da segurança no ambiente de trabalho.

Desse modo, depreende-se pela leitura da legislação pátria a proteção estatal tanto da saúde física, quanto mental dos cidadãos, bem como a proteção consistente nas relações de trabalho, especialmente atinente à responsabilidade social das empresas e empregadores na garantia de um bem-estar social.

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO EMPREGADOR E O RECONHECIMENTO DO DANO EXISTENCIAL

Outrossim, é de se ressaltar a importância da discussão a respeito dos impactos causados pelos atores sociais, quais sejam, os empregadores, mormente à responsabilidade nas ações e omissões realizadas na rotina laboral.

Isso porque o trabalhador, ao negociar sua relação de trabalho, não negocia apenas sua função dentro da empresa e o que será designado. Trata-se de uma relação cuja disposição integra o próprio tempo e a própria força física, mental e familiar para a realização de determinadas tarefas para a empregadora.

Ainda, imperioso salientar a mudança histórica de que o empregador não possui mais a posse do empregado, no tocante ao controle corporal sobre o cidadão.

Dessa forma, é evidente que o modo como a relação laboral é consubstanciada interfere, diretamente e indiretamente, tanta na relação “empregado e empregador”, quanto na relação “empregado e outros empregados”.

Assim, é necessário trazer à presente discussão que ambientes externos laborais aos quais não são pautados por relações saudáveis e respeitadas por tratamento como seres humanos abrem espaço para omissões cruéis e silenciosas que machucam e corroem a integridade psicofísica do obreiro.

Nesse sentido, constata-se o adoecimento do sujeito decorrente de tamanha lesão subjetiva derivadas de ações, tais como: assédio moral; imposição de jornadas impossíveis de serem alcançadas; não permissão de descanso e lazer para o trabalhador aos finais de semana e feriados; criação e manutenção de um espaço de trabalho marcado pela insegurança, ameaça dos trabalhadores no sentido de uma campanha constante de ser demitido.

Ademais, cumpre ressaltar que o ordenamento jurídico reconheceu, por toda a situação fática presente e causada na vida desses indivíduos, a regulamentação do dano existencial com o respectivo dever de indenização à vítima, instituída na Lei 13.467/2017, em seu art. 223-B, na Consolidação das Leis Trabalhistas: “ Art. 223-B:Causa dano de natureza extrapatrimonial a ação ou omissão que ofenda a esfera moral ou existencial da pessoa física ou jurídica, as quais são titulares exclusivas do direito à reparação”.

Não obstante, insta salientar que o reconhecimento da Síndrome de Burnout pela CID-11 (2019) significa uma alteração histórica e social a respeito do olhar na relação entre patrão e obreiro.

Destarte, há de se frisar que, caso o trabalhador seja acometido por um dano existencial reconhecido legalmente, bem como a apresentação da Síndrome da Burnout, o referido contexto indica um entendimento majoritário na tamanha falha derivada do ambiente de trabalho para com o indivíduo e não que o cidadão não se encontrava apto para produzir suas funções e tarefas.

A SÍNDROME DA BURNOUT À LUZ DO ENTENDIMENTO DOS TRIBUNAIS SUPERIORES

No Brasil, a partir de o reconhecimento da Síndrome da Burnout pela Organização Mundial da Saúde, bem como pela maior disseminação e acesso às informações pelas mídias sociais, houve um crescente judicialização de ações trabalhistas pautadas em mazelas sociais psicossomáticas e a responsabilidade civil do empregador.

Desse modo, os Tribunais Brasileiros começaram a se deparar com um novo cenário consistente na apreciação e no julgamento de questões sociais intrinsecamente ligadas aos Direitos Humanos, Sociais e validação de recursos constitucionais aos entes envolvidos.

Assim, foi o entendimento do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região:

DOENÇA OCUPACIONAL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. Comprovado que o empregado foi acometido por enfermidade "Síndrome de Burnout", sendo que a função exercida na Reclamada apresenta-se como concausa, faz ele jus à indenização por danos morais. A multiplicidade das causas da patologia não tem o condão de afastar-lhe o enquadramento como doença ocupacional, se demonstrado que a atividade profissional contribuiu para a sua eclosão ou agravamento, conforme prevê o art. 21, I, da Lei n. 8.213/91 (TRT-3 - ROT: 00109343920215030077 MG 0010934-39.2021.5.03.0077, Relator: Cleber Lucio de Almeida, Data de Julgamento: 26/07/2022, Primeira Turma, Data de Publicação: 28/07/2022).

Ainda, julgamento de ação trabalhista que tramitou no Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região:

INDEFERIMENTO DE PRODUÇÃO DE PROVAS. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO CARACTERIZADO. O juiz goza de ampla liberdade na direção do processo, cabendo a ele, inclusive, indeferir a produção de provas inúteis ou desnecessárias, nos termos dos arts. 765 da CLT e 370 do CPC. PRELIMINAR REJEITADA. ASSÉDIO MORAL. EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE METAS EXORBITANTES. CONSTRANGIMENTOS COMPROVADOS PELA PROVA ORAL E DOCUMENTAL. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. No exercício do poder diretivo, não pode o empregador exorbitar na cobrança excessiva do cumprimento de metas, sujeitando o empregado a trabalho acima de suas forças, com uma gestão por estresse e com políticas agressivas implementadas por meio de pressões, exposições, humilhações, constrangimentos, com a finalidade de aumento de produtividade e diminuição do custo do trabalho. Tal prática implica o dever do reclamado de indenizar o gravame moral infligido ao trabalhador, sendo cabível a obrigação reparatória estipulada a título de indenização por dano moral. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. BENEFICIÁRIO DA JUSTIÇA GRATUITA. O Supremo Tribunal Federal, em pronunciamento final nos autos da ADI nº 5766, em sessão plenária realizada em 20/10/2021, decidiu, por maioria de votos, ser indevido o pagamento de honorários periciais e advocatícios por beneficiários da justiça gratuita, caso percam a ação, ainda que obtenham créditos suficientes para o pagamento dessas custas em outra demanda trabalhista. Assim, deve ser isentado o reclamante da condenação relativa ao pagamento dos honorários advocatícios em razão da inconstitucionalidade do §

4º, do art. 791-A, da Consolidação das Leis do Trabalho. Recurso ordinário do reclamante conhecido e provido em parte (TRT-16 00163006120205160003, Relator: JAMES MAGNO ARAUJO FARIAS, Data de Publicação: 27/07/2022).

Por fim, há de salientar o entendimento jurisprudencial do Tribunal Superior do Trabalho atinente ao reconhecimento do Burnout e da doença ocupacional:

REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. SÍNDROME DE BURNOUT. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA A ACIDENTE DE TRABALHO. VALOR ARBITRADO À CONDENAÇÃO. R\$ 30.000,00 (TRINTA MIL REAIS), A TÍTULO DE DANOS MORAIS, REDUZIDO PARA R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS) PELO TRIBUNAL REGIONAL. STRESS OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. MAJORAÇÃO DEVIDA. R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS). Dallegrave Neto define o *burnout* como “um esgotamento profissional provocado por constante tensão emocional no ambiente de trabalho”, ocasionado por um sistema de gestão competitivo, com sujeição do empregado às agressivas políticas mercantilistas da empresa. Segundo Michael P. Leiter e Christina Maslach "a carga de trabalho é a área da vida profissional que está mais diretamente associada à exaustão. Exigências excessivas de trabalho provenientes da qualidade de trabalho, da intensidade dos prazos ou da complexidade do trabalho exaurem a energia pessoal". Os autores também identificam que, do ponto de vista organizacional, a doença está associada ao absenteísmo (faltas ao trabalho), maior rotatividade, má qualidade dos serviços prestados e

maior vulnerabilidade de acidentes no local de trabalho. A síndrome de burnout integra o rol de doenças ocupacionais do Ministério do Trabalho e Emprego. Está inserida no Anexo II do Regulamento da Previdência Social. O mencionado Anexo identifica os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsão do artigo 20 da Lei nº 8.213/91. Entre os transtornos mentais e de comportamento relacionados ao trabalho (Grupo V da CID-10) consta, no item XII, a síndrome de burnout – “Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout, Síndrome do Esgotamento profissional)”, que na CID-10 é identificado pelo número Z73.0. No caso específico dos autos, a gravidade do distúrbio psicológico que acometeu a reclamante é constatada pelas informações de natureza fática registradas no acórdão regional: longo período de afastamento do trabalho, com a concessão de benefício acidentário pelo INSS e o consumo de medicamentos antidepressivos, além de dois laudos periciais reconhecendo que a incapacidade laboral da autora é total, a doença é crônica e não há certeza sobre a possibilidade de cura. Por oportuno, este Relator já teve a oportunidade de se manifestar em matéria semelhante, em que se reconhece como passível de reparação por dano moral a exigência excessiva de metas de produtividade, isso porque o sentimento de inutilidade e fracasso causado pela pressão psicológica extrema do empregador não gera apenas desconforto, é potencial desencadeador de psicopatologias, como a síndrome de burnout e a depressão, o que representa prejuízo moral de difícil reversão ou até mesmo irreversível, mesmo com tratamento psiquiátrico adequado. Atenta-se ao fato de que, além da observância ao meio ambiente de trabalho seguro e saudável, conforme assegura a Constituição Federal de 1988, imprescindível considerar, ainda, que cada indivíduo deve ser respeitado em sua singularidade, daí a necessidade de se ajustar o contexto ocupacional à capacidade,

necessidade e expectativas razoáveis de cada trabalhador. O Tribunal Regional de origem, ao fixar o valor da reparação por danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não atentou para as circunstâncias que geraram a psicopatologia que acarretou a invalidez da reclamante, oriunda exclusivamente das condições de trabalho experimentadas no Banco reclamado, período em que sempre trabalhou sob a imposição de pressão ofensiva e desmesurada, com o objetivo de que a trabalhadora cumprisse as metas que lhe eram impostas. Portanto, cabível a majoração do valor da indenização por dano moral para R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais). Recurso de revista conhecido e provido (TST - RR: 9593320115090026, Relator: José Roberto Freire Pimenta, Data de Julgamento: 29/04/2015, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 08/05/2015)

O DESAFIO DO DIREITO DE DESCONEXÃO DIGITAL FRENTE À AUSÊNCIA DE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

Por todo o exposto, resta salientado o reconhecimento do Burnout como uma síndrome, abrangendo desde os impactos nefastos causados subjetividade do indivíduo, bem como as consequências aferidas em esferas social, em âmbito no ambiente de trabalho, e judicial, no que tange aos entendimentos atualizados das demandas nos Tribunais Superiores.

Todavia, é imperioso observar, tendo em vista que a presente discussão é, também, atinente às novas formas das relações de trabalho, uma crescente tendência nos mecanismos de controle presente na relação entre empregado e empregador, oriundas das relações tecnológicas de labor, especialmente com o advindo do teletrabalho.

Assim, a jornada de trabalho do obreiro sinaliza um não ter hora para início, nem para um fim.

Isso porque os meios tecnológicos, tais como: notebooks, celulares, aplicativos de conversa WhatsApp, possibilitam um acesso permanente junto à pessoa do trabalhador, de modo que não lhe é possibilitado as pausas necessárias para refeições, descanso e lazer, pois a todo momento é imposto a sensação de que o empregado deveria estar presente por meio das redes sociais, configurando um cenário de que o cidadão não tem direito à sua desconexão digital.

Nesse sentido, todo o contexto analisado sinaliza a direção de regressão de toda a luta e avanços que até agora foram conquistados consistentes no reconhecimento de esgotamento físico e mental dos trabalhadores, especialmente devido à ausência de legislação específica que esclareça, regule e constitua limites necessários ao amparo social dos brasileiros.

CONCLUSÃO

De acordo com o visto, é possível considerar a necessidade do olhar para a qualidade das relações interpessoais no trabalho, qualidade essa possível se os atores do citado cenário estiverem dispostos a exercitar a ética nessas mesmas relações interpessoais. O olhar ético solicita de ambas as partes a disposição de reconhecer das atividades de trabalho como via de mão dupla: o que um fizer refletirá o que o outro também fizer. A capacidade de considerar o outro é a linha divisória entre o fazer ético e o não ético. Assim, pode-se concluir que se a organização não oferece boas condições de trabalho e, por conseguinte, não há ponto de partida ético vigente, a situação gerada passará por contextos já sabidos embora nem sempre reconhecidos: nem a organização e nem o trabalhador terão

benefícios com tal situação. Todos perdem em situações, se pensamos no ser humano como ser relacional e, por isso, carente de ações éticas em todos os âmbitos de sua vida.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998.

BALLONE, G. J. “Síndrome de Burnout”. **PsiquWeb** [2009]. Disponível em: <www.psiweb.med.br>. Acesso em: 21/04/2023.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. “A síndrome de burnout”. **Ministério Público do Trabalho-DF** [2004]. Disponível em: <www.mpt.df.gov.br>. Acesso em: 10/05/2023.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. “O processo de adoecer pelo trabalho”. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2002.

BORSOI, I. C. F. *et al.* “Da relação entre o trabalho e saúde: a relação entre o trabalho e saúde mental”. **Psicologia e Sociedade**, vol. 19, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 14/05/2023.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 5.452, de 01 de maio de 1943**. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1943. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 14/05/2023.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região. **Recurso Ordinário Trabalhista no ROT**: 00163006120205160003. Relator: James Magno Araújo Farias. Data: 27/07/2022. São Luís: TRT, 2022.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região. **Recurso Ordinário Trabalhista no ROT**: 00109343920215030077 MG 0010934-39.2021.5.03.0077. Relator: Cleber Lucio de Almeida. Data: 28/07/2022. Belo Horizonte: TRT, 2022.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Acórdão da 2ª Turma TST – Recurso de Revista 959332011509002**. Relator: José Roberto Freire Pimenta. Data: 08/05/2015. Brasília: TST, 2015.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

DECCA, E. S. **O nascimento das fábricas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Editora Atlas, 1997.

JUAREZ, G. M. R.; GOIS, C. F. L.; SAWADA, N. O. “Ansiedade e medo: avaliação crítica dos artigos na área da saúde”. **Anais do Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. Ribeirão Preto: SIBRACEn, 2002.

LIMA, A. “Síndrome de Burnout”. **Web Artigos** [2007]. Disponível em: <www.webartigos.com>. Acesso em: 17/04/2023.

MARQUES, W. L. **Recursos humanos**. Cianorte: Fundação Biblioteca Nacional, 2007.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. “A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho”. **Psicologia e Sociedade**, vol. 19, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Editora USP, 1997.

SILVA, F. P. P. “Burnout: um desafio à saúde do trabalhador”. **Revista de Psicologia Social e Institucional**, vol. 2, n. 1, 2000.

SILVA, M.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Editora BestSeller, 1997.

TACHIZAWA, T. **Estratégia empresarial**. São Paulo: Editora Makron Books, 2006.

CAPÍTULO 4

*As Repercussões da Cardiopatia
Congênita na Infância: O Desenvolvimento
Emocional da Criança na Relação Mãe-Filho*

AS REPERCUSSÕES DA CARDIOPATIA CONGÊNITA NA INFÂNCIA: O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA NA RELAÇÃO MÃE-FILHO

Francineti Maria Rodrigues Carvalho

Taline Silva Sousa

O desenvolvimento do indivíduo é assunto que já foi bastante estudado por diversas abordagens e correntes teóricas nas suas diferentes especificidades. Quando se fala em desenvolvimento de maneira geral, logo se remete a um estado dinâmico que tem a finalidade de evolução, que está em constante mudança para melhor adaptação.

Freud, o pai da psicanálise, relata, em seu texto sobre o Narcisismo (1976), que no início da vida, onde não há objeto externo, a criança ainda não tem a noção de que é um sujeito no mundo ou que sua mãe é um outro, e não a extensão de seu próprio ser. No texto “Os Três ensaios sobre a sexualidade” (1949), Freud nos leva a uma dimensão neurodesenvolvimentista, que leva em conta um biológico que sustenta o desenvolvimento a partir do investimento parental. Veremos que esse investimento é o que garante tanto o desenvolvimento físico quanto psíquico, visto que ele está relacionado com o olhar materno que dá forma ao eu da criança (FREUD, 1976). Entendendo que esse “eu” é a estrutura psíquica propriamente dita que tem sua gênese na diferenciação entre id e ego (FREUD, 1952).

A partir desse fundamento, pode-se dizer que o desenvolvimento emocional da criança, primeiramente, se dá dentro da relação mãe-filho. Essa relação, carregada de afeto, investimento

e idealização, poderá sofrer alguns desajustes se surgirem abalos como a ameaça de desintegração ou perda de uma das partes envolvidas (mãe ou filho).

A cardiopatia é uma condição que pode abalar profundamente essa relação atingindo, por conseguinte, o desenvolvimento emocional da criança. Uma vez que provoca na própria mãe sentimento de insegurança, medo e até mesmo culpa, prejudicando, assim, a transferência saudável e apropriada para que a criança constitua sua psique. Segundo Finkel (2000), nesse contexto, a simbiose não se desfaz, pois, a mãe se mantém ligada à criança, oferecendo proteção e cuidados especiais.

O interesse de fazer um estudo sobre essa temática surgiu a partir da experiência obtida do trabalho na clínica pediátrica cardiológica como Psicóloga preceptora e como residente de psicologia na atenção à saúde cardiovascular. Ambas sentimos necessidade de registrar a profunda experiência vivida durante nossas escutas dos pequenos pacientes cardiopatas e suas famílias.

Um aspecto importante a se considerar é que é característico de crianças cardiopatas demonstrarem comportamentos infantilizados, reforçados pela superproteção da mãe. Castro e Paccinini (2002) ressaltam que tanto as mães quanto os pais têm dificuldade de impor limites necessários aos comportamentos das crianças, o que pode interferir no controle dos seus impulsos.

No entanto, como um contraponto a essa realidade, as crianças cardiopatas podem apresentar empatia mais facilmente do que uma criança saudável. Os autores Castro e Piccinini (2002 *apud* STERLING; FRIEDMAN, 1996) relatam que crianças com doenças crônicas orgânicas têm mais habilidade de tomar o lugar do outro e entender suas dificuldades em situações de sofrimentos relacionado à saúde do que as crianças saudáveis. O desenvolvimento das

habilidades empáticas mais cedo pode ser considerado como um resultado positivo dessa experiência.

Sendo pertinentes todos os problemas abordados até então, foi notória a percepção da relevância deste estudo não só para a psicologia como à toda área da saúde, visto que os aspectos emocionais do sujeito, que nesse caso é a criança cardiopata, interferem diretamente na qualidade de vida e, conseqüentemente, no processo saúde-doença. Vale lembrar que “achados desses estudos que tentam explicar a forma pela qual esses desajustes ocorrem numa perspectiva interacional da criança com sua família são ainda inconsistentes e até contraditórios” (CASTRO; PICCININI, 2002, p. 626).

Destarte, o objeto de estudo desse trabalho é o desenvolvimento emocional da criança cardiopata observado dentro da relação mãe-filho, tendo como objetivo geral analisar a influência da relação que a mãe estabelece com o filho no desenvolvimento emocional deste e como a cardiopatia afeta esse processo. Quanto aos objetivos específicos: incentivar estratégias de intervenções emocionais que levem em conta a cardiopatia; evitar que fatores emocionais comprometam a adesão e êxito do tratamento; e considerar a importância das implicações da mãe cuidadora na forma como a criança lida com a cardiopatia. Nesse trabalho utilizamos como método um estudo exploratório-descritivo, tendo como conhecer e discutir sobre um grupo específico, já definido, buscando não necessariamente quantificar os aspectos dos dados, mas valorizar a compreensão dos fenômenos estudados. A pesquisa exploratória e descritiva visa a observação, descrição e documentação de aspectos sobre uma situação que ocorre naturalmente, a partir de uma abordagem qualitativa, que se fundamenta no conceito de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível quando se estabelece a descrição da experiência



humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pesquisa foi realizada com crianças cardiopatas e suas respectivas mães que se encontravam internadas na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Situada na cidade de Belém do Pará a FHCGV é um hospital com especialidade nas áreas de cardiologia, nefrologia e psiquiatria. A pediatria atende crianças cardiopatas na faixa etária de 0 a 12 anos.

Baseadas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, iniciamos a abordagem dos sujeitos após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, porém antes de iniciarmos as entrevistas apresentamos o estudo a ser realizado e o termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Os sujeitos são crianças somente na faixa etária de 08 a 12 anos, com cardiopatia congênita e que não apresentavam nenhuma síndrome que comprometia seu desenvolvimento cognitivo. Quanto às mães, a faixa etária que foi permitida a partir de 18 anos de idade, não importando o nível escolar, e que apresentaram condições físicas e mentais para responder ao instrumento para coleta de dados. O número da amostra foi de três mães e três crianças. Foram excluídas crianças menores de cinco anos de idade, que não eram cardiopatas congênicas e apresentavam síndromes que atrasam o desenvolvimento cognitivo.

O instrumento aplicado às mães foi a entrevista. A modalidade da entrevista utilizada foi a semiestruturada, com perguntas previamente definidas pelo pesquisador, onde o informante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior

para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI; QUARESMA, 2015).

Para iniciar a atividade de análise de dados, primeiramente foi feita uma avaliação de cada criança participante da pesquisa por meio das anotações feitas da impressão profissional após o atendimento psicológico ou observação de conduta. A partir dos atendimentos realizados, foi feita a avaliação psicológica considerando a associação livre em crianças de abordagem apoiada na teoria psicanalítica com crianças relatada por Dolto (1977). Depois foi realizada a transcrição integral dos arquivos de áudio para preservar a fala das entrevistadas e, para a sua organização, foi realizada a leitura das entrevistas, dividindo-as e sintetizando-as com o propósito de apreender os aspectos mais relevantes. Posteriormente as partes da entrevista de cada mãe foram colocadas, segundo as categorias de análise, seguida da avaliação de seu respectivo filho para que assim a avaliação fosse lida e entendida considerando o contexto materno. A partir de recortes e extração das ideias mais relevantes formou-se as categorias de análise.

Para minimizar o risco de quebra de sigilo utilizamos código alfa numérico com as letras C (referindo-se à criança) e M (referindo-se à mãe) seguida do número de ordem das entrevistas e atendimentos psicológicos (C1 e M1, C2 e M2, C3 e M3).

C1 é uma menina de 12 anos, está no 6º ano escolar; mora com a mãe, o padrasto e as duas irmãs, é de Paragominas. Internou com diagnóstico de DSAV + múltiplas estenoses. No acolhimento que feito no mesmo dia de sua internação, C1 mostrou-se receptiva e comunicativa, estabeleceu um vínculo satisfatório que se manteve durante todos os atendimentos psicológicos. C1 sempre verbalizava bastante, falava sobre seus pensamentos espontaneamente. No entanto, apesar, de ter uma idade mais madura e apresentar boa capacidade cognitiva, C1 ficou reconhecida na clínica por seus comportamentos infantilizados. C1 impressionava com suas

habilidades de desenhar e de se comunicar muito bem, porém, era nítido as suas mudanças de comportamento quando ela queria chamar atenção para si: fazia expressão de birra; mudava a voz para que ficasse mais infantilizada, balbuciando sons sem verbalizar palavras, algo bem primitivo, como se fosse um bebê; pedia colo e o mesmo tipo de tratamento que dávamos a crianças da pediatria bem menores que ela.

Outra característica marcante de C1 era o ciúme que tinha das demais crianças, o que ficou mais nítido na fase de adaptação à internação. Certa vez eu estava atendendo uma criança no leito. C1 ficou na porta da enfermaria observando. Assim que o atendimento foi encerrado, C1 correu para me abraçar e perguntou por que eu estava atendendo aquela criança. Senti que não foi uma pergunta por mera curiosidade, mas que tinha uma certa cobrança no tom da sua voz. Com o passar dos dias, esse “ciúme” foi sendo mais bem observado, não só por mim, mas por outros profissionais que atuavam na brinquedoteca, o que chegou a ser discutido de maneira interdisciplinar (com terapeutas ocupacionais e as brinquedistas). Outros exemplos parecidos podem ser citados: se visse alguém da equipe multiprofissional elogiando outra criança, ela reclamava pedindo que falasse algo sobre ela: “e eu, tia?”. Se ela visse alguém da equipe em atividade lúdica de desenho ou jogos com outra criança, ela interrompia: “joga comigo também, tia” ou “quero desenhar também”. Quando havia alguma atividade especial que envolvia todas as crianças na brinquedoteca, C1 chegou a demonstrar aborrecimento se alguma criança recebia um elogio por seu desempenho. Por vezes fazia perguntas comparativas sobre suas atividades.

Em um dos nossos atendimentos, C1 estava fazendo um belo desenho, enquanto eu tentava conversar com ela, ela parecia não me escutar; estava voltada para atividade de outra criança próxima a nós; olhava para o lado, interrompendo seu desenho, fixava os olhos,

parecia incomodada com os elogios que a outra criança recebia de uma profissional. Por vezes eu chamava sua atenção para que se concentrasse no seu próprio desenho.

Eu cheguei a trabalhar com C1 sobre essa problemática. Expliquei a ela que no hospital a equipe trabalha com todas as crianças de forma igualitária e que não havia o paciente preferido, pois todos tinham o direito de receber o acompanhamento da equipe multiprofissional.

A outra característica que eu gostaria de explicar sobre C1 é a dificuldade de relacionar-se interpessoalmente com crianças da sua faixa etária. Embora C1 possua boa comunicação e interesse por brincadeiras, ela sempre se queixava de instabilidade nas suas relações com as outras crianças. No primeiro atendimento feito assim que chegou à clínica, C1 estava acompanhada de seu padrasto e, na primeira oportunidade, relatou que já trocou de escola quatro vezes porque não se dava bem com seus colegas, alegando que eles não a aceitavam como amiga. O relato foi confirmado pelo acompanhante, o qual fazia questão de reforçar a ideia de que ela não era aceita pelos colegas. Perguntei como era a relação dela com as duas irmãs, C1 respondeu que a irmã mais velha preferia brincar com a mais nova e ela se sentia excluída, apresentando sua versão em um discurso bem vitimizado. Alguns dias após sua internação, a equipe de psicologia recebeu a reclamação de uma mãe acompanhante a qual dizia que sua filha de 09 anos estava sofrendo bullying por parte de C1. Segundo ela, C1 ficava na porta observando a outra criança de longe e fazia algumas caretas para a tal. O caso foi atendido e solucionado pela equipe.

De fato, C1 apresentava um comportamento bastante emblemático para a temática de nosso estudo. Percebidas como principais características: a carência afetiva, insegurança e baixa autoestima.

A ENTREVISTA DA MÃE DE C1 (M1)

Na Categoria “reação ao diagnóstico”, M1 relatou sobre todo o contexto na época em que soube da cardiopatia da filha, ressaltando que a maior dificuldade não era aceitar a cardiopatia em si, pois não entendia direito a sua magnitude, mas eram os problemas familiares e sociais em que vivia:

O médico a encaminhou pra cá, mas eu nunca tinha vindo aqui. Era pra ela ter sido operada em 2012, mas nunca deu certo. Quem trazia ela era o pai dela mesmo, só que ele é, assim, tem um vício de beber muito, foi por isso mais que eu larguei dele... ele às vezes chegava em casa e queria me bater, já queria ‘tá’ brigando com as meninas, mesmo a ‘C1’ doente, ele batia nela, eu não podia falar nada... aí uma vez até, meu pai mandou prender ele, aí eu não quis mais ele porque ele ‘tava’ com arma dentro de casa (eu mesma entreguei a arma pra polícia), ele só foi preso por porte de arma, porque eu mesmo não coloquei na ‘Maria da Penha’... daí fui pra casa da minha avó e mesmo assim ele me perseguia. Quando me separei, as minhas filhas ficaram muito tristes, a ‘C1’ mesmo pedia pra eu voltar, ela tinha 6 anos na época, já era entendida, já ‘tava’ fazendo todo o acompanhamento dela por aqui. Mas hoje ela é conformada, vive mais alegre.

Na categoria “mudanças pós-nascimento”, M1 já tinha uma filha de dois anos quando C1 nasceu, mas com a chegada da segunda filha a mudança foi maior principalmente na questão ocupacional, pois teve que abdicar dos estudos e trabalhos para cuidar da saúde de sua caçula até então.

Mudou muita coisa, eu trabalhava, ‘tava’ trabalhando pela prefeitura, eu não pude trabalhar mais [...] tinha até uma vaga de emprego pra mim lá no shopping de Paragominas, aí nunca deixei meu currículo lá porque eu tinha que trazer ‘C1’ pra consultar aqui em Belém, então era pra eu ‘tar’ trabalhando [...]. Eu também não pude terminar o ensino médio, eu terminei só o fundamental mesmo, com muito esforço; mesmo vindo pra Belém eu pegava o atestado tanto pra mim quanto pra ela. Eu perdia matéria, mas minha sorte era que eu tinha um professor que me dava o livro pra tirar foto, então eu conseguia fazer ‘os dever’ que eu perdia. Eu passava de 11 dias pra cá, então era muito cansativo [...], mas eu prefiro ficar sem estudar ou trabalhar por causa da minha filha, pra cuidar da saúde dela.

Na mesma fala, M1 complementa que toda essa rotina a tornou muito estressada:

Eu não sou uma mãe de tá dando muito carinho pra filho. As meninas até reclamam ‘ah, mãe a senhora só anda estressada’, é que às vezes é do dia-a-dia ‘deu’ ver a ‘C1’ ficar pulando, eu falo que ela não pode ficar correndo, ela é uma menina muito agitada, depois ela tá com dor de cabeça, com dor nas pernas, aí eu falo que ela tem que parar, às vezes ela fica com raiva de mim, ela é muito estressada, então isso aí mexe com minha paciência, dá vontade de bater nela mesmo, eu sei que eu não posso bater, mas é que ela me tira do sério.

Com relação à perspectiva, M1 mostra-se otimista sobre o futuro da filha; faz autocríticas enquanto mãe, entendendo que deve

ser mais paciente e carinhosa por ter uma filha cardiopata; e considera que o mais importante de ser mãe é dar apoio para o filho.

Eu espero para o futuro da ‘C1’ é que ela vai ser curada dessa enfermidade, ela vai crescer, vai ter a família dela, vai se formar... Tenho certeza que eu vou ver ‘C1’ adulta, sem esses problemas, bem de saúde, ter a própria vida dela, que elas termine os estudos, que não seja que nem eu que não consegui terminar porque com 18 anos eu já tinha família, eu me arrependo muito, não pelas minhas filhas mas por causa do meu primeiro marido que não valeu a pena, fiquei sofrendo na mão dele até meus 23 anos.

Depois que ‘C1’ nasceu minha visão de maternidade mudou, assim, que eu tenho que ser mais carinhosa com ela, eu tenho que ser uma mãe mais paciente, que às vezes eu não sou. Eu sou estressada, mas eu tento segurar. Às vezes meu marido briga comigo, a gente discute e eu quero descontar nela. Eu não gosto que elas falem nada perto de mim que eu quero já bater, aí elas falam, ‘ah, mãe a senhora briga com meu pai e quer descontar na gente’, então me dá raiva de todo mundo, logo. Eu chego e falo: ‘nem vem falar comigo não que eu tô estressada’. Eu não quero ouvir nada. Eu tô sendo sincera, né? Eu tô falando a verdade porque eu não gosto de tá mentindo, não. Eu to com um problema de nervoso, qualquer coisa eu fico me tremendo, eu fico chorando, eu sou muito sentimental, mas tô procurando me segurar mais. Eu fico sufocando, aí eu fico com tonteira, com dor de cabeça, me tremendo, minha pressão sobe[...] Eu seguro dentro de mim, mas depois eu passo mal.

Sobre a função de ser mãe:

Eu tive filho com 15 anos, não sabia de nada, mas eu tive que aprender, nunca quis deixar minha filha com meus pais não, eu que me virava pra aprender [...] mas a função de ser mãe pra mim foi maravilhosa, eu sinto que as minhas filhas têm um carinho muito grande por mim [...] pra ser mãe tem que ter mais paciência, tem que tá conectado mais com o filho pra ele sentir apoio; na hora mais difícil tem que tá lá perto, dando apoio, carinho, pra ele se sentir bem. Eu sempre procuro dá apoio pra ‘C1’, pra ela se sentir bem.

Os relatos de M1 apresentam características de uma realidade conflituosa e turbulenta em que C1 cresceu. Além da dificuldade financeira de manter um tratamento em outra cidade, os problemas familiares que prejudicavam a construção de um ambiente facilitador ao seu desenvolvimento emocional. Segundo McDougal (2000), a qualidade da gratificação das relações amorosas da mãe é importante no processo de constituição da psique do seu filho, destacando a relação entre a mãe e o pai do bebê como um fator diferencial. Se a mãe se encontra plenamente feliz na área amorosa de sua vida, irá propiciar um latente mais saudável a seu filho, pois diminuirá os riscos de projetar no bebê insatisfações pessoais (MCDUGAL, 2000).

M1 trouxe relatos de conflitos com seu primeiro companheiro (pai de suas 3 filhas), envolvendo violência doméstica e alcoolismo, e com seu atual companheiro envolvendo discussões que a provocasse um “estresse” que por vezes chegou a ser “descontado” nas próprias filhas. M1 apresenta episódios de somatização como tontura, dor de cabeça e pressão alta; ela mesma relaciona tais sintomas com o estresse que vive no dia a dia.

Aconteceu com M1 o que é muito comum de acontecer com as mães de crianças com doenças crônicas: deixar o trabalho para o segundo ou até mesmo para o último plano, ao se deparar com a

necessidade de cuidar de um filho doente (Berlinck, 2008). Como já foi apontado por Dias (2000), acaba não havendo a possibilidade de dividir seu tempo entre as atividades do lar e as externas, pois há uma exigência da atenção integral ao cuidado da criança enferma.

A respeito da cardiopatia da filha, M1 mostrou-se otimista e esperançosa quanto ao futuro de C1, não demonstrou nenhuma preocupação exacerbada a ponto de oferecer uma superproteção impedindo os estímulos e as experiências necessárias para o desenvolvimento da filha em todos os aspectos. Ao contrário, ela ressaltou que sempre dá apoio à filha para buscar o crescimento de sua capacidade e acredita em um futuro promissor para ela.

Nesta análise pode haver um estado de negação não reflexiva de M1, isto é, negação a qual ela mesma não reconheça, quanto à gravidade da saúde de sua filha. Ela tem certeza de que vai ver a filha adulta e livre de toda essa rotina de tratamento, e, no presente, não consegue evitar os impulsos de descarregar o estresse na filha, o que pode representar falta de compreensão da doença da filha.

A realidade da fragilidade em que essa relação se encontra devido a doença, de alguma forma é ignorada. Segundo Berlinck (2008), toda negação envolve um processo de recusa e minimização dos fatos. “A negação também é vista como uma tentativa de se poupar da visão assustadora da morte do outro, pois esta leva o indivíduo à consciência de sua própria finitude” (BERLINCK, 2008, p. 28).

É importante que a família se mostre otimista por mais difícil que a situação seja, pois o otimismo ajuda a não deprimir ou entrar em um estado de ansiedade que impossibilite o cuidado ao doente, no entanto, é importante que se tenha uma visão realista, tanto para o indivíduo se adaptar à rotina de tratamento quanto para ele reconhecer e elaborar seus medos e temores, dirimindo, assim, a

tensão, ajudando na reorganização de suas forças para o enfrentamento da realidade (MINUCHIN, 1999).

AGORA VAMOS CONHECER PEQUENO C2

C2 é um menino de 08 anos de idade; está no 2º ano escolar; mora com os pais e o irmão de 14 anos de idade, é de Oriximiná. Ele internou com o diagnóstico de coarctação de aorta e estava aguardando um cateterismo. C2 é uma criança comunicativa e afetuosa; mantinha um bom relacionamento com os profissionais da equipe e com as outras crianças, demonstrando muito carinho por todos; sempre se mostrou calmo e atencioso. Em nosso primeiro atendimento individual, C2 impressionou por apresentar apropriação sobre seu caso clínico, mostrando conhecimento do diagnóstico ao tratamento. Eu aproveitei o atendimento para desenhar um coração humano para explicar algumas funções e demonstrar melhor sobre seu problema cardíaco. O tempo todo ele foi atencioso e participativo.

C2 complementou expondo o que entendia sobre o cateterismo, descrevendo o procedimento de forma correta, dentro do que lhe cabe saber enquanto paciente. Descreveu também sobre a UTI de forma geral, lugar para onde iria após o cateterismo, como bem sabia. C2 era um paciente esclarecido sobre seu tratamento e sabia na ponta da língua os nomes de cada médico que fazia parte de seu acompanhamento.

Embora fosse-lhe clara sua cardiopatia, C2 chegou a negar qualquer tipo de dor ou sofrimento por conta dela. Relatava que sentia falta de brincar de futebol enquanto estava internado. Sempre dizia que seu sonho é ser goleiro, e precisava treinar todos os dias para ser um bom goleiro. “Lá em casa eu brinco de goleiro todo dia

com meu irmão”. O diagnóstico da cardiopatia foi descoberto há 3 anos. De certa forma, C2 preferia não falar de seus sintomas para que não fosse mencionada a impossibilidade de realização do seu sonho devido a cardiopatia.

Em outro atendimento realizado na brinquedoteca, foi sugerido que C2 desenhasse algo que gostasse muito. Imediatamente disse que iria desenhar uma trave de gol; não demorou muito e logo se mostrou desmotivado para continuar o desenho, dizendo que não sabia desenhar e sem muita paciência para tentar. Depois que ofereci ajuda, terminamos o desenho juntos. Ao discorrer sobre sua admiração pelo futebol, declarou: “esse coração aqui aguenta”. Contudo, reconheceu que de fato tem uns sintomas que lhe incomodam quando joga, como o cansaço. “É uma pegadinha minha”, referindo-se ao que disse outrora sobre não sentir qualquer incômodo por conta da cardiopatia.

Uma característica de C2 notada pela equipe multiprofissional é a maturidade. Apesar de ser uma criança de 08 anos de idade, C2 nunca fez birra ou ficou aborrecido quando lhe eram cobradas regras da brinquedoteca ou da internação; apresenta facilidade de compreender as informações que lhe eram dadas sobre seu tratamento; e demonstra sensibilidade às demandas do outro, interessando-se sempre em saber sobre o outro em uma conversa: “como é que a senhora tá, tia?”

Certa vez, acompanhado pela equipe de psicologia, ele passou em frente ao ambulatório do hospital e desabafou: “eu conheço esse lugar, minha mãe já enfrentou muitas vezes tudo isso aqui”. C2 observa e consegue elaborar psiquicamente o que toda essa situação pode ser para sua mãe.

Com relação às atividades em grupo, C2 interagia muito bem, respeitava a vez da outra criança e atendia aos comandos

corretamente. Uma criança sociável reconhecida por suas principais características: ser atenciosa e empática.

A ENTREVISTA DA MÃE DE C2 (M2)

Sobre a “reação ao diagnóstico”: M2 descreveu de forma sucinta e objetiva sobre os sintomas do seu filho que a levaram a buscar avaliação médica, sem expor sua subjetividade nos relatos, então insisti um pouco mais para ela falar melhor sobre seus sentimentos envolvidos na situação.

Não é fácil né, saber que teu filho tem uma doença do coração e que é pra sempre, não é fácil. Até porque eu já tinha uma vida que já não era fácil, era bem agitada, não tinha tempo, então parar e ver como é que fazia não foi fácil. Eu me senti impossibilitada, impotente.

Em “mudanças pós-nascimento”, M2 diz que não houve muitas mudanças depois que C2 nasceu, pois já tinha seu primeiro filho. Quando bebê, C2 não apresentava sintomas que requeriam cuidados especiais e se desenvolveu normalmente.

Bem eu já tinha um filho antes, então ‘pra’ mim foi normal, não mudou muita coisa. Antes dele, eu trabalhava de manhã e de tarde, meu filho ficava ou com a minha vó ou com a minha mãe. Depois que ele (C2) nasceu, o meu esposo ficou tomando conta dele no início quando voltei a trabalhar, até que a gente contratou alguém ‘pra’ ficar tomando conta dele. [...] Depois do diagnóstico mudou, eu passei a trabalhar só pela parte da manhã, aí eu deixava a tarde pra ficar

com ele, para poder acompanhar, ver o que ele tinha na verdade. Como eu ‘tava’ muito ausente, eu não sabia o quê que ele passava, o que fazia ou deixava de fazer. Sou um pouco controladora. Se ele vai brincar eu fico observando se ele ‘tá’ correndo ou pulando, se ele tiver deitado, eu já vou lá saber porque ele tá deitado, o quê que ele tem, se ele tá sentindo alguma coisa ou não, eu fico todo tempo controlando ele.

Com relação à “perspectiva materna”, M2 também falou sobre a esperança de ver seu filho crescer e realizar seus sonhos, embora reconheça que a cardiopatia impõe alguns limites. Ela tem uma visão otimista e, ao mesmo tempo, realista a respeito do futuro de seu filho. Como mãe, ela acredita que sua principal função é dar carinho e atenção ao filho, satisfazer suas necessidades.

Eu espero que ele realize o sonho dele, que ele cresça. Ele até que não é uma má criança, então eu espero que ele seja uma pessoa bem na vida [...] eu sei que o sonho de ser goleiro é meio impossível, mas ele tem esse sonho e vai correr atrás dependendo do que for, a gente vai deixar ele criar asas. Eu deixo ele escolher o que ele quer ser, conforme o tempo eu acho que ele vai mudar o pensamento dele, mas por enquanto eu deixo ele sonhar.

Minha visão sobre maternidade não mudou, porque assim como eu tive uma criança com cardiopatia, eu posso ter outra sem cardiopatia, então pra mim isso não muda nesse sentido. [...] Maternidade é dar carinho, atenção, dar o que ele necessita, é estar presente na vida da criança. Então minha visão sobre maternidade não mudou, até porque eu me esforço pra dar tudo o que eles precisam, para satisfazer uma necessidade que eles venham a ter. Não tenho medo de ser mãe de novo, mesmo se meu filho vier com cardiopatia ou não.

O que é mais importante da função de ser mãe é dar carinho, dar atenção... isso é o mais importante. Eu acho que eu sou uma mãe carinhosa. [...] Não sou de transparecer os meus problemas para eles, mesmo com meu marido... Duas pessoas que vivem juntas às vezes discutem mesmo, isso é normal, mas eu tento não discutir na frente deles, eu tenho o cuidado de não misturar as coisas. Até porque a criança não tem culpa, ela 'tá' ali esperando que tu chegue e faça um carinho nela, e tu vai chegar brigando com a criança? Eu tenho essa consciência.

Podemos observar que M2 busca fornecer aos seus filhos um ambiente que venha suprir não só as necessidades físicas, mas suas necessidades afetivas como receber carinho e atenção. Sua empatia com os filhos é demonstrada no cuidado que ela tem em não deixar que seus problemas do cotidiano interfiram na relação com os eles. C2 pode contar com um ambiente facilitador ao seu desenvolvimento emocional, visto que conta com o suporte materno para lhe acolher. O fato de sua mãe estar casada e contar com o companheirismo do pai de C2 pode ser considerado um fator diferencial na qualidade desse suporte, pois, ao contar com a ajuda do amor do pai há maior envolvimento familiar, o que evita a sobrecarga materna.

Como já foi mencionado no atual estudo, existe uma conexão natural entre mãe e filho que é imprescindível para o seu desenvolvimento psíquico, quando esta conexão apresenta grandes falhas, poderá acarretar prejuízos ao desenvolvimento emocional da criança (Mcdougal, 2000). A empatia materna pode significar a representação dessa conexão, mas de uma forma menos primitiva como é na relação mãe-bebê (Reze, 2006). A empatia materna é um tipo de comunicação que dispensa palavras; na relação mãe-filho cardiopata, é mais recorrente para que ambos se fortaleçam mutuamente e se protejam ante ao sofrimento.

O caso de C2 é um bom exemplo de que crianças com doença crônica podem adquirir habilidades de tomar o lugar do outro e entender suas dificuldades mais cedo que uma criança comum (Castro e Piccinini, 2002, apud Sterling E Friedman, 1996). C2 não é empático apenas com as crianças que passam pelo mesmo tratamento que ele passa, mas é com as dificuldades da mãe também, de lhe acompanhar nesse processo.

Outro fato emblemático que podemos ver nesse caso é a mudança na rotina profissional da mãe após o diagnóstico de cardiopatia do filho. Segundo Berlinck (2008), a mulher que divide os papéis de mãe e trabalhadora tem o seu lado maternal e cuidador revelado de maneira intensa quando se trata de doença no âmbito familiar. M2 é a única pessoa de sua casa com emprego fixo, por mais que seu esposo também trabalhe com atividades temporárias, ela é a responsável pela principal fonte de renda do lar. Ela conseguiu conciliar o emprego e os cuidados do filho reduzindo sua carga horária de trabalho. Vale lembrar que a cardiopatia de C2 tem seus sintomas controlados e sem crises, o que ainda garante que seus cuidados não exigiram da mãe o tempo integral do seu trabalho, como foi no caso de M1.

A ANÁLISE DE C3

C3 é uma menina de onze anos de idade, convive com a mãe e o irmão de dez anos, sem endereço fixo atualmente, hora está na casa cedida da falecida bisavó materna, hora na casa da mãe do namorado da sua mãe. A irmã mais nova de C3 mora com o pai, que, apesar de morar longe, sempre deu apoio financeiro e esteve a par do tratamento da filha. Estudou até o 3º ano escolar, mas não concluiu devido agravos da cardiopatia. C3 apresenta um quadro clínico delicado; o diagnóstico de tetralogia de Fallot foi descoberto

quando ela tinha um ano e quatro meses e a primeira cirurgia realizada ocorreu quando ela tinha quatro anos, quando a gravidade havia aumentado. Ao todo foram quatro cirurgias realizadas. Atualmente, o quadro clínico apresentou complicações e os médicos estavam avaliando a possibilidade de fazer mais um cateterismo e outra cirurgia.

Durante a internação, C3 estava com a saturação abaixo de 75, sendo que a estabilidade é acima de 85 para com criança com cardiopatia cianótica; a recomendação era o uso de oxigênio todo o tempo, portanto, estava restrita ao leito. Apesar das dificuldades, C3 sempre recebia seus atendimentos com sorriso no rosto, se apresentava com bom humor, era colaborativa e comunicativa, gostava de contar suas aventuras de criança, alegremente falava sobre as histórias de sua família, seus amigos e animais de estimação. Alegria é uma marca característica de C3; seja por fuga como mecanismo de defesa diante da realidade da sua patologia, seja por resiliência, ela sempre demonstrou sua alegria quando esteve internada. Apesar de ter 11 anos de idade, não tinha a menor pressa de entrar para a adolescência, sua cama era rodeada de bonecas e mantinha sempre a pureza e ingenuidade de criança.

Em seu primeiro atendimento, ela estava acompanhada da mãe; enquanto a acompanhante falava sobre o histórico do seu tratamento, C3 fazia algumas interrupções para me mostrar as fotos salvas no celular de alguém da família ou de algum animal de estimação, contando algum caso interessante de cada um. Eram dois assuntos paralelos no atendimento: a mãe falando abertamente da gravidade da doença e a filha falando de situações corriqueiras. “Sabe aquela última bolacha que já está acabando e você quer comer devagarzinho”, falou a mãe sobre a situação da filha. “A ‘C3’ é assim mesmo, um dia desses ela aprontou de dançar funk aqui na enfermaria junto com o pai dela, de oxigênio e tudo”, relatou mostrando-se simpática e alegre igual a filha. Ela falava calma e

naturalmente sobre os problemas já vivenciados, entre brincadeiras de criança e sustos que a levavam à emergência hospitalar.

C3 era uma paciente amável com todos da equipe multiprofissional, construímos um vínculo satisfatório durante minha atuação na pediatria. O que ficou notório durante os atendimentos é que C3 se abria um pouco mais, falava melhor sobre seus sentimentos, quando estava sozinha comigo. Perto da mãe ela preferia manter uma conversa alegre com assuntos corriqueiros. Sem entrar no seu sofrimento, mas em atendimentos individualizados, ela conseguia falar de alguns incômodos. Ela disse que às vezes evita de falar se estar se sentindo mal porque tem medo de que a mãe a colocasse na UTI.

Em um dos nossos atendimentos individualizados, levei um desenho para ela colorir. Enquanto coloria, espontaneamente começou a falar de suas experiências vividas em internações anteriores. Relatou que já fez quatro cirurgias e talvez faria outra, explicando que seu caso era grave, que apenas um lado do pulmão estava funcionando direito. Demonstrando, assim, apropriação sobre seu caso clínico. C3 sabia exatamente da gravidade da doença.

C3 relatou sobre um caso de uma amiga que estava na mesma enfermaria que ela em uma de suas internações anteriores. Essa amiga era da mesma faixa etária que a de C3, sua mãe era separada de seu pai e tinha um namorado, situação bem parecida com o que ela estava vivendo atualmente. Segundo C3, houve um momento em que a mãe dessa amiga se ausentou para falar com o namorado lá fora, nesse momento ela passou mal a ponto de precisar ser intubada e faleceu na UTI. C3 repetiu para mim as palavras que a mãe da sua amiga ouviu do pai: “você não devia ter deixado a menina sozinha para falar com namorado”. Eu fiz algumas perguntas sobre esse caso e as respostas se contradiziam em alguns momentos. Se a história é verdadeira ou não, o fato é que eu consegui perceber que de alguma forma C3 se identificava com essa personagem, e que não foi à toa

que ela contou essa história. Além da semelhança na configuração familiar, a amiga apresentava uma cardiopatia em estado grave. Talvez, foi a maneira que viu de expressar seu medo de que acontecesse o mesmo com ela, um receio de a mãe sair do quarto por causa do namorado e ela descompensar. Vale ressaltar que houve momentos em que C3 fez questão de demonstrar ciúmes do namorado da mãe, em tom de brincadeira virava os olhos quando a mãe falava dele; quando ele vinha visitar, ficava um pouco mais séria. Certa vez, C3, a estagiária de psicologia e eu estávamos brincando um jogo de cartas, quando a mãe chegou na enfermaria com o namorado que veio visitá-la, então a mãe falou em incluí-lo na brincadeira, C3 negou e disse que queria continuar do jeito que estava.

Após relatar sobre sua amiga, falamos um pouco sobre o futuro e sobre a morte. C3 não planeja o futuro, não sabe o que quer ser quando crescer; disse com suas próprias palavras que gostaria de viver como escoteiros. Disse que não tem medo da morte, “se morreu, morreu”, expressou ela. Decerto que de alguma forma ela evita entrar em contato com esse sentimento fatídico, embora saiba suficientemente sobre o quadro clínico delicado em que se encontra.

A mãe de C3 relatou em outro atendimento que a filha gosta muito de adotar cachorros e gatos e que a maioria deles morre. A mãe disse que ela se impressiona com C3 porque ela não chora quando um dos seus animais morre. “Ela cuida e faz de tudo para eles ficarem bem, mas quando morrem, ela deixa pra lá”, disse a mãe. Seu comportamento frente ao luto pode mostrar para sua família a maneira que lhe é menos dolorosa de lidar com a morte.

A ENTREVISTA DE C3

Na categoria “reação ao diagnóstico”, M3 relata que não entendia direito sobre a cardiopatia, e não se preocupou de imediato.

C3 tinha 1 ano e 3 meses de idade e, na primeira avaliação médica, foi dita como inoperável, o que fez a mãe ir para a casa e fazer o acompanhamento ambulatorial. M3 era uma adolescente de apenas 15 anos, então contou com a ajuda da mãe para ter um discernimento melhor sobre o que a sua bebê estava passando. O entendimento veio gradativamente, conforme ela fazia o acompanhamento médico.

Por um lado não foi tão ruim receber essa notícia porque eu não entendia, quando eu passei a entender que é no nível que eu já ‘tô’ hoje, aí eu comecei a me assustar, foi bem devagar... mas hoje eu tenho uma noção de tudo o que ela tem, eu tenho uma base... confesso que ainda não sei exatamente tudo o que está acontecendo com ela agora, mas tenho uma base do que é [...]. Encarar tudo isso é muito ruim, porque eu fico muito pensativa; tu pensa em várias possibilidades ao mesmo tempo... ao mesmo tempo que tu acha que está fazendo de tudo, tu pode pensar também ‘será que não tinha mais alguma quer era pra eu fazer?’, aí vem aquele pensamento de que eu sou a pior pessoa do mundo, tu não consegue ajudar teu filho em alguma coisa. Eu tenho uma noção de que eu posso perder ela a qualquer momento, então eu ‘tô’ vivendo minuto a cada minuto, sem pensar muito no amanhã. No fundo eu sei que eu ‘tô’ fazendo de tudo, apesar de muitos lá fora dizerem que não. São muitos ‘pra’ apontar e poucos ‘pra’ ajudar, essa é a verdade. É um sentimento sufocante, mas eu procuro não demonstrar para ela.

Sobre a mudança na rotina depois que C3 nasceu, M3 responde:

Eu vivo o mundo dela. Ela tem um mundo onde não cabe mais ninguém. Um mundo que ela criou, e eu

ajudo a enfeitar esse mundo. É um mundo onde não existe limite, não existe “não”. “Ah, ela não pode correr?” Pode! “ela não pode andar de bicicleta?” Ela anda de bicicleta e muito bem! Ela é muito animada, é uma criançona de 6 anos, só tem tamanho mesmo. Eu pergunto a ela se ela consegue e ela diz “consigo”, então eu libero, mas fico ali olhando, se machucar a gente cuida da ferida, eu encorajo ela. Não tem esse negócio de não pode, eu digo para ela “vive, vive”, a gente não sabe o dia de amanhã. É o mundo dela. Eu largo o mundo da realidade e vivo o mundo dela. Eu deixei de viver a minha vida, nunca mais eu tinha arrumado um parceiro, agora que comecei a namorar porque ele veio atrás de mim, mas renunciei muita coisa pra viver o que ela ‘tá’ vivendo. Até meus outros dois filhos eu deixei mais de lado pra ‘tá’ vivendo o mundo dela. Mas, apesar de tudo, é um mundo bastante alegre.

Quanto à perspectiva, M3 apresenta uma resposta mais genérica, sem entrar muito em detalhes. Apesar de sonhar o que toda mãe quer para o seu filho, ela reconhece a situação delicada de C3.

Eu espero o que toda mãe quer, né? Um futuro bom pra minha filha, ver ela se formando e ajudar a conquistar algo [...]. E o que eu mais queria é ver ela curada, não ter que viver isso tudo, não era uma opção que eu queria pra ela.

M3 completa que sua visão de maternidade mudou depois que C3 nasceu. Ser mãe para ela só ficou claro não quando deu à luz uma criança, mas quando passou a cuidar de um filho.

Ser mãe para M3 é saber renunciar.

A visão de maternidade pra mim mudou, sim! Apenas ter um filho não significa que você é mãe, o problema não é só dar a vida a alguém, mas é cuidar dessa vida, e ser mãe é renunciar muita coisa para cuidar. Tem muita mãe que fala que daria a vida pelo filho, só que é muito fácil falar na teoria, difícil é fazer na prática, aí você já consegue ter outra visão. Eu já vivenciei muita coisa, eu já vi minha filha quase morrendo e pedir pra Deus me colocar no lugar dela porque não queria que ela fosse embora. Eu esperava ter uma rotina simples de mãe e não com durezas de ter a consciência de que pode perder a filha a qualquer momento. Eu tenho essa consciência porque eu sei o nível de gravidade que ela tem.

O mais importante na função de ser mãe é dar prioridade ao filho. Tem mãe que não sabe o que é prioridade, que se preocupa só com os deveres de rotina e no final do dia não consegue conversar com o filho, e isso é muito ruim. Eu digo que consigo enxergar todos os dias os anjinhos virem e ela sendo alcançada com a graça; a “C3” renasce todos os dias, cada minuto que ela ‘tá’ com a gente é um renascimento.

Ao observarmos a avaliação da filha e a entrevista da mãe, podemos identificar que ambas em certa medida têm ciência da situação delicada em que se encontram. Contudo, apesar do temor a um fim iminente, ambas demonstram resiliência. Segundo Quintanilha (2012), resiliência é a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos, “é o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente” (QUINTANILHA, 2012, p. 28).

Podemos perceber que M3 encoraja a filha a vencer desafios que a própria se dispõe a fazer, justamente por ter em pensamento

que a qualquer momento pode ser que a filha não esteja mais por perto. Como ela mesma fala: “vive, vive”. Talvez esse seja o principal ensinamento que ela tenha passado para sua filha cardiopata grave. Podendo ser interpretado da seguinte forma: “apesar de todos os problemas, não deixe de viver”. Assim, já foram muitos obstáculos que C3 tem superado, desde quando conseguiu fazer a primeira cirurgia depois de três anos que foi dita como inoperável a aprender a andar de bicicleta descendo a ladeira. Tanto a mãe quanto a filha demonstraram ter noção de que a morte é um evento que pode não estar longe de acontecer, mas isso não lhes rouba a vontade de se envolver a cada dia em uma brincadeira nova, seja dançar funk na enfermaria, seja participar de uma cantata de Natal do hospital, promovida pela equipe da pediatria. O caso de C3 representa um exemplo de criança com doença crônica que, segundo Dórea (2010), está, durante um período de tempo apreciável, impossibilitada de participar plenamente das atividades inerentes à sua idade, no domínio social, recreativo ou de orientação profissional, mas que consegue, no dia a dia, desenvolver estratégias de enfrentamento. Ela sempre esteve aberta às intervenções pela equipe multiprofissional, aproveitando durante todas as suas internações as atividades fornecidas para estimulação de seu desenvolvimento pessoal. Tanto M3 quanto C3 são bem comunicativas e de bom relacionamento com a equipe.

Interessante que vimos na Entrevista de M3, é o relato sobre pensamentos de culpa que eventualmente lhe acometem como “sou a pior pessoa do mundo” por não conseguir ajudar o próprio filho. Em estudos feitos por Berlinck (2008), o principal sentimento descrito por pais de criança com doenças crônicas é o sentimento de culpa. “Eles acreditam que de alguma forma poderiam ter evitado a doença, sentindo-se culpados e impotentes em relação à doença”. (BERLINCK, 2008, p. 17). Sentem-se culpados pelo surgimento da doença, acarretando angústia e ansiedade principalmente em situações de crise e hospitalização.

ASPECTOS MATEROS EM COMUM NAS ENTREVISTAS DAS MÃES

Durante a entrevista, as mães puderam mostrar suas subjetividades ao relatar sobre seus sentimentos, preocupações e pontos difíceis. Apesar de cada uma ter sua experiência própria, em contextos e diagnósticos diferentes, podemos perceber alguns aspectos em comum. Entre eles está sua perspectiva positiva a respeito do futuro de seu filho. A esperança que cada uma demonstra ter é importante para que elas se fortaleçam diante do cuidado que devam ter todos os dias, é um sentimento permanente, mesmo que elas reconheçam a gravidade da doença. Não ter esperança significa eliminar a possibilidade de não ter expectativas ou não ter futuro (CREPALDI, 1999). A esperança fortalece a luta contra o sofrimento, se não houver a vontade de combatê-lo, o paciente e a família passam a se conformar com o sofrimento que os desestabilizam. (BERLINCK, 2008 *apud* GUIMARÃES, 1996).

A doença não afeta só a criança doente, mas atinge as mães cuidadoras com desgastes físicos e sobrecargas emocionais. Se elas conseguem passar para seus filhos sua esperança de dias melhores, eles são contagiados com a mesma motivação, tendo disposição para encarar o tratamento.

Outro ponto em comum que podemos perceber é que em todos os casos mudou-se a vida na área ocupacional de cada uma após o descobrimento da doença do filho. De acordo com a gravidade e a necessidade do tratamento as rotinas de cada uma foram reajustadas em prol do cuidado com a criança. Há uma prolongação do vínculo simbiótico entre mãe e filho; assim, é comum às mães, motivadas pela necessidade de estarem sempre próximas da criança, acompanhando as consultas e internações, abdicarem de qualquer outra atividade em função do filho cardiopata (DÓREA, 2010).

A despeito da relação simbiótica comum às mães e filhos cardiopatas, não houve entre as mães entrevistadas relatos de problemas com exageros ou superproteção com seus filhos, o que é comum de haver nessas relações.

Segundo Dórea (2010), no vínculo simbiótico, a mãe procura superprotegê-lo para compensar os impulsos destrutivos que vivencia. Apesar do cuidado especial que elas descreveram ter com os filhos cardiopatas – inclusive M2 que até se considera controladora – todas mostraram-se encorajadoras aos seus filhos para desenvolverem seus sonhos pessoais e atividades que contribuem com seu desenvolvimento integral, sem medo ou preocupação exacerbada que lhes tiram a “paz”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar como a cardiopatia congênita afeta a influência que a relação materna tem no desenvolvimento emocional da criança.

Nessa jornada, conhecemos três crianças com cardiopatias, históricos e personalidades bem diferentes. E pudemos analisar o contexto de cada uma por meio do que sua mãe discorreu em cada pergunta. Através do encontro com mãe e filho (a) compreendemos o que a teoria psicanalítica diz a respeito da constituição do sujeito e as repercussões da cardiopatia nesse processo. A criança tem a formação psíquica totalmente envolvida com o latente materno, e essa relação é atravessada pelo estresse, angústia e ansiedade vivenciados do diagnóstico ao acompanhamento médico de uma criança com doença crônica.

Durante os atendimentos psicológicos, as crianças puderam desfrutar de um momento para expressar seus pensamentos e

sentimentos contando com privacidade e escuta terapêutica. Elas se mostraram satisfeitas em saber que iriam ter um momento a sós com a psicóloga e que a mãe não estaria ao lado para ouvir o que elas tinham a dizer. Percebeu-se que nem sempre as crianças cardiopatas falam tudo o que sentem ou pensam para preservar os sentimentos da mãe. O medo da morte e as dores, nem sempre são ditos. Preservam as mães talvez por desejarem que elas sempre sejam fortes e não gostariam de abalar suas forças, ou, no caso das dores, por temerem que suas mães as internem em UTI, como é o caso de C3.

A mãe, como principal cuidadora e acompanhante na internação, tem sido a referência diária para seus filhos de força, resistência, paciência e esperança. Então é importante que elas também cuidem de suas emoções para evitar desequilíbrios que reverberarão em seus filhos – alguns podendo apresentar sentimento de culpa ou desânimo perante o tratamento.

Na prática diária constatamos a importância das intervenções psicológicas para a criança e sua família. A necessidade de preparação da criança e do seu acompanhante para a realização de procedimentos invasivos, como a cirurgia fica clara na fala das crianças e de suas famílias. Técnicas realizadas pelos psicólogos como a visita monitorada das crianças à UTI pediátrica para conhecer o local e a equipe de saúde muito contribui para reduzir as fantasias das crianças com relação a este setor tão temido por elas e suas famílias. O uso do brinquedo no atendimento das crianças facilita a expressão de fantasias e medos. Além do atendimento da criança cabe ao psicólogo encarregar-se de trabalhar o acolhimento da família e quando necessário mediar a relação com a equipe de saúde.

A partir desse conhecimento, imprime-se a necessidade da Psicologia e outras áreas da saúde promoverem estratégias para que as mães busquem o próprio cuidado, de modo que se promova um

olhar holístico sobre o cuidar de crianças com doenças crônicas, como a cardiopatia, e sua família. O atual trabalho não tem a pretensão de encerrar o estudo das dimensões do objeto investigado, mas pretende-se fomentar novas pesquisas que investiguem o processo saúde-doença vivenciado na relação mãe-filho.

REFERÊNCIAS

BERLINCK, T. **Os significados do cuidar de uma criança que apresenta doença crônica relatados por cuidadores familiares** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia). Itajaí: Univali, 2008.

BONI, V.; QUARESMA, S. “Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais”. **Em Tese**, vol. 2, n. 1, 2005.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. (2002). “Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas”. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 15, n. 3, 2002.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância**: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté: Editora Cabral Universitária, 1999.

DOLTO, F. **Psicanálise e Pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1977.

DÓREA, A. A. **Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). São Paulo: USP, 2010.

FINKEL, L. “A ausculta e a escuta: reflexões sobre a psicodinâmica da criança cardiopata”. **Revista SOCERJ**, vol. 13, n. 1, 2000.

FREUD, S. **Sobre o narcisismo**: uma introdução. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

FREUD, S. **Os Três Ensaio sobre a Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1949.

FREUD, S. **O Eu e o Id**. São Paulo: Companhia das Letras, 1952.

MINUCHIN, S. **Famílias, Funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1995.

QUINTANILHA, B. M. D. **A resiliência do adolescente no processo de adoecer cronicamente por fibrose cística** (Dissertação de Mestrado em enfermagem Assistencial). Niterói: UFF, 2012.

REZE, B. “Cardiopatia infantil: implicações na relação entre mãe e filho”. **Psicologia Revista**, vol. 15, n. 1, 2006.

CAPÍTULO 5

*Políticas Públicas, Interseccionalidade e a
Indispensabilidade da Luta Coletiva para Garantir
Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista*

POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSECCIONALIDADE E A INDISPENSABILIDADE DA LUTA COLETIVA PARA GARANTIR DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Larissa Lassance Grandidier

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou, em 2022, o número de brasileiros com deficiência, dados referentes ao ano de 2019, onde havia 17,2 milhões de pessoas com deficiência no país (ROCHA, 2022). O número, gera certa estranheza justificada pelo percentual considerável, não obstante, o que não se inclui nesse número são as pessoas que não possuem ainda o diagnóstico conclusivo.

Logo, em que pese a elevada quantidade de indivíduos que se autodeclararam pessoa com deficiência, existe uma grande quantidade daqueles que não possuem o diagnóstico concluído, os que não fizeram parte da coleta de informações e aqueles que sequer conhecem a existência de seus direitos e a importância de um diagnóstico e do conhecimento de seus direitos. Estas pessoas também devem ser consideradas.

Essa dificuldade em garantir o diagnóstico precoce requer maior precaução quando o assunto versa sobre o Transtorno do Espectro Autista, que exige a atuação de diversos profissionais conjuntamente, bem como o grau do transtorno e a faixa etária que acabam por oscilar conforme o acompanhamento de cada indivíduo. A dificuldade em concluir este diagnóstico, a partir da pluralidade desses fatores, acaba por violar recorrentemente direitos dos atores que foram diagnosticados, ou que ainda não possuem este diagnóstico concluído.

Por esta razão, este artigo busca dar maior visibilidade ao assunto e compreender, através de uma política pública estadual, quais seriam os direitos destas pessoas e de que maneira elas são ferramentas garantidoras de previsões legislativas. Frisa-se que esta análise se dará sob viés crítico, não com a finalidade de desvalorizar regras e princípios, mas busca analisar o pluriverso de ferramentas que promovem estes direitos e de que maneira o próprio Estado torna-se violador de suas próprias regras.

Inicialmente, busca-se analisar, de forma sistemática e breve, algumas das principais legislações que asseguram direitos fundamentais e direitos humanos a pessoas com Transtorno do Espectro Autista e pessoas com deficiência. Em seguida, expõe-se o conceito de políticas públicas e a sua importância na democracia para garantir direitos expressamente garantidos e materialmente violados. Neste tópico, é fundamental o acesso a conceitos de estudos feministas para o alcance do objetivo proposto nesta pesquisa. Por fim, avalia-se a legislação que assegura a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a finalidade do legislador e a interpretação de sua efetividade, com fulcro na realidade social paraense.

O método de abordagem desta pesquisa é o estudo de caso, tendo em vista que foi escolhida uma das diversas políticas públicas direcionadas a um determinado grupo, com o fito de investigar sua finalidade e as características inseridas na realidade destas pessoas. Também é realizada através da metodologia decolonial e horizontal, que questiona a teoria tradicional retirada do centro hegemônico, com o objetivo de afastar a discriminação social. Por meio dos argumentos aqui expostos, a autora busca compreender outras visões de mundo capazes de lidar com a realidade, considerando conhecimentos e experiências das populações locais.

Como técnica de pesquisa, tem-se uma pesquisa exploratória, que “tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de

determinado fenômeno [...], explora a realidade buscando maior conhecimento, para depois planejar uma pesquisa descritiva” (ZANELLA, 2013, p. 33). Utiliza-se como técnicas também a pesquisa bibliográfica e documental, tendo em vista o uso de artigos científicos da área de concentração do Direito e da Psicologia, e documentos como legislações nacionais, estaduais e Tratados Internacionais cujo Brasil é signatário.

A efetividade de direitos de grupos vulnerabilizados implica na luta por justiça cognitiva e a pluralização de atores que não se limitam aos diretamente interessados, no caso, não apenas pessoas com deficiência. Resta, com isso, a importância de adotar uma (re)construção social que afaste a opressão e discriminação por meio de práticas de invenção e afirmação da vida, de modo a expandir os saberes por meio da própria população, não apenas por meio de uma atuação positiva do Estado. Dito isto, o artigo propõe reflexões acerca das novas possibilidades de pensar a implementação de políticas públicas como garantidoras de direitos.

DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Brasil possui considerável quantitativo de normas que abarcam os direitos das pessoas com deficiência. Exemplificativamente, menciona-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Política Nacional da Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e a Lei Berenice Piana.

Não obstante, observa-se nas produções acadêmicas a vagueza em nortear a relação entre o conteúdo jurídico e a realidade, de maneira a conciliar as disposições normativas com a vivência

desses atores. Esta afirmativa encontra indicadores no próprio sistema de justiça, que apresenta grande número de ações judiciais que pleiteiam benefícios que, por cumprirem os requisitos objetivos legais, deveriam ser de imediato concedidos, de modo amigável, administrativo e extrajudicial. Não obstante, o interessado necessita contratar um advogado, ou passar um dia (ou alguns dias) na Defensoria Pública, arrolar diversos documentos e aguardar o devido processo legal para, enfim, alcançar um “benefício”.

Diante disso, propõe-se ao leitor uma interpretação não hegemônica deste artigo, de modo que busca-se, a partir desta produção, compreender uma concepção crítica e moderna dos direitos humanos de pessoas com deficiência, capaz de enfrentar uma realidade social não limitada aos parâmetros jurídicos, mas que leve em consideração o diálogo intercultural na linguagem de direitos, com o fito de questionar-se sobre a (in)efetividade destes, sob a perspectiva de ações afirmativas adotadas pelo Estado.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, tratado internacional de direitos humanos incorporado com status de emenda constitucional, representa arcabouço fundamental para interpretar os direitos deste grupo. Com cinquenta artigos, a Convenção busca reconhecer a igualdade e inclusão deste grupo historicamente vulnerabilizado, registrando expressamente direitos a serem assegurados, como a igualdade, a acessibilidade e a proteção da integridade da pessoa.

Ao leitor que não compõe a academia de Direito, pode se questionar a respeito do significado do “status de emenda constitucional”. Cabe mencionar a importância do cidadão conhecer seus direitos, para que exija seu cumprimento, tendo em vista que compomos uma democracia.

O legislador previu na redação do artigo 5º da Carta Constitucional, dispositivo que abarca um rol exemplificativo de

direitos fundamentais, que os tratados internacionais de direitos humanos, aprovados em ambas as casas (Câmara dos Deputados, como representante do povo; e Senado Federal, como representante dos Entes Federativos) pelo quórum de 3/5 de seus votos, terão status de emenda constitucional.

Afirmar que o referido tratado possui este status, traduz a importância de seu cumprimento em inteiro teor, vinculando não apenas a Administração Pública, mas todos os cidadãos. Ademais, a Constituição Federal é a fonte basilar para todos os atos, jurídicos e não jurídicos, que abarca todas as situações ocorridas no Ordenamento Jurídico Brasileiro, tendo os indivíduos que habitam o Estado o poder-dever de cumprir com todos os seus dispositivos.

Após isso, analisam-se algumas definições imprescindíveis para alcançar os objetivos deste artigo. O primeiro deles aborda o conceito legal de pessoa com deficiência, que já sofreu grandes modificações ao decorrer do tempo, buscando, atualmente, utilizar um conceito antidiscriminatório.

Essa expressão foi adotada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e substituiu, no Brasil, após 1990, termos como “pessoa especial”, “pessoa deficiente”, “portadores de deficiência”, “pessoas portadoras de deficiência” e “deficiente”, “portadores de necessidades especiais”. Quando se trata de pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, também é rotineiro rótulos que romantizam a luta destas pessoas, como se um indivíduo diagnosticado com TEA fosse alguém “especial”, “excepcional” e “superdotado”, palavras carregadas de insensibilidade e desrespeito com as barreiras rotineiramente enfrentadas.

Merece admiração a evolução destas expressões. O uso daquelas palavras acabava por carregar uma bagagem de sentimentos como condolência e inferioridade. Somado a isto,

“portar” algo representa uma interpretação de que alguém tem aquilo por querer, como se adquirisse algo e estivesse portando este objeto, podendo retirá-lo quando o aprover.

O artigo 1º da Lei Berenice Piana também reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, o que amplia a estes não apenas os direitos expressamente previstos nesta lei, mas todas as demais garantias previstas em dispositivos que asseguram direitos de pessoas com deficiência. Em que pese a crítica, especialmente dos profissionais da área de psicologia em rotular o TEA como deficiência, deve-se reconhecer a importância deste reconhecimento, tendo em vista todas as barreiras desiguais enfrentadas por este indivíduo.

A redação do artigo 1º da Convenção trouxe a definição jurídica da pessoa com deficiência, conteúdo este reproduzido na Lei Brasileira de Inclusão, que reconhecem como “aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009).

A definição é composta de caráter subjetivo e aberto, com o fito de explorar a diversidade de indivíduos que com ela se identificam, seja qual for seu diagnóstico, ou qual o grau e intensidade da(s) barreira(s). A interpretação que se alcança é que o legislador não buscou rotular ou limitar um indivíduo, mas buscou prever um tratamento em igualdade de condições e oportunidades para aqueles que não o alcançaria, caso inexistisse um instrumento normativo garantidor.

Essas denominações, por evidente, não são estáticas. Evoluem da mesma forma que a sociedade incorpora novas realidades e valores a cada época, em relação aos grupamentos que a compõem. Também não se

diga que a utilização incorreta dos termos em voga traduz-se em eventual predisposição ou preconceito. Isso, contudo, não afasta a importância do uso e da força da linguagem, como instrumento de informação e conhecimento, que possui e sempre terá repercussão na construção social do coletivo e do individual humano que se queira designar. Assim, necessário ter em conta que ao se nomear algo ou alguém, se estará determinando processos de pensamento e de existência (MADRUGA, 2021, p. 24).

É imperioso o reconhecimento de que existe uma diferença de tratamento e de condições. Em seguida, é imperioso reconhecer que, acaso inexistissem dispositivos garantidores expressamente, este grupo permaneceria oprimido e excluído. Por esta razão, cabe ao Poder Público efetivar estes direitos expressamente previstos por meio de políticas públicas, que são diretrizes, princípios norteadores de atuação e concretizam o diálogo com os diretamente interessados: a sociedade. Resta, como característica, sua indispensabilidade como ferramenta para supressão da desigualdade.

Ao propor uma política pública para efetivar direitos expressamente previstos, devem ser ponderados alguns aspectos, como a população interessada por aquela política; a sua estrutura; a sua aplicabilidade, sob o viés quantitativo; e as instituições responsáveis por sua promoção. Neste artigo, propõe-se analisar uma política pública voltada às pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista - TEA, com o fito de apreciar como se daria a interpretação dos direitos humanos contemporâneo, em uma política pública de um grupo vulnerabilizado e o alcance de sua efetividade.

Neste aspecto, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança determina que os Estados são comprometidos a preservar a identidade da criança, inclusive a nacionalidade, nome e relações familiares, cabendo prestação de assistência e proteção

adequadas caso haja a privação ilegal dos elementos que configuram sua identidade. Além disso, também reconhece que à criança com deficiência cabe uma vida plena e em condições que garantam sua dignidade, autonomia e participação ativa.

Ressalta-se que a Convenção não reconhece a distinção de faixa etária entre crianças e adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, que reconhece crianças como indivíduos de até doze anos incompletos, e adolescentes até dezoito anos incompletos. O referido tratado considera criança todo ser humano de até dezoito anos incompletos.

Imperioso é dialogar e aprofundar debates a respeito do flagrante histórico opressão de crianças com deficiência. Da leitura dos tratados internacionais mencionados, verificam-se direitos evidentemente a todos garantidos, como a igualdade e não discriminação, o direito à vida e o reconhecimento. Questiona-se se estes direitos não seriam promovidos se inexistisse uma legislação, tendo em vista que todos os indivíduos de uma sociedade possuem o poder-dever de proteger o núcleo essencial de todos os indivíduos.

Outrossim, a redação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que representa um dos principais fundamentos utilizados, possui caráter individualista a ponto de não prever qualquer dispositivo que reconheça os direitos de pessoas com deficiência.

Não se nega a importância do reconhecimento normativo. Não obstante, é frustrante concluir que a sociedade reveste-se de caráter hegemônico face grupos vulnerabilizados, de modo que apenas respeitam e promovem direitos que estão previstos expressamente. Em que pese mera proposição abstrata desses direitos não garantirem a total efetividade, merecem o reconhecimento de sua importância para a desconstrução da desigualdade que perpassa a democracia.

Esclarece-se que a autora que vos subscreve optou pela utilização da definição de “grupos vulnerabilizados” ao invés dos comuns “grupos vulneráveis”, este último utilizado pela maior parte da doutrina. Faz-se este adendo justamente com a finalidade de desconstruir o paradigma de que estas pessoas são historicamente vulneráveis unicamente por cumprirem determinados requisitos. Ao revés: pessoas com deficiência são pessoas dotadas de dignidade, liberdade e reconhecimento, em igualdade de condições legalmente previstas, mas que sofrem discriminação social como alguém vulnerável, inferior e incapaz, o que merece ser notadas como vulnerabilizadas pelo rótulo imposto pela sociedade, e não vulneráveis por seus impedimentos físicos, mentais e sensoriais.

Dito isto, existem direitos humanos e direitos fundamentais expressamente previstos que merecem ser efetivados no cotidiano destes atores. A diferença entre estes direitos diz respeito ao ordenamento jurídico a ser analisado, ou seja, os direitos humanos são aqueles previstos em documentos internacionais, como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência acima mencionados. Por sua vez, os direitos fundamentais são previstos na legislação nacional e Estadual, podendo mencionar a Lei Brasileira de Inclusão, a Lei Berenice Piana, e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Todos estes instrumentos normativos possuem regras e princípios que asseguram o núcleo essencial da dignidade humana de pessoas com deficiência.

A autora fomenta a indicação de legislações que asseguram direitos de crianças justamente por serem estes duplamente vulnerabilizados: por serem crianças e por serem pessoas com deficiência, o que requer maior atenção do Estado para protegê-lo como um todo, o que nos encaminha ao conceito de interseccionalidade, posteriormente tratado. As crianças são reconhecidamente atores vulnerabilizados, assim como pessoas com

deficiência, o que torna possível falar em uma dupla vulnerabilidade, em uma intersecção de marcadores de vulnerabilidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente traz, inclusive, a previsão de princípios que asseguram o diagnóstico precoce e a prioridade absoluta de atendimento de crianças, para que garantam seus potenciais e habilidades em igualdade de condições com outras pessoas da mesma faixa etária. O diagnóstico realizado na infância e com intervenção imediata proporciona atendimento mais eficaz que aqueles diagnosticados tardiamente e em um grau elevado, justificados pela demora de intervenção.

Não obstante, em que pese todos estes documentos mencionados, em sede nacional e internacional, a luta destes indivíduos e sua rede de apoio demonstram a carência de sua efetividade, que apesar da previsão destes direitos, não são assegurados sem uma atuação positiva do Estado em promover políticas públicas. Mantém-se o verdadeiro limbo entre o descumprimento pela inexistência de lei, e o descumprimento pela falta de políticas públicas que efetivem o que a lei prevê.

Seria amador defender a extinção da desigualdade com uma única hipótese e um único artigo para solucionar uma bagagem que sempre permeou as relações interpessoais. Logo, com o fito de apreciar uma política pública regional e a sua (in)eficácia, nos capítulos seguintes será apreciado o conceito de políticas públicas e os efeitos, alcançados ou frustrados, pela implementação da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Estado do Pará.

A PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE PARA O ALCANCE DA EFETIVIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Estado Democrático de Direito, que representa um novo paradigma de

organização social. Para alcançar os objetivos deste modelo, tem-se como um dos alicerces as políticas públicas, que são definidas como “ações e programas para dar efetividade aos comandos gerais impostos pela ordem jurídica que necessitam da ação estatal” (FONTE, 2021, p. 69).

Para o desenvolvimento das políticas públicas, há um possível ciclo de fases para implementá-las, fases estas que não necessariamente estarão presentes, com exceção da primeira. Inicia-se o ciclo com a definição da agenda de políticas, que implica que determinado tema seja reconhecido como problema e visibilizado pelo Estado. Em seguida, tem-se o desenho da política, que engloba os princípios e escolha da população beneficiária. Com isso, alcança-se a implementação da política propriamente dita e a sua avaliação, que analisa a eficiência e eficácia das medidas adotadas (CARVALHO, 2021).

Nesta senda, pode-se imaginar os quatro ciclos da política pública através da Lei Brasileira de Inclusão, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, o que fomenta a indispensabilidade de políticas como instrumento protetivo de discriminações sociais, dentre elas, a exclusão de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista.

A agenda de políticas pode ser representada pela quantidade de movimentos sociais e a atuação de organizações sociais que lutavam para garantir direitos destes atores. O desenho de política, por sua vez, dá-se pela robusta votação no poder legislativo para prever, em uma legislação, direitos e deveres que assegurem a igualdade material de pessoas com deficiência. A implementação da política deu-se em 2015, com a publicação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, e a sua avaliação é reiterada constantemente, uma vez que existem diversos dispositivos nesta lei que foram posteriormente modificados, como o artigo 2º, alterado em 2022, para identificar os requisitos da avaliação biopsicossocial.

Para entender a importância da atuação estatal nas políticas públicas de grupos vulnerabilizados, é fundamental mencionar o conceito de transversalidade, que advém dos estudos feministas. A transversalidade é importante por buscar incorporar aspectos selecionados de uma realidade, aspectos estes que são determinantes para averiguar determinada situação, necessitando de uma abordagem integrada, com o objetivo de produzir um tratamento sistemático e plural para transformar a realidade desigual (CARVALHO, 2021).

A partir disso, pode-se questionar quais seriam estes aspectos selecionados. Exemplificativamente, existe uma quantidade exorbitante de marcadores de desigualdade social, que podem estar presentes de forma conjunta ou isoladamente, como o gênero, a classe social, a raça e a própria faixa etária, como as crianças e os idosos.

Importante, também, é pensar os efeitos das desigualdades sociais sobre grupos subalternizados em que estes fatores determinam a exclusão de certos direitos, o que merece destaque ao segundo conceito importante para o debate: a interseccionalidade.

A interseccionalidade é representada como fundamento para construção de políticas públicas inclusivas de grupos socialmente vulnerabilizados, com a finalidade de capturar as consequências estruturais. Através da dinâmica da interação entre dois ou mais eixos de subordinação, e como sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições de crianças com deficiência, abordando também de que maneira as ações geram consequentemente opressões que fluem ao longo de tais eixos, construindo um aspecto rebote de desempoderamento (CARVALHO, 2021).

A ideia de interseccionalidade surge a partir da premissa de que determinadas vulnerabilidades não são captadas pelas molduras

desenhadas pelos direitos humanos. Dito isto, utiliza-se a metodologia de exemplificar estes conceitos em uma demanda política/social. Imagine-se uma criança do sexo feminino e que fora diagnosticada com determinado impedimento de longo prazo, compatível com a definição legal de pessoa com deficiência. Neste caso, pode-se mencionar ao menos três marcadores de desigualdade: o gênero, a faixa etária e a identificação como pessoa com deficiência.

Diante desses marcadores, cabe ao Estado implementar políticas que assegurem garantias de todas essas interseccionalidades, e não apenas de uma. Logo, seria ineficaz uma política que assegure direitos das mulheres, tendo em vista que ela não é apenas alguém do sexo feminino, mas é uma criança do sexo feminino e pessoa com deficiência. A ela cabe uma política pública que assegure todos os seus marcadores de desigualdade, ou a sua finalidade não seria alcançada.

Por esta razão, a interseccionalidade e a transversalidade ilustram a importância de sua presença na implementação de políticas públicas. Como ferramentas de efetivação de direitos, cabe a elas uma atuação contracolonialidade e mais participativa dos atores diretamente interessados. Uma intervenção imediata dos cidadãos no desenho destas políticas não traz apenas a cidadania para o debate, mas também representa a importância de uma reestruturação dessas práticas estatais. Se o Estado é o principal violador de direitos, cabe ao cidadão não apenas exigir que cumpram seus direitos, mas que cumpram de forma eficaz e antidiscriminatória.

Defende, por isto, a importância da participação popular na implementação de políticas, afinal, quem mais sabe do que necessita, senão a própria pessoa necessitada? Além dessa necessidade de participação popular, também se menciona a necessidade de reflexões para reconstruir o próprio pensamento estereotipado que

necessita do Estado para efetivar direitos, ou seja, que necessita de respostas do Direito.

Quando se estuda a indispensabilidade dos movimentos sociais para garantir direitos expressos no ordenamento, entende-se o quanto o Estado não é, e nem deveria ser, a única fonte de todo o Direito, abrindo distintos caminhos de produção, no sentido de que as antigas práticas estereotipadas se tornem desconstrução coletiva e sejam extirpadas, não de imediato, mas com enfoque no futuro, com o objetivo de reconstruir uma realidade nova, e não reiterar a que hoje se tem.

Repercute a emergência de novos atores na vida pública e na reprodução de lutas, de maneira que a participação possibilite a inserção e a voz de grupos vulnerabilizados, não apenas como representantes de poderes, mas na realidade em que se insere: formando futuros advogados, futuros magistrados, futuros profissionais das diversas áreas que precisam partilhar do mesmo propósito: garantir a igualdade e a antidiscriminação como abordagens emancipatórias de cidadãos em uma democracia.

Existe uma pluralidade de mecanismos que reforçam a desigualdade sociais, em sua maior parte mecanismos estruturais que limitam a possibilidade de manifestação nos poderes, na participação política e na efetividade de políticas públicas. Por esta razão, relembra-se os representantes do governo brasileiro que aprovaram as principais legislações infraconstitucionais voltadas às pessoas com deficiência: o Estatuto da Pessoa com Deficiência foi promulgado por Dilma Rousseff; a lei que regulamenta a profissão de tradutor e intérprete, bem como a legislação que dispõe sobre o ingresso e a permanência da pessoa com deficiência acompanhada de cão-guia foram ambas promulgadas no governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Por esta razão, torna-se também necessário o cuidado em pesquisas antecipadas acerca das pretensões dos representantes

políticos, afinal, é estes que implementam as políticas públicas e dão visibilidade aos grupos vulnerabilizados.

Deve-se também desconstruir a limitação de criticar a restrição de direitos única e exclusivamente pela necessidade de uma reforma legislativa, tendo em vista que, conforme o tópico anterior, vislumbra-se uma pluralidade de regras que asseguram direitos de pessoas com deficiência, mas a efetividade deles inexiste, tendo em vista que são formalmente assegurados e substancialmente negados, sendo representados diariamente pela luta de seus familiares em garantir o que a lei prevê.

O primeiro passo para alcançar esta efetividade é adquirir a conscientização, a mudança de perspectiva e de olhar: se há um grupo vulnerabilizado, ele é historicamente sujeito a discriminações. Enquanto as relações interpessoais não estiverem livres da opressão, da inferiorização e objetificação, enquanto as condições estruturais não forem suprimidas, estes direitos antidiscriminatórios nunca alcançarão sua efetividade em igualdade de condições.

Não se afirma aqui que o Direito não é necessário para solucionar necessidades e relações pessoais. Afirma-se que este não é, e nem deveria ser, o único caminho para isto. E declarar de maneira abstrata que todos são iguais perante a lei não soluciona a desigualdade. Por esta razão defende-se a indispensabilidade das lutas sociais para a implementação de políticas, a importância de ocupar espaços em universidades, nos poderes públicos, nos debates e na própria conversa informal entre amigos e familiares. É necessário que vozes sejam ouvidas e que a realidade social tenha espaço para modificar.

O RECONHECIMENTO DA DIFERENÇA E A CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: POLÍTICA DE INCLUSÃO OU DE EXCLUSÃO?

Para o melhor entendimento do que seria uma política pública, este artigo objetivou analisar dentre estas, a que direciona a direitos fundamentais de um grupo historicamente subalternizado. Justifica-se a escolha desta pela reiterada obscuridade de seus direitos no cotidiano.

O TEA representa um dos principais diagnósticos que requerem intervenção imediata para o melhor alcance de resultados, o que é garantido pelo direito fundamental ao diagnóstico precoce e o direito à vida com dignidade. Todavia, justificada pela subjetividade de seu diagnóstico e pela necessidade de uma equipe multidisciplinar, bem como o grau de intensidade do transtorno, a idade do indivíduo, dentre outros fatores indispensáveis para o alcance do diagnóstico, acabam por delongar o diagnóstico, o que compromete o próprio desenvolvimento humano.

Justamente pelas incertezas científicas no território da ciência acerca do autismo, as iniciativas governamentais vêm se desenvolvendo de modo tardio, o que incentivou a mobilização da sociedade interessada para a propagação de incentivos da sociedade civil para o enfrentamento de estratégias que estimulam o diagnóstico e o próprio desenvolvimento da pessoa com deficiência.

Mencionando um artigo científico publicado na revista jurídica *Brazilian Journal of Development*, foi realizado um relato de caso de um paciente com TEA, por meio de uma entrevista semiestruturada com a entidade familiar e os profissionais da área de saúde que auxiliam no acompanhamento do paciente. Constata-se no artigo que é evidente a evolução na legislação, não obstante é

pendular o desacompanhamento dessa evolução nas multifaces, como na implementação de políticas públicas (MORAES *et al.*, 2022).

O registro civil é o principal documento de identificação do cidadão brasileiro, não obstante, em 2021, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística identificou que existiam mais de três milhões de brasileiros sem registro civil.

Dentre as justificativas deste numerário, pode-se mencionar fatores das mais diversas realidades: pela condição financeira, pela condição política, pelo desconhecimento de seus direitos e deveres. São inúmeras hipóteses em inúmeras realidades que não podem e nem devem ser limitadas a uma única justificativa. Por este motivo, cabe ao Estado, por meio de suas instituições, realizarem a efetividade de direitos, sejam eles quais forem e de quem forem.

Por esta razão, em 27 de dezembro de 2017 foi promulgada a Lei nº. 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Esta lei foi uma das primeiras e, até os dias atuais, encontra-se dentre as principais legislações protetivas de pessoas com deficiência.

Como acima analisado, a própria legislação é considerada uma política pública, tendo em vista que foi posteriormente integrada ao ordenamento, com o objetivo de cumprir um dever legal, que seria a implementação de uma realidade antidiscriminatória, o afastamento da desigualdade e a promoção de direitos fundamentais a um grupo vulnerabilizado, como o direito à educação, à saúde, à moradia, dentre os demais previstos no rol exemplificativo desta política.

Para além disso, em 2020, a legislação foi alterada para acrescentar o artigo 3º-A, que cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTA), a ser

expedida pelos órgãos executivos da política do Distrito Federal e municípios.

Dentre os requisitos objetivos, tem-se a obrigatoriedade de um requerimento, relatório médico contendo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID, dados pessoais e fotografia, tipo sanguíneo, identificação da unidade da federação e do órgão expedidor responsável. Além disso, foram previstos outros requisitos à pessoa diagnosticada com TEA que possuía visto temporário.

No ano de 2020, também foi implementada a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Estado do Pará. Possuindo vinte e oito artigos, a maior parte deles de repetição de legislações nacionais, também reconheceu expressamente o direito à CIPTEA; além disso, criou também o Cadastro Único destes atores.

Com isso, após a análise da proteção jurídica expressa, passa-se à interpretação crítica destes dispositivos. Primeiro ponto a ser observado é a flagrante desigualdade social a ponto de necessitar de uma previsão expressa que garanta o direito de uma pessoa com deficiência adquirir a sua carteira de identificação.

Inexistem previsões semelhantes às demais pessoas, sejam elas quais forem. Inexiste uma lei específica para identificar pessoas brancas, pretas, mulheres, homens, LGBTQIA+, crianças ou idosos. Por óbvio, existem outras políticas que garantam a isonomia material destes grupos, como a prioridade aos maiores de sessenta anos, e a prioridade especial, aos maiores de 80. Não obstante, o que se pondera aqui, é a necessidade de uma atuação legislativa para garantir o óbvio.

Nesta senda, surge uma indagação pessoal a ser compartilhada com o leitor: caso inexistisse a CIPTEA, como as pessoas se identificariam? O registro civil seria suficiente? Ou a

apresentação de laudos médicos e exames médicos seriam suficientes para garantir uma identificação, ou o acesso ao atendimento prioritário? Há constrangimento ao identificar um registro diferente dos demais?

Por estes motivos, é imprescindível que a adoção de políticas públicas como estas abram espaço para a participação da sociedade diretamente interessada e, através do diálogo, seja alcançado o melhor interesse das pessoas com deficiência. Cabe ao Estado amenizar essa vulnerabilidade com ferramentas de antidiscriminação e igualdade, e não com ferramentas que fomentam a desigualdade na democracia.

Da literalidade da legislação nacional, aponta-se como uma destas violações institucionais o prazo de validade da CIPTEA. O artigo 3º-A prevê, em seus parágrafos, a validade de até cinco anos para o documento, acrescentando a informação de que será revalidado com o mesmo número, interpretado como um auxílio e um favor ao ofertar o mesmo número de identificação.

Novamente, o legislador reforçou o estereótipo de hierarquização social. O registro civil ofertado nas instituições não possui validade, exceto para voos internacionais, que limitam à validade de 10 (dez) anos. Busca-se compreender uma justificativa plausível para a limitação de um lapso temporal desproporcional. Cinco anos. Em cinco anos, o tempo voa, e os acontecimentos a ninguém esperam.

A luta da rede de apoio de pessoas diagnosticadas com TEA perpassa por filas em planos de saúde, em hospitais públicos, em associações, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, clínicas, fisioterapeutas, uma infinidade de profissionais e afazeres! Todos na luta pelo alcance da dignidade humana de uma pessoa com deficiência. Descabe aqui, idealizar uma vida cheia de prazeres e

alegrias. São dias de muita luta, muita dor e muito aprendizado. Dias felizes. Dias infelizes...

O processo de enfrentamento da luta por direitos desencadeia mudanças em toda a rotina da entidade familiar, não apenas da pessoa diagnosticada com TEA. Existe uma quantidade exorbitante de obrigações, empecilhos criados pela própria legislação, onde, por exemplo, exigem a curatela judicial para que alguém receba um benefício financeiro, mesmo que cumpridos todos os requisitos.

A título exemplificativo, em setembro de 2021, foi publicada uma reportagem no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, onde afirmou-se que “mais de cinco mil pessoas com TEA já possuem carteira de identificação emitida pelo Estado”. Na imagem, constam três servidoras públicas, e ao lado oposto da bancada, nove pessoas, dentre algumas crianças, recebendo e assinando documentos. A imagem não conta com todo o ambiente, podendo identificar apenas o local de atendimento. Involuntário é imaginar a quantidade de pessoas com deficiência e seus acompanhantes em uma fila para atendimento (VILANOVA, 2021).

Diante disso, resta necessária a reflexão sobre os efeitos de uma política pública. Não é suficiente publicar uma lei que garanta um direito. É imperioso disponibilizar a sua efetividade, através de políticas públicas secundárias. No caso analisado, Lei nº. 12.764 e a CIPTEA representam duas políticas públicas de notório interesse e indispensabilidade à população diagnosticada com TEA. Elas podem ter como objetivo a atenção integral, o pronto atendimento e a prioridade nos atendimentos e serviços de saúde, educação e assistência social, não obstante, os efeitos almejados foram institucionalmente cerceados pelo próprio Estado ao, por exemplo, limitar a renovação de um documento de identificação.

A pessoa diagnosticada com TEA é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, o que requer seu

reconhecimento como pessoa vulnerabilizada, suscetível de discriminação, desigualdade e preconceitos. Por estes motivos, é importante reconhecer a diferença para incluir, e não para excluir: cabe ao Estado reconhecer a importância de tratar desigual os desiguais, na medida de suas desigualdades para que, por meio disso, uma política garanta a inclusão da pessoa com deficiência em sua pluralidade de intersecções, afinal, “ser autista é exigir que o princípio da equidade seja exercido de forma permanente” (MORAES *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise documental e argumentativa exposta acima, a autora buscou incentivar o leitor a compreender a importância do Direito para além do Direito: o Direito como ciência social aplicada não deve ser a única a ser aplicada na solução de crises. Resta, com isso, a indispensabilidade do diálogo de fontes com diversas áreas, como a Psicologia, para que uma política pública, que objetiva efetivar o que a lei prevê, cumpra a sua função social.

É fundamental que, para além das burocráticas políticas públicas, é necessário incentivar ferramentas que abram espaço para a escuta e a execução de projetos com a população diretamente interessada, movimentos sociais e familiares destes atores. O que muitas vezes se ignora é que se vive em uma democracia, que torna fundamental a participação política dos cidadãos.

Além disso, os representantes e responsáveis pelos ciclos de formulação de políticas públicas precisam identificar a existência das intersecções de marcadores de desigualdade social para que, por meio desses marcadores, reconheça a importância de políticas direcionadas especificamente a determinados atores e determinados

marcadores. A especialidade destas políticas é requisito essencial para o alcance do seu resultado, uma vez que as políticas gerais a ninguém assegura direitos.

A Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista é um excelente projeto que assegura documentos fundamentais para a cidadania. Ademais, também assegura a prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados, por exemplo. Não obstante, é importante reconhecer a pluralidade de violações do próprio Estado em sua implementação, como a burocracia exacerbada em seus requisitos, como o prazo de validade de cinco anos.

É dever do Estado incluir, se adaptar à realidade social, e não impor uma nova realidade, com maiores dificuldades e barreiras além daquelas existentes. É fundamental que a população tenha quórum participativo na implementação de políticas para que grupos oprimidos sejam considerados, reiterem a existência e a importância da luta pela inclusão e pela dignidade, e que cesse a reiteração de atos que buscam silenciar e invisibilizar atores vulnerabilizados, como pessoas diagnosticadas com TEA.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Brasília: Planalto, 2009. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 17/04/2023.

CARVALHO, L. P. **Políticas públicas, transversalidade de gênero e interseccionalidade**. Londrina: Editora da Autora, 2021.

FONTE, F. M. **Políticas Públicas e Direitos Fundamentais**. São Paulo: Editora Saraiva, 2021.

MADRUGA, S. **Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Saraiva, 2021.

MORAES, T. A. P. *et al.* “O direito a políticas públicas de saúde de um paciente com transtorno do espectro autista e sua consequência nas relações familiares: um relato de caso”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 8, n. 6, 2022.

PARÁ. **Lei Estadual Ordinária n. 9.061, de 21 de maio de 2020**. Belém: SEMAS, 2020. Disponível em: <www.semas.jus.br>. Acesso em: 04/05/2023.

ROCHA, L. “IBGE divulga estudo inédito sobre deficiência e desigualdades sociais no Brasil”. **CNN Brasil** [2022]. Disponível em: <www.cnnbrasil.com.br>. Acesso em: 30/04/2023

VILANOVA, R. “Mais de cinco mil pessoas com TEA já possuem carteira de identificação emitida pelo Estado”. **Governo do Pará** [2021]. Disponível em: <www.saude.pa.gov>. Acesso em: 05/04/2023.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia da pesquisa**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2013.

CAPÍTULO 6

*Coronasexting: Uma Revisão Integrativa Sobre
Sexualidade nos Meios Virtuais em Tempos de Pandemia*

CORONASEXTING: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SEXUALIDADE NOS MEIOS VIRTUAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Nina Martins Guimarães

Anna Amélia de Faria

A Covid-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, observada pela primeira vez em WuHan, província de Hubei, na China, em 2019, e causa uma síndrome respiratória aguda, podendo levar o infectado até à morte, com um período de incubação de, em média, 5 ou 6 dias, sendo o principal sintoma febre alta e/ou tosse, e sua maior fonte de contágio é dada por partículas respiratórias que entram nas regiões do nariz, boca ou olhos, e contato próximo com os infectados, inclusive havendo um vetor de contágio nas pessoas assintomáticas (HU *et al.*, 2020). Apesar da mortalidade da Covid-19 ser menor do que a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), a taxa de prevalência é muito superior que as anteriores (HU *et al.*, 2020), ultrapassando o número de 45 milhões de infectados no mundo inteiro, em novembro de 2020.

Como forma de evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde e reduzir o número de infectados e mortos, enquanto não há uma vacina disponível para a população mundial, foi proposto em estudos feitos por Ferguson *et al.* (2020) medidas que incluem o isolamento dos casos, higiene correta de mãos e objetos, redução de aglomerações, quarentena com as famílias e distanciamento social. Tais medidas estão sendo adotadas em diversos países dos diversos continentes, o que, em um estudo feito por Brooks *et al.* (2020) foi identificado nas pessoas isoladas como em outras situações de

doenças infectocontagiosas, efeitos semelhantes ao estresse pós traumático e depressão. Além disso, foram encontrados sintomas de medo, raiva e exaustão mental com a possibilidade de duração desses sintomas até 3 anos após o isolamento dos pesquisados (BROOKS *et al.*, 2020).

Essas medidas de isolamento acabam por gerar alterações no comportamento das pessoas, tanto no âmbito individual, quanto no nível coletivo, e está motivando adaptações ao momento vivido (VAN BAVEL *et al.*, 2020). Um dos âmbitos a serem considerados para análise é a forma em que se dá o comportamento e a saúde sexual das pessoas dentre tantas mudanças, uma vez que a sexualidade humana, para além de uma forma bem-sucedida de reprodução que permitiu a melhor adaptação dos indivíduos ao ambiente e o surgimento de formas de vida complexas, é também uma forma de produzir subjetividade e influenciada por diversos marcadores biopsicossociais, além um indicador de saúde (GRAUGAARD, 2017).

A internet, originalmente chamada de Arpanet, foi criada originalmente com o objetivo de conectar diferentes laboratórios para funções militares americanas no contexto da guerra fria, e, logo se desenvolveu para o uso comercial e diário a vários usuários no mundo todo unindo os de forma quase instantânea, uma vez que as fronteiras da comunicação são rapidamente quebradas, acelerando também as produções das expressões corporais (SANTOS, 2019). A socióloga marroquina Eva Illous, no livro *Why love hurts* (2012), diz que o capitalismo, com a lógica do livre mercado e, portanto, livre concorrência, autoriza às pessoas a maior liberdade de escolha, com diversos critérios e a racionalização do amor (ILLOUS, 2012) dialogando com uma consequência das ilimitadas conexões entre usuários. Byung Chul Han, filósofo e ensaísta sul-coreano, traz, em seu livro *A agonia do Eros* (2017), a relação dessa livre escolha entre possibilidades ilimitadas geradas pelas novas tecnologias com a

“narcisificação do si-mesmo”, onde o outro começa a perder relevância e o erotismo enfraquece, abrindo espaço para o aumento da depressão, o que Han afirma “A depressão se apresenta como impossibilidade do amor” (HAN, 2017).

No início do mês de abril de 2020, os aplicativos de relacionamentos expandiram seus acessos e apresentaram um aumento recorde no número de mensagens trocadas comparado com o período anterior à pandemia e conversas mais longas, incentivando a implementação de novas tecnologias, como a chamada de vídeo e a função de busca em diferentes lugares do mundo para seus usuários (Mattos, 2020). A plataforma de encontros online Tinder implementou a função “passaporte” a todos os usuários, um recurso anteriormente permitido apenas nos planos pagos, que permite que a troca de mensagem seja feita também com pessoas em países diferentes, apenas mudando a localização do seu perfil (ROCHA, 2020). Outra plataforma, o Happn, que coloca as opções de acordo com os locais frequentados, aumentou o raio de alcance de 250 metro para 90 kms, se adaptando ao isolamento (ROCHA, 2020).

Ao mesmo tempo, houve o crescimento da quantidade de pessoas acessando os sites de vídeos com conteúdo adulto, como é possível ser visto com o aumento de 28,9% em relação à média de usuários brasileiros do site Pornhub em março de 2020 (TAVARES, 2020). Além disso, no Pornhub Insights, uma plataforma voltada para as pesquisas e análises da equipe técnica do site identificou no contexto europeu e norte americano um aumento de uploads de conteúdos adultos com o tema “Coronavirus”, com 1250 novos vídeos e “quarentena” 9700 vídeos novos, registrando mais de 1 milhão de visualizações em alguns desses (PORNHUB, 2020). Sites voltados para a prática de *swing*, ou troca de casais, como o *Sexlog*, conta com 20% a mais de usuários e 6% de público pagante e com seus praticantes recorrendo as lives e fotos *online* (PRADO, 2020).

Além disso, a busca pelo prazer em representações humanas, está presente desde a sociedade grega, com a alcunha de agalmatofilia, ou amor por estátuas (VALVERDE, 2012), mas numa sociedade movida pelo consumo, o aumento das buscas por bonecas sexuais se deu nos anos 50, com o início dos sex shop e as compras anônimas das lojas por correio (RAY, 2016). A indústria do látex, a propaganda com corpos femininos sexualizados da cultura da pornografia, a anonimidade das compras *online* e as inovações tecnológicas com o foco na experiência do usuário proporcionados ao público-alvo, composto por pessoas com dificuldades para estarem em relações românticas e sexuais, oferecendo também a conveniência, uma vez que o ato sexual não implica na necessidade de lidar com a existência de uma outra pessoa, não havendo possibilidade de rejeição, uma vez que a boneca não recusa quaisquer desejos ou promove discussões, infecções sexualmente transmissíveis ou mesmo a morte do outro (RAY, 2016).

Esses produtos têm seu mercado concentrado principalmente entre homens nos Estado Unido, Alemanha, Reino Unido, Canadá e Japão, segundo dados da fabricante Abyss Creations (VALVERDE, 2012). Segundo a matéria da revista Forbes de 21 de maio de 2020, a fabricante *sex doll genie* viu nos meses de fevereiro e março um crescimento de 51,6% nos pedidos para homens solteiros e, no mês de abril, o aumento foi de 33,2% entre os casais, e seus valores em modelos mais básicos de bonecas de corpo inteiro ficam entre 800 e 8000 dólares (COOKNEY, 2020).

No Brasil, o mercado de brinquedos sexuais sempre teve forte apelo no e-commerce e no período de abril e maio apresentou um crescimento de, pelo menos, 30%, com os comestíveis eróticos com um aumento de 113%, de acordo com as plataformas Zoom e Buscapé, promovendo o uso de *drive thru* e de compras pelo celular promovida pelas lojas por meio de mensagens (PRADO, 2020). O *sex shop* Dona Coelha, voltada ao público feminino, apresentou

475% de aumento de vendas (PRADO, 2020), entre março e maio mais de 1 milhão de vibradores foram vendidos, com prioridades aos modelos menores, os chamados “*bullets*” (BATISTA, 2020).

A fim de responder ao seguinte problema de pesquisa: “Como as pessoas solteiras lidam com a solidão quando querem se relacionar sexual ou afetivamente?”. O objetivo deste trabalho é compreender como os estudos abordam a sexualidade das pessoas que não se encontram em relações estáveis durante a pandemia, mais especificamente compreendendo os efeitos do isolamento social das pessoas solteiras na pandemia de Covid-19 além disso analisar o papel das tecnologias de comunicação na forma como a sexualidade são exploradas.

MÉTODO

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se de uma revisão integrativa, um método mais amplo para a análise de fenômenos, uma vez que permite a inclusão de fontes secundárias com diferentes métodos para além dos métodos experimentais, a fim de compreender o fenômeno de forma mais ampla, incluindo também métodos não experimentais (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2009), composta pela busca nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e Literatura Latino-Americana, arquivo de periódicos CAPES e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para tal, foram utilizadas as combinações de buscadores “Covid-19” e “Sexualidade” nas combinações em língua portuguesa e inglesa.

Como critério de inclusão foram utilizados estudos em texto completo, em língua portuguesa ou inglesa, que retratam a temática da sexualidade durante o isolamento social e tenham sido produzidos

e indexados no final do ano de 2019 e nos primeiros meses de 2020, coincidindo com a época da pandemia. Dentre estes artigos que de alguma forma, levem a solução do problema de pesquisa, ou seja, que apontem no seu texto como as representações e inclinações da sexualidade aconteceram durante pandemia e como as tecnologias de comunicação contribuíram para a expressão dos desejos sexuais. Além disso, foram retirados os artigos que não estão em texto completo, voltados para o estudo de assuntos farmacológicos e descrições patológicas, além de notas editoriais, comentários e convites para pesquisa. Em seguida a busca nas bases de dados, será feita a análise e a discussão dos resultados encontrados.

Após as buscas pelos termos no mês de agosto de 2020, foram encontrados um total de trinta e nove artigos, dos quais, depois da análise textos completos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, resultaram em cinco aptos a análise, dentro dos critérios pré-selecionados de inclusão e exclusão. A análise dos estudos que foram selecionados se deu a fim de reunir conhecimentos sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos resultantes das buscas realizadas estão demonstrados no Quadro 1, ordenados por ordem alfabética. O quadro apresenta o título, nome dos autores, as revistas em que foram publicados, e qual a base de dados deles. A base de dados LILACS e Portal Capes não apresentaram artigos que estivessem de acordo com os critérios de inclusão.

Quadro 1 - Artigos selecionados

Procedência	Título	Autores	Periódico
PUBMED	Characterizing the Impact of COVID-19 on Men Who Have Sex with Men Across the United States in April, 2020	Sanchez TH, Zlotorzynska M, Rai M, Baral SD.	AIDS Behav.2020 Jul;24(7).
PUBMED	COVID-19 and the Changes in the Sexual Behavior of Men Who Have Sex With Men: Results of an Online Survey	Shilo G, Mor Z	J Sex Med. 2020 Aug 10.
PUBMED	COVID-19 Pandemic and its Implications on Sexual Life: Recommendations from the Italian	Maretti C, Privitera S, Arcaniolo D, Cirigliano L, Fabrizi A, Rizzo M, Ceruti C, Ortensi I, Lauretti S, Cai T, Bitelli M, Palumbo F, Palmieri A.	Arch Ital Urol Androl. 2020 Jun 23;92(2).
PUBMED	Impact of the COVID-19 Pandemic on the Sexual Behavior of the Population. The Vision of the East and the West.	Ibarra FP, Mehrad M, Di Mauro M, Godoy MFP, Cruz EG, Nilforoushzadeh MA, Russo GI.	Int Braz J Urol. 2020 July;46 (suppl.1).
PUBMED	The Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young Adults During the COVID-19 Pandemic	Lindberg LD, Bell DL, Kantor LM.	Perspect Sex Reprod Health. 2020 June.

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: LiLACS; Portal CAPES.

Os artigos resultantes da busca foram analisados de forma a compreender como as pessoas solteiras lidam com a impossibilidade de se manter em contato com outras pessoas no período de isolamento. As plataformas LILACS e Portal Capes não apresentaram artigos que estivessem inseridos nos critérios de inclusão.

O período de isolamento gera os aumentos da sensação de medo de se contaminar, incerteza, preocupação e, para além disso, a raiva, insônia e o tédio, sendo preocupante às pessoas que relatam transtornos psicológicos anteriores à pandemia ou outros problemas relacionados à saúde (MARETTI *et al.*, 2020). A duração do período de quarentena também está diretamente ligada a uma piora da saúde mental (IBARRA *et al.*, 2020). Tais pensamentos negativos podem reduzir os níveis de desejo e afetar de forma negativa a experiência sexual (IBARRA *et al.*, 2020).

Além disso, as pessoas solteiras enfrentam a possibilidade de perda de emprego, unida a impossibilidade de encontrar outras pessoas, o que impacta diretamente o nível de felicidade, ao passo que os casais que vivem junto podem promovê-la por meio de maior disposição de tempo com seu par (MARETTI *et al.*, 2020). Aos solteiros, a falta de contato social no trabalho também se apresenta, uma vez que o trabalho remoto e as empresas fechadas também interferem na socialização no cotidiano (IBARRA *et al.*, 2020). Também, o fechamento de escolas e universidades afeta o contato social dos adolescentes e jovens adultos (LINDENBERG; BELL; KANTOR, 2020).

A organização mundial da saúde não incluiu em suas recomendações, algo relacionado a encontros sexuais, algumas organizações de saúde, como a de Nova Iorque e de Israel, têm salientado os riscos de encontros sexuais e das violações de restrições (SHILO; MOR, 2020). A necessidade de se haver a proximidade e vida em sociedade promove adaptações ao estilo de

vida, inclusive a vida sexual, mediando essa dificuldade para o meio de brinquedos sexuais e o uso de tecnologia (MARETTI *et al.*, 2020). A fim de conscientizar seus usuários, os aplicativos voltados a população masculina que se relaciona sexualmente com homens, como o Grindr e o aplicativo israelense local Atraf incluíram em sua interface mensagens de incentivo aos seus usuários para evitar sair de casa e contatos físicos (SHILO; MOR, 2020).

Em especial, homens que mantem relações sexuais com homens em Israel tendem a permanecerem solteiros por mais tempo, comparados com homens heterossexuais, sendo uma minoria social que experimenta mais angustias mentais e grande sensação de solidão e o período de isolamento os afasta de sua rede de apoio, como família, amigos e toda a comunidade LGBTQIA+, sendo essa solidão um indicador de redução de bem-estar, o que pode resultar em um maior comportamento de risco (SHILO; MOR, 2020), uma vez que a necessidade de vínculo emocional é aumentado em situações de muito estresse (IBARRA *et al.*, 2020). Os mais novos são os que acabam sofrendo mais impactos financeiros, e com o abuso de álcool e drogas (SANCHEZ *et al.*, 2020), uma vez que a lógica do capitalismo do livre mercado avalia as pessoas a partir de uma lógica de valor narcísico, a perda de seu poder aquisitivo é semelhante a perda de valor próprio.

Apesar da declaração de isolamento, foi relatado sobre homens que tem relações sexuais com homens que se encontraram com novos parceiros sexuais, inclusive participando de casas de orgias (SHILO; MOR, 2020). Esses homens foram identificados geralmente como mais novos, solteiros, menor nível de educação, além de maiores níveis de angústia e menores níveis de bem-estar, comparado com os que se abstiveram de relações presenciais (SHILO; MOR, 2020). Mesmo que não existem evidências de transmissão viral em por vias sexuais, entretanto, a transmissão oral prejudica a relação sexual dos pares (IBARRA *et al.*, 2020), logo,

mesmo os que tiveram encontros sexuais no período de isolamento limitaram seu repertório sexual evitando beijos (SHILO; MOR, 2020). À exceção dos artigos que se referiam especificamente aos homens que fazem sexo com homens, que eram dois desses, nenhum outro estudo se referenciou às outras expressões da comunidade LGBTQIA+ - como mulheres que fazem sexo com mulheres ou transgeneridades, por exemplo -, ao passo que os outros artigos que não especificavam a orientação sexual dos pesquisados, subentendendo-se a heteronormatividade. Ainda esses que se referiram fora de um padrão hetero, a relação com a infecção por HIV estava presente.

Junto a isso, um terço dos jovens adultos e adolescentes reportaram ter continuado a encontrar amigos próximos pessoalmente, mesmo durante o isolamento (LINDENBERG; BELL; KANTOR, 2020). A sexualidade se coloca como uma forma não só de prazer e de lidar com o corpo, mas como uma forma de afetividade e apoio, uma vez que a ausência de outras pessoas ao redor é um fator de queda do bem-estar e aumenta a possibilidade de comportamento de risco, como a quebra do isolamento para a busca de companhia, como parceiros sexuais ou amizades, refletindo o sintoma de solidão presente.

A utilização de formas remotas de buscar a sexualidade como sexo por telefone, vídeo e a busca por pornografia ter aumentado expressivamente em relação ao período pré-isolamento podem se relacionar como um método para se adaptar à solidão, para além de uma forma de se satisfazer, uma vez que parte dos usuários não buscam por um parceiro sexual (SHILO; MOR, 2020). A população mais jovem utiliza esse contato virtual para se manter com suas redes sociais, uma vez que é uma geração mais habituada a esse modo de relacionar-se, inclusive, sexualmente, se servindo de troca de mensagens sexuais (*sexting*), encontros online e sexo virtual

(LINDENBERG; BELL; KANTOR, 2020), além de aplicativos de relacionamento (SANCHEZ *et al.*, 2020).

A presença dos pais em casa reduz as ocorrências de relações sexuais físicas enquanto reforçam a importância de conexões virtuais (LINDENBERG; BELL; KANTOR, 2020). Os sites de pornografia têm se mostrado muito atrativos, com mensagens de incentivo a população para se manter em casa e com a liberação de serviços premium durante os momentos mais críticos de isolamento, registrando o ápice de seu acesso durante a madrugada, uma vez que seus usuários não necessariamente precisariam dormir cedo para o trabalho (IBARRA *et al.*, 2020). Já o uso por jovens adultos e adolescentes, que são populações com maior vigília familiar e privacidade restrita, é limitado por conta do risco de serem vistos com mais frequência (LINDENBERG; BELL; KANTOR, 2020).

Tendo em vista o caráter inédito e recente de toda a pandemia, a realização de uma revisão integrativa possibilitou a reunião de literatura de um assunto pouco estudado de forma mais ampla, uma vez que seriam necessárias buscas mais extensas para a obtenção de um resultado mais aprofundado e, portanto, mais semelhante às múltiplas realidades existentes ao redor do mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo compreender como os estudos abordam a sexualidade de pessoas que não se encontram em relações estáveis durante a pandemia, a fim de responder como era feita a substituição da presença das pessoas durante o período de isolamento. o que pode ser visto de acordo com a revisão feita é que nem sempre a presença física necessitou ser substituída, uma vez que há relatos de encontros presenciais, principalmente na população mais jovem, como forma de lidar com os sentimentos negativos

causados pela quarentena, mesmo com as recomendações de se manter em casa.

Entre os que permaneceram mantendo o distanciamento social, o uso de aplicativos, *sex toys* e pornografia se apresentou como uma forma de suprir a falta de uma rede de apoio, não necessariamente por satisfação sexual, ao passo que essas plataformas aproveitaram do momento de ápice de acessos para implementar novas ferramentas que incentivam o contato remoto e mensagens de alerta recomendando às pessoas a ficarem em casa.

Durante as buscas e pesquisas, nenhum estudo foi encontrado em língua portuguesa ou localizados para a realidade brasileira ou sul-americana, sendo necessários mais estudos desse evento inédito de isolamento após o desenvolvimento de tecnologias ligadas à internet e as particularidades culturais aqui presentes. Também vale ressaltar a importância de se colocar a sexualidade como algo importante a ser observado e estudado, já que ela é uma forma de se produzir subjetividade e é diretamente afetado pelo emocional e a cultura de cada localidade. Com isso, vê-se uma necessidade de pesquisas que foquem na população LGBTQIA+ para além das políticas de HIV, pensando nas representações de relacionamento a distância.

Além disso, à psicologia, se propondo ao estudo do comportamento e das subjetividades, é extremamente importante compreender como esse momento afeta aqueles que o vivem, de forma a planejar políticas de enfrentamento a fim de reduzir ao máximo os efeitos negativos de tais cargas de preocupação e ansiedade que se mostram presentes por longos períodos e que persistem mesmo após o encerramento do isolamento. Vale se pesquisar com atenção especial a relação com brinquedos eróticos, uma vez que o crescimento das vendas de sex-shops se mostrou muito galopante num período muito curto e como isso afetou a busca por novos parceiros sexuais.

Por fim, existe a necessidade de se aplicar essa pesquisa em território nacional, buscando observar esse fenômeno de relacionamentos no período de quarentena na realidade cultural brasileira e as particularidades dessa região.

REFERÊNCIAS

BATISTA, J. “Brasil registra recorde na venda de brinquedos eróticos na pandemia”. **Veja** [2020]. Disponível em <www.veja.abril.com.br>. Acesso em: 25/04/2023.

BAVEL, J. J. “Van *et al.* Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response”. **Nature Human Behaviour**, vol. 4, n. 5, 2020.

BROOKS, S. K. *et al.* “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence”. **The Lancet**, vol. 395, n. 10227, 2020.

COOKNEY, F. “Sex Dolls Sales Surge In Quarantine, But It’s Not Just About Loneliness”. **Forbes** [2020]. Disponível em <www.forbes.com>. Acesso em: 15/04/2023.

FERGUSON, N. *et al.* “Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand”. **Imperial College London** [2020]. Disponível em: <www.imperial.ac.uk>. Acesso em: 22/04/2023.

GRAUGAARD, C. “Sexuality as a health-promoting fator: theoretical and clinical considerations”. **Nature Reviews Urology**, vol. 14, n. 10, 2017.

HAN, B. C. **Agonia do Eros**. Petrópolis: Petrópolis: Editora Vozes, 2017.

HU, Y. *et al.* “Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis”. **Journal of Clinical Virology**, vol. 127, 2020.

IBARRA, F. P. *et al.* “Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the east and the west”. **International Brazilian Journal of Urology**, vol. 46, 2020.

ILLOUZ, E. **Why love hurts: A sociological explanation**. London: Polity, 2012.

LINDBERG, L. D.; BELL, D. L.; KANTOR, L. M. “The sexual and reproductive health of adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic”. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, vol. 52, 2020.

MARETTI, C. *et al.* “COVID-19 pandemic and its implications on sexual life: Recommendations from the Italian Society of Andrology”. **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, vol. 92, n. 2, 2020.

MATTOS, C. “Na quarentena, aplicativos como o tinder ganharam nova função”. **Veja** [2020]. Disponível em portal eletrônico <www.veja.abril.com.br>. Acesso em: 08/04/2023.

PORNHUB. “Coronavirus Traffic Update”. **PornHub Insights** [2020]. Disponível em: <www.pornhub.com>. Acesso em: 25/04/2023.

PRADO, M. “Busca por produtos eróticos dispara na quarentena e vendas crescem até 475%”. **CNN Brasil Business** [2020]. Disponível em: <www.cnnbrasil.com.br>. Acesso em: 24/04/2023.

RAY, P. “‘Synthetik love lasts forever’: sex dolls and the (post?) human condition”. In: BANERJI, D.; PARANJAPE, M. R. **Critical posthumanism and planetary futures**. New Delhi: Springer, 2016.

ROCHA, D. “Carentena: Como sobreviver e sair bem desta quarentena da covid19”. **Huffpost Brasil** [2020]. Disponível em: <www.huffpost.com.br>. Acesso em: 24/04/2023.

SANCHEZ, T. H. *et al.* “Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020”. **AIDS and Behavior**, vol. 24, 2020.

SANTOS, F. **Corpo e sexualidade em diferentes suportes: da pré-história à era digital** (Tese de Doutorado em Educação Sexual). Araraquara: UNESP, 2019.

SHILO, G.; MOR, Z. “COVID-19 and the changes in the sexual behavior of men who have sex with men: results of an online survey”. **The Journal of Sexual Medicine**, vol. 17, n. 10, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. “Revisão integrativa: o que é e como fazer”. **Einstein**, vol. 8, 2010.

Tavares, V. “‘Manda nudes’: a busca por prazer na internet durante a quarentena”. **BBC News Brasil** [2020]. Disponível em: <www.bbc.com>. Acessado em: 08/04/2023.

VALVERDE, S. H. **The modern sex doll-owner: A descriptive analysis** (Master of Science in Psychology). California: Faculty of California State Polytechnic University, 2012.

CAPÍTULO 7

*Clínica Psicanalítica Com Crianças Autistas:
A Postura do Analista*

CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS: A POSTURA DO ANALISTA

Priscila Santarém Pinto

Luana Souza de Deus Neto Almeida

Niamey Granhen Brandão da Costa

O termo *autismo* foi utilizado pela primeira vez por Eugène Bleuler, em 1911, para descrever uma das características observadas no pensamento e comportamento de sujeitos esquizofrênicos – a falta de investimento na realidade externa, e consequente recolhimento do sujeito em seu mundo interno. O conceito deriva de outro anteriormente usado por Freud, o de *autoerotismo*, utilizado por este para descrever o prazer nos primeiros estágios do desenvolvimento sexual infantil. Bleuler, discordando da ideia de que a psicose teria em sua origem a influência de fatores da sexualidade, removeu o Eros da nomenclatura, diferenciando-a assim da ideia de investimento libidinal (TAFURI, 2003).

Durante algum tempo, o autismo foi então tratado como nada além de um sintoma secundário da esquizofrenia. O primeiro relato de tratamento psicanalítico com uma criança autista (Dick, cuja história será mais bem detalhada adiante) ocorreu ainda neste cenário. Foi apenas cerca de três décadas depois, em 1943, que o autismo passou a ser reconhecido pela psiquiatria como uma entidade nosológica diferenciada, com características próprias.

Em Psicanálise, diversos autores prestaram contribuições para a melhor compreensão deste transtorno, no que diz respeito a causas, dinâmica psíquica do sujeito autista, e possíveis formas de intervenção adequadas às peculiaridades desta demanda. Estas

contribuições por vezes vão de encontro uma à outra – uma constante na história da Psicanálise –, mantendo constantemente em aberto as discussões sobre o lugar do analista e as possibilidades de tratamento clínico para esta patologia tão complexa.

Aqui, além de discorrer brevemente sobre este percurso, voltaremos nossa atenção para os conceitos de *objeto autístico*, de Frances Tustin, e o de *analista não-intérprete*, apresentado por Maria Izabel Tafuri.

BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO NO CAMPO DA PSQUIATRIA E DA PSICANÁLISE

A clínica psicanalítica com criança autista teve o seu primeiro registro com o caso Dick, apresentado por Melanie Klein em 1930. Neste período, vigorava a noção de autismo desenvolvida por Bleuler e publicada em seu trabalho de 1911, “Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias” (LANDENBERGER, 2011). Klein, ao iniciar a psicoterapia em seu pequeno paciente – anteriormente diagnosticado com demência precoce - notou algumas semelhanças entre o quadro do menino e o conceito de esquizofrenia de Bleuler, refutando assim o diagnóstico anterior.

Porém, em sua compreensão, a criança sob seus cuidados terapêuticos não se enquadrava completamente naquela definição, pois ao contrário dos pacientes psicóticos em geral, Dick não demonstrava possuir pensamentos fantasiosos. A partir desta observação, Klein decide utilizar a técnica do jogo como método para compreender o conteúdo simbólico do comportamento do autista, obtendo bons resultados conforme a análise prosseguia.

Alguns anos mais tarde, na década de 1940, o psiquiatra austríaco Leo Kanner apresenta nos Estados Unidos uma nova

concepção sobre o autismo – não mais como um sintoma secundário, mas como uma patologia distinta de origem orgânica, síndrome que nomeou de “Autismo Infantil Precoce”. Apesar de seu posicionamento com relação ao autismo ter mudado ao longo de seu trabalho (chegando mais tarde a considerá-lo uma forma precoce de esquizofrenia), esta foi a primeira vez em que se apontou um fator distintivo entre o autismo e a esquizofrenia.

Sua conclusão foi de que enquanto nos indivíduos autistas o afastamento do mundo exterior poderia ser observado desde o nascimento, nas crianças psicóticas observa-se que o rompimento com a realidade ocorreria apenas em estágios mais avançados do desenvolvimento. Kanner também observou em seus estudos a mesma ausência de pensamentos fantasiosos que já havia sido pontuada por Klein ao atender o menino Dick.

À época, o envolvimento de grande número de psiquiatras norte-americanos com as ideias de Freud, e conseqüentemente, a forte influência mútua entre Psiquiatria e Psicanálise nos Estados Unidos, contribuiu para que a Psicanálise também adotasse o termo autismo para designar a mesma entidade clínica. A análise de Dick havia ganhado repercussão na comunidade psicanalítica, e a nova definição proposta por Kanner estimulou um grande volume de produção relacionada ao assunto tanto na Europa quanto na América do Norte.

Alguns dos nomes que começaram a desenvolver teorias a respeito desta nova entidade clínica nos Estados Unidos foram Magareth Mahler, Bruno Bettelheim e mais tarde, Frances Tustin, cada um sugerindo diferentes mudanças na compreensão original da síndrome.

Em 1975, Mahler introduz na Psicanálise o conceito de *autismo normal*. A autora, ao lado de Pine e Bergman, parte de uma concepção desenvolvimentista do autismo como patologia,

considerando-o “como um desvio do curso habitual do desenvolvimento, devido a um fracasso na relação do bebê com o objeto (a mãe)” (AZEVEDO, 2009, p. 33). Para Mahler, o autismo patológico constitui uma regressão ou fixação em uma fase normal do desenvolvimento infantil, que denomina “fase autística normal”.

Mahler (1975 *apud* TAFURI, 2003) afirma que a fase autística normal seria a primeira de quatro fases do desenvolvimento infantil –no qual ocorreria um processo obrigatório de separação-individação. Seguindo a primeira fase, viriam a *fase simbiótica normal*, a *reaproximação* e *consolidação da individualidade*, e por último, o início da *constância do objeto emocional*.

A autora utiliza-se da metáfora do ovo de pássaro de Freud (1911) e da ideia de narcisismo primário para exemplificar o funcionamento do autismo normal no recém-nascido. Freud cria tal metáfora de modo a descrever a “capacidade do bebê de criar mecanismos psíquicos que possibilitem o afastamento de estímulos desagradáveis” (TAFURI, 2006, p. 71). Mahler retorna a esta ideia afirmando que nos dois primeiros meses de vida a criança possui uma barreira contra estímulos externos. O bebê recorre ao mundo exterior, por meio do choro, apenas quando uma necessidade ou tensão interna o obriga a fazê-lo, voltando ao estado anterior logo depois que tal necessidade é satisfeita. Assim, o autismo patológico, da forma descrita por Kanner, teria como base as experiências vividas nesta fase normal.

A principal influência dos estudos de Mahler para a Psicanálise em geral foi levantar questionamentos que pudessem contribuir para uma investigação sobre a psicogênese da patologia autística, oferecendo como possível fator, a vivência de experiências que impediriam o bebê de aceitar ou conviver com a realidade externa (TAFURI, 2009).

Frances Tustin teve o seu primeiro contato com um caso autista na década de 1950. Seguindo os passos de Margareth Mahler, criou o conceito de autismo primário normal, que se diferenciaria do autismo patológico. O segundo seria “uma fixação ou regressão ao primeiro estágio, o qual se caracteriza, segunda autora, por indiferenciação do eu e não-eu” (AZEVEDO, 2009, p. 45), ou nas próprias palavras de Tustin: “[...] em resumo, autismo é o estado em que a experiência não é diferenciada ou objetivada em qualquer extensão apreciável” (TUSTIN, [1972] 1984, p.14 *apud* AZEVEDO, 2009, p. 46).

A autora afirma que a mãe, ao se preocupar com este bebê neste processo de desenvolvimento, estabeleceria uma relação intitulada de “útero pós-natal”, que significaria a proteção da mãe em relação à criança no que diz respeito às experiências do não-eu. É por meio dessa experiência que a criança começa a criar consciência do seu ser, e perceber que a mãe não é uma extensão do seu corpo. Para que isso ocorra, é necessário que haja uma preparação que habilite a criança a “nascer como um ser psicológico com um senso de sua própria identidade” (TUSTIN, [1972] 1984, p. 14 *apud* AZEVEDO, 2009, p. 46).

Assim como ocorreu com vários autores que discorreram sobre o tema, as teorias de Francis Tustin sofreram modificações significativas ao longo do tempo. Em sua publicação “A perpetuação de um erro”, a autora rompe com a ideia desenvolvimentista, afirmando que, na realidade, “não há um estágio infantil normal de autismo primitivo para qual o autismo infantil poderia ser uma regressão” (TUSTIN, [1993] 1995, p. 63 *apud* AZEVEDO, 2009, p. 50). Partindo dessa concepção, a autora apresentou a nova noção de autismo patológico. A patologia seria decorrente da falta de um processo de preparação que possibilite que a criança se separe da mãe de forma gradual -ou seja, o autismo seria uma resposta a uma ruptura traumática.

A seguir discorreremos mais detalhadamente sobre outro conceito importantíssimo criado por Tustin - o de objeto autístico.

OBJETOS AUTÍSTICOS

Para discutirmos sobre objetos autísticos, faremos uma breve introdução sobre o processo de subjetivação descrito por Winnicott e a função dos objetos transicionais. Ao nascer, a criança e a mãe se encontram em um estado de fusão, ou seja, o bebê acredita que a mãe seja uma extensão do seu corpo. Essa etapa se chama “dependência absoluta”. É importante que nessa fase a mãe dita como suficientemente boa atenda às necessidades do bebê de forma adequada e promova nele a “ilusão de onipotência”, ou seja, de que os objetos são criados por ele. Esse processo deverá ocorrer gradativamente, assim como a quebra dessa ilusão, para que o bebê possa lidar com a realidade e adquirir uma independência saudável. (BARRETO; NASCIMENTO, 2015).

Nessa fase do desenvolvimento emocional, o bebê também passa pela etapa da “dependência relativa”, quando a mãe começa a direcionar o seu investimento para outros aspectos, demonstrando a criança que ela não é seu único objeto de interesse, isso o possibilita a alcançar um eu-unitário. A partir disso, a criança se vê como um eu e um não-eu, um dentro e fora passando a lidar com uma relação dual: mãe/bebê (BARRETO; NASCIMENTO, 2015).

No que diz respeito ao desenvolvimento emocional da criança, temos como algo fundamental os objetos transicionais. Eles servem de sustento para criança ao lidar com essa separação mãe-bebê. Também podem ser vistos como um modo de conforto diante das frustrações. Podemos compreender de uma forma melhor na seguinte afirmação:

Podemos perceber que uma das características dos objetos transicionais é a maciez e suavidade do toque, pois o que estas crianças buscam é uma semelhança da sensação do contato com sua mãe: é um paninho, travesseirinho, ursinho, etc. O objeto transicional preenche a falta deixada pela ausência materna (sendo a sua forma de utilização semelhante ao objeto fetiche), como uma forma de enfrentar a ameaça de aniquilação frente a não continuidade da presença materna (MANNONI, 1982 *apud* BARRETO; NASCIMENTO, 2015).

Ao observar pacientes autistas, Tustin percebeu que as crianças “se agarravam” com frequência a determinados objetos, normalmente duros e lisos, utilizando-os de forma estereotipada. Tais objetos receberam o nome de *objetos autistas de sensação*. A função de tais objetos seria a de oferecer segurança à criança, que os percebe como se fizessem parte da estrutura do próprio corpo, construindo uma barreira entre ela e o mundo externo.

Como já foi dito, Tustin, ao reformular sua teoria sobre o autismo patológico afirma que este ocorreria em resposta a uma ruptura traumática da ligação entre o bebê e mãe. Winnicott aponta para um funcionamento parecido ao pontuar a necessidade da mãe de desligar-se da criança de forma gradual, de modo que a criança teria no objeto transicional um meio para lidar melhor com esta separação. No entanto, Tustin afirma que o objeto autístico, diferentemente do objeto transicional definido por Winnicott, não tem a função de representar um objeto ou fantasia, e não é insubstituível. Ele se torna o próprio objeto, de modo que as sensações advindas do contato proporcionam ao sujeito autista estados de proteção e reconforto:

Se um objeto autístico se vai, a criança fica tensa como se houvesse perdido uma parte de seu corpo, mas o objeto é logo substituído por outro, que é experimentado como sendo o mesmo [...]. ‘Dureza’ é um traço característico da maioria dos objetos autísticos. Estes dão à criança o sentimento de que ela está a salvo (TUSTIN, 1984, p. 131-135 *apud* BARRETO; NASCIMENTO, 2015).

O objeto transicional representa algo entre a criança e a mãe (o objeto é externo, diferenciado do sujeito) ao passo que o objeto autístico diz respeito ao próprio corpo da criança, percebido como um prolongamento de si mesma. No autismo, a separação entre a criança e os objetos do mundo exterior é negada. Korbichver afirma que nos estados autísticos “não há noção de objeto interno nem objeto externo; neles predominam as sensações que não chegam a adquirir representação no nível psíquico” (2008, p. 70). A ausência de criação de fantasias impede então que a criança autista construa uma ligação com a realidade, e assim invista no mundo exterior.

A POSTURA DO ANALISTA

Nota-se que as teorias desenvolvidas sobre autismo no campo psicanalítico sofreram diversas transformações. Desde as primeiras tentativas de intervenção clínica, como no caso do pequeno Dick, é perceptível a postura do analista de tentar interpretar o simbolismo dos gestos pouco representativos das crianças inibidas. No entanto, a concepção de objeto autístico desenvolvida por Tustin, nos traz a ideia de que, na verdade, esta tentativa de interpretação pode não ter muito sentido, visto que talvez as manifestações destas crianças não necessariamente

carreguem algum significado. Logo, o viés interpretativo da análise com crianças nesses casos, pode não ser primordial.

Para abordar uma nova visão sobre postura do analista, iremos nos basear de forma sucinta na tese de doutorado de Maria Izabel Tafuri (2002), intitulada de “Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista”. Neste trabalho a autora apresenta o caso de Maria, criança autista que iniciou tratamento clínico aos três anos. No caso, percebe-se a possibilidade de se construir um *setting* analítico que dispensa o uso das interpretações verbais, sugerindo um novo lugar ao analista.

A clínica com autismo é repleta de desafios que giram em torno de uma dificuldade central – a falta de vínculo entre paciente e analista. A criança não fala ou fala muito pouco, geralmente há a dificuldade de contato visual, os comportamentos variam entre a estereotipia e ações repentinas e inesperadas etc. Frente a esta realidade, não é papel do analista criar “artimanhas” para entrar no mundo da criança, de forma a encontrar e desvendar significados. Seu papel é simplesmente o de estar presente. Como afirma Tafuri, compreende-se que o analista não precisa criar mecanismos que busquem:

“ter acesso à criança”, “entrar em contato”, “estimular a criança”, “interpretar comportamentos pouco representativos”. O lugar do analista com uma criança autista, por mais enigmático que possa ser, é o de estar lá para ser afetado pela experiência do encontro, por meio de parcelas sensíveis de um sujeito a advir (2013, p. 329).

Para Tafuri e Safra (2013), de forma atender as peculiaridades da clínica com a criança autista, o trabalho do analista deve se basear em três princípios:

- A capacidade de espera do analista por um material clínico representativo;
- A convivência do analista com o ‘não saber’;
- A experiência paradoxal do analista de se sentir só, sem palavras, na presença de uma criança ensimesmada em sensações inomináveis.

Tafuri (2002) relata que, em seu atendimento a Maria, percebeu que as manifestações e comportamentos da criança variavam de acordo três formas diferentes de ensimesmamento. O primeiro é o “*ensimesmamento vazio*” caracterizado por ações repetitivas e pelo aparente vazio emocional da criança. O segundo é o “*ensimesmamento sofrido*”, no qual a menina apresentava reações físicas autoagressivas e precisava, com frequência, ser contida pela analista. O último é o que denomina “*ensimesmamento prazeroso*”, estado que chamou a atenção da autora pelo contraste com as duas formas de ensimesmamento anteriores e que percebo estar ligado à noção de objeto autístico.

A autora relata que “nas sessões iniciais com Maria, o que mais me chamou atenção foi o ensimesmamento prazeroso da pequena criança com ela mesma, que contrastava com a ausência de relação lúdica com os brinquedos e ambiente físico” (TAFURI, 2003, p. 39). A criança permanecia por alguns momentos pulando no mesmo lugar e batendo as mãos no ar, olhando fixamente para um objeto. A analista afirma que a menina parecia se deixar embalar pelas próprias manifestações corporais, absorvida e suas próprias sensações, e que percebia nestes momentos um ar mais tranquilo e feliz na menina.

Nestes momentos, e *apenas* neles, a analista imitava os sons da criança, o que fez com que a menina reagisse. Surgiu então, ao longo das sessões, um jogo de sons, que com o tempo evoluiu para

brincadeiras mais complexas e variadas. A presença da analista não era mais ignorada, como nas primeiras sessões – um vínculo finalmente se estabelecera.

Pode-se hipotetizar que a abertura de Maria às manifestações da analista se deveu à presença de um objeto autístico no ambiente. A ligação com o objeto autístico faz com que a criança crie uma barreira entre si mesma e o mundo exterior. Isto ofereceu à Maria uma sensação de proteção suficiente para permitir que a criança experimentasse o estado de ensimesmamento prazeroso. Paradoxalmente, a presença de uma barreira entre ela e mundo externo pode ter facilitado o estabelecimento de uma forma de comunicação com a analista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fazer um percurso histórico sobre o conceito de autismo, são notórias as diversas mudanças ocorridas em sua concepção ao longo dos anos, tanto no âmbito da Psiquiatria quanto da Psicanálise. Percebe-se uma busca incansável para determinar as causas do autismo, enquanto pouco se observa sobre o desenvolvimento de métodos que possibilitem uma nova postura do analista frente a isso.

Consideramos as noções de Tustin sobre o autismo normal e patológico, principalmente a introdução do conceito de objeto autístico, algo que gerou no campo analítico uma reflexão sobre os comportamentos estereotipados das crianças autistas, e trouxe pela primeira vez nos estudos sobre o autismo a ideia de que talvez os paradigmas sustentados pela psicanálise não sejam os mais adequados à prática com estes pacientes.

Seguindo esta ideia, a tese de Tafuri traz uma visão claramente inovadora para o estabelecimento do *setting* analítico. No

entanto, após refletirmos sobre os três princípios norteadores da mesma, poderia ocasionar, no analista, questionamentos com teor de descrédito a respeito do próprio trabalho, devido à exigência de uma postura menos ativa, e possivelmente, resultados a prazos mais longos.

A clínica psicanalítica com crianças autistas seria como trabalhar com uma venda nos olhos. Colocar-se na posição de alguém que está ali para ser encontrado, e conviver com as expectativas de uma comunicação ou resposta que você não é capaz de prever quando (ou se) surgirá, pode provocar no profissional uma ferida narcísica produtora de angústia. Acreditamos que esse seja um ponto essencial a ser trabalhado pelo analista, para que isso não afete a sua atuação e crie impasses no tratamento com a criança. A tese de Tafuri, é um ponto inicial, que promove a abertura para novos questionamentos e reflexões na busca de novos métodos com base psicanalítica para um tema tão complexo quanto o autismo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, F. C. **Autismo e Psicanálise**: o lugar possível do analista na direção do tratamento. Curitiba: Editora Juruá, 2009.

BARRETO, D. V. C. A.; NASCIMENTO, K. N. “Como podemos situar os objetos autísticos e transicionais na clínica do autismo?” **Blog Psicologado** [2015]. Disponível em portal eletrônico: <www.psicologado.com>. Acesso em: 06/05/2023.

LANDENBERGER, T. “Autismo, Psicose e Esquizofrenia - A expansão e os desafios na compreensão do Autismo”. **Portal da UFRGS** [2011]. Disponível em: <www.ufrgs.br>. Acesso em: 06/05/2023.

TAFURI, M. I. “Satisfação autística, isolamento e autismo: da constituição psíquica à patologia”. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, vol. 5, n. 1, 2008.

TAFURI, M. I. **Dos sons à palavra**: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Editora Positiva, 2003.

TAFURI, M. I.; SAFRA, G. “O lugar do psicanalista na clínica com uma criança autista: estar lá para ser encontrado”. *In*: VIANA, T. C. *et al.* (org.). **Psicologia Clínica e Cultura contemporânea**. Brasília: Editora Liber Livros, 2013.

CAPÍTULO 8

*Atenção Multiprofissional à Criança Cardiopata
Institucionalizada: Um Relato de Experiência*

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL À CRIANÇA CARDIOPATA INSTITUCIONALIZADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francineti Maria Rodrigues Carvalho

Roseana Gomes Leal dos Santos

A nova concepção da seguridade social, composta pelo tripé: saúde, assistência e previdência social foi estabelecida pela Constituição Federal de 1988 que determina a saúde enquanto um direito de cidadania. A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, criada em 1993, institui um novo modelo de política, cujas ações devem estar pautadas na perspectiva da garantia de direitos e condições dignas de vida.

Neste sentido, as ações e os serviços de saúde, com a garantia de um atendimento integral, em particular, às crianças portadores de patologias cardiovasculares no SUS, são preconizados pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria 1.169/GM em 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, determina que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade.

Dessa forma, o atendimento às crianças cardiopatas é garantido nos vários níveis de complexidade, por meio da intervenção de equipes multiprofissionais, na utilização de técnicas

e métodos terapêuticos específicos, através de serviços hierarquizados e regionalizados, com base nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde. Este estudo é resultado da experiência vivenciada em uma Clínica Pediátrica no Estado do Pará. Está encontra-se situada em uma Fundação Pública Estadual, referência no atendimento cardiológico, sendo o único hospital a realizar cirurgias cardíacas de alta complexidade infanto-juvenil.

A Clínica Pediátrica possui 20 leitos, 01 (um) isolamento, uma brinquedoteca e uma classe hospitalar. Em geral, a terapêutica cirúrgica faz parte do tratamento infanto-juvenil com diagnóstico de cardiopatia, assim como, a longa permanência no contexto hospitalar. Um olhar ampliado para o cuidado da criança pressupõe levar em conta as fragilidades de sua proteção e defesa, as quais demandam a presença e o envolvimento de “atores que legitimem ações pela garantia do direito à saúde da criança e do adolescente em sua totalidade” (ECA, 1990).

A propósito, os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, são ofertados no âmbito da Política Pública de Assistência Social do Brasil, tem sua formulação e definição respaldadas pelas de proteção previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Assim, o ECA foi instituído pela Lei nº. 8.069/90 e representou uma ruptura com os modelos tutelares e repressivos que existiram anteriormente na legislação brasileira, ao definir a criança e o adolescente como pessoas em desenvolvimento. Deste modo, pode ser compreendido como “instrumento de tutela moderno, decorrente das diretrizes traçadas em termos de direitos humanos, e voltado para a realização da justiça em face de tão relevante setor da sociedade” (ISHIDA, 2011, p. 13).

Sob esse aspecto e com a mudança de paradigma introduzida pela doutrina de proteção integral às crianças e adolescentes na

legislação brasileira (através da Constituição de 1988 e do ECA), este pode ser resumido por seis aspectos principais, quais sejam:

- a) o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento;
- b) a institucionalização da participação comunitária por intermédio dos Conselhos de Direitos, com participação paritária e deliberativa para traçar as diretrizes das políticas de atenção direta à infância e juventude;
- c) a hierarquização da função judicial, por meio da desjudicialização de atos administrativos e transferência de sua competência aos Conselhos Tutelares para agir diante da ameaça ou violação de direitos da criança no âmbito municipal;
- d) a municipalização da política de atendimento;
- e) a eliminação de internações não vinculadas ao cometimento (devidamente comprovado) de delitos ou contravenções;
- f) a incorporação explícita de princípios constitucionais em casos de infração penal, prevendo-se a presença obrigatória de advogado e do Ministério Público na função de controle e contrapeso (BASTOS *et al.*, 2016, p. 39-40).

As autoridades competentes (Juiz, Promotor ou Conselheiro Tutelar), tem autoridade para aplicação das medidas de proteção à criança e ao adolescente sempre que por algum motivo, tiverem seus direitos fundamentais violados ou ameaçados, com exposições a situações de risco pessoal ou social, segundo Art.98 do ECA, com aplicação na ocorrência da ação ou omissão da sociedade ou do

Estado, na falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável e em razão de sua conduta.

Nessa direção, encontram-se previstas as medidas de acolhimento em entidade de abrigo ou casa lar, no Art. 101, em caráter excepcional e provisório, enquanto for necessário, até sua reintegração à família de origem, pais ou responsável ou colocação em família substituta, sem implicação de privação de liberdade e vedação a utilização de abrigo como forma de "internação" de crianças e adolescentes. Assim, estes serviços estão previstos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, enquanto Política Pública, conforme Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, como:

Acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência, sob medida de proteção (Art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente) e em situação de risco pessoal e social, cujas famílias ou responsáveis encontrem- -se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. As unidades não devem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico e socioeconômico, da comunidade de origem das crianças e adolescentes atendidos. Grupos de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco – irmãos, primos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. O acolhimento será feito até que seja possível o retorno à família de origem (nuclear ou extensa) ou colocação em família substituta. O serviço deverá ser organizado em consonância com os princípios, diretrizes e orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente e das —Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009).

Pode-se proclamar que os interesses da criança e do adolescente, considerados como sujeitos de direitos, são superiores porque a família, a sociedade e o Estado, todos estão compelidos a protegê-los, inclusive garante a prioridade absoluta nas políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, tendo em conta a sua peculiar condição de pessoa em formação e desenvolvimento – Art. 227 da CF/88 (COSTA, 2004, p. 02).

Sendo assim, o presente artigo objetiva relatar a experiência vivenciada por profissionais do setor biopsicossocial da Clínica Pediátrica, no acompanhamento e elaboração de um Plano Terapêutico Singular – PTS, em um hospital Público referência em cardiologia da região Norte, no Estado do Pará, para uma criança cardiopata institucionalizada, proveniente de uma instituição de acolhimento municipal, próximo à região metropolitana de Belém.

METODOLOGIA E RELATO DA EXPERIÊNCIA

Este artigo tem por base uma pesquisa bibliográfica e do tipo relato de experiência, realizada no mês de setembro de 2018. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, A metodologia utilizada foi por meio dos discursos e das intervenções dos profissionais do biopsicossocial. Para tanto, utiliza-se o caso específico de uma criança de (07) sete anos de idade, com cardiopatia congênita, utilizando-se como nome fictício de Rodrigo.

Assim, o pequeno paciente, denominado de Rodrigo, 7 (sete) anos, foi internado com o objetivo de tratamento de sua cardiopatia e estava sob a responsabilidade de uma instituição de acolhimento, sendo acompanhado por diferentes educadores sociais e funcionários. A chegada desta criança na Clínica Pediátrica mobilizou a equipe multidisciplinar e trouxe reflexões sobre as

inúmeras interfaces do atendimento integral destinado à criança hospitalizada. A primeira grande dificuldade surgiu no momento da entrevista de acolhimento de Rodrigo. O fato desta criança viver em uma instituição de acolhimento e não contar com a presença de familiares tornou muito difícil a realização da anamnese.

Não se tinha informações importantes sobre a sua história de vida, bem como, foi detectada sua cardiopatia e internações anteriores. Durante os primeiros contatos com a equipe de saúde, Rodrigo apresentou reações de agressividade: chutar, morder, cuspir, e explosão de raiva — reações de ansiedade e medo: choro prolongado; expressão verbal ou motora de medo; crise de gritos; irritabilidade, principalmente diante dos procedimentos invasivos (injeção, realização de exames etc.). Era muito arredio à equipe hospitalar.

A equipe do biopsicossocial se viu desafiada a romper os muros do hospital para garantir a integralidade do atendimento e principalmente para minimizar as fragilidades psicossociais que envolviam o pequeno paciente. E mesmo dentro do hospital, era necessário um olhar mais ampliado que abarcasse as diferentes áreas do saber para atender os determinantes sociais de saúde que este atendimento revelou no cotidiano dos profissionais. Portanto, o cuidado do pequeno reforçou a necessidade de um plano terapêutico singular. Dessa forma, decide-se contactar com a equipe da instituição de acolhimento convidando-os a participar das decisões relacionadas aos cuidados do mesmo. Dentre os problemas apontados pela equipe multidisciplinar da instituição de acolhimento apresentava-se a sua conturbada história de vida. Não possuía um lar, dispondo de vários cuidadores, porém, praticamente sem nenhuma referência familiar. Órfão de mãe, vivenciou vários abandonos, mudou de domicílio diversas vezes, e foi residir em uma instituição de acolhimento com seu irmão mais novo (04 anos), sendo sua única referência de família.

Por meio dos relatos da assistente social da instituição de acolhimento, soube-se que antes de ser institucionalizado, Rodrigo e seu irmão residiram com uma tia e com a avó materna, porém, ambas decidiram que não tinham condições socioeconômicas de realizarem os cuidados necessários para as crianças. Assim, nos foi informado pela psicóloga que Rodrigo assistiu o assassinato de sua mãe, que era usuária de drogas, e talvez em consequência do ocorrido falasse muito em morte. Informou ainda, que uma vez seu irmão adoeceu e Rodrigo ficou questionando, será que ele também vai morrer? Quanto ao genitor, ninguém sabia informar sobre o seu paradeiro. A avó alegava que não tinha condições de criar as crianças pois já cuidava de uma filha que sofria de transtorno mental.

A psicóloga também nos informou, que a cardiopatia de Rodrigo era congênita e que sua tia afirmava que desde muito pequeno tinha os lábios roxos, vivia cansado e com o coração acelerado. Conforme relato da pedagoga, embora Rodrigo tenha ingressado direto no primeiro ano do ensino fundamental e sem ter cursado a pré-escola não apresentou dificuldades de aprendizado. Fato observado pela professora da classe hospitalar. A psicóloga também nos relatou que em geral, Rodrigo é uma criança meiga e tranquila, mas que durante uma briga com o irmão mais novo deixou toda equipe do abrigo surpresa com a crise de raiva que apresentou.

Dessa forma, a partir de uma longa reunião entre as equipes multiprofissionais da instituição de acolhimento e da Clínica Pediátrica, foi possível conhecer a história de vida de Rodrigo. Traçar um plano terapêutico que fosse levado em consideração não apenas os cuidados relacionados ao tratamento da cardiopatia, mas que objetivasse minimizar os efeitos de sua história de vida, dos impactos ocasionados em sua saúde e na forma de se relacionar com a equipe de cuidados.

A partir da escuta e de ângulos de observação, tanto dos profissionais da instituição de acolhimento e da equipe do hospital,

alguns fatores ficaram mais esclarecidos: cardiopata congênito, Rodrigo, demorou muito para receber atendimento, pois embora a família tivesse conhecimento muito cedo de sua patologia, não buscou tratamento para o mesmo. Ele sofreu muitos prejuízos no seu desenvolvimento afetivo, dentre eles, a dificuldade de confiar nas pessoas, fator que intensificava sua ansiedade e medo diante dos procedimentos invasivos necessários ao tratamento de sua patologia.

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), surgiu a partir de diferentes propostas e condutas terapêuticas, articuladas no decorrer das reuniões entre as equipes da instituição de acolhimento, biopsicossocial, além de discussões coletivas entre os diferentes membros da equipe hospitalar. Definindo-se a necessidade das seguintes condutas:

1. Acolhimento e entrevista social com a equipe multiprofissional da instituição de acolhimento e educadores acompanhantes na admissão do paciente;
2. Atendimento psicológico individual, baseado na ludoterapia e preparação para a realização de procedimentos invasivos necessários ao seu tratamento, como o cateterismo;
3. A partir da continuidade do acompanhamento, a equipe hospitalar observou que havia educadores com os quais a criança demonstrava maior vínculo afetivo e confiança, portanto, foi sugerido para que a equipe técnica da instituição de acolhimento priorizasse o acompanhamento destes educadores durante o período de sua internação;
4. Orientações em relação aos benefícios assistenciais que venham contribuir para a perspectiva da garantia dos direitos na sua integralidade, diante das necessidades apresentadas;
5. Acompanhamento social diário;

6. Orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da instituição e continuidade do atendimento psicossocial, em decorrência da programação do procedimento clínico previsto;
7. Foi proposta pela equipe técnica da instituição de acolhimento a visita do irmão de Rodrigo, sendo avaliada e discutida pela equipe hospitalar, assim, ocorrendo um planejamento, articulação e flexibilização das normas hospitalares que garantisse a exceção de visita de criança, ocorrendo em um espaço diferenciado da enfermaria da própria Clínica Pediátrica.

Pode-se dizer que o Plano Terapêutico Singular de Rodrigo, trouxe à equipe técnica a possibilidade de traçar metas e objetivos claros de forma individualizada, contemplando as necessidades de cuidado físico, emocional e suas interfaces. Ao ser cuidado em sua individualidade, o pequeno paciente passou a sentir-se acolhido pela equipe da clínica pediátrica, criando vínculos, aceitando, colaborando, passando a compreender sua cardiopatia e a necessidade do tratamento. Por fim, os acompanhamentos multiprofissionais auxiliaram no processo de adaptação ao ambiente hospitalar, ocorrendo uma minimização da ansiedade reativa à internação e fortalecimento de vínculos com a equipe da Clínica Pediátrica e da instituição de acolhimento.

DIREITO A SAÚDE DE CRIANÇAS CARDIOPATAS EM SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

O atendimento humanizado de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento requer uma estreita articulação entre o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência

Social - SUAS. Desse modo, orienta-se que os órgãos gestores dessas duas políticas desenvolvam estratégias conjuntas e elaborem protocolos de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que se encontram em Serviços de Acolhimento, bem como de seus familiares, diferenciando-se da triagem tradicional. Pois, segundo a PNH (2006),

Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica; adequação nas formas de organização dos serviços de saúde, o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais, associadas à adoção de modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2006b, p. 20).

A propósito, Cachapuz refere-se que:

As atuais diretrizes da política de atendimento exigem a construção de práticas integradas a partir de áreas diversas do conhecimento. O trabalho multidisciplinar destinado à criança baseado na comunicação entre os profissionais da instituição é frequentemente apontado como alternativa para integração dos cuidados (CACHAPUZ, 2006, p. 46).

Nesse sentido, a proteção integral de crianças e adolescentes no país vem sendo legitimada desde a promulgação da Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, exigindo

das instituições que prestam serviços de atendimento a esse público infanto-juvenil, mudanças e revisões em suas práticas, na superação do enfoque assistencialista enraizada nos programas de atendimento e na implantação de modelos que contemplem ações emancipatórias, baseadas na noção de cidadania e na visão de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos em situação peculiar de desenvolvimento.

Além disso, os direitos especiais compõem a proteção integral (ECA, Art. 3º), que “assegura, por lei e por outros meios, todas as oportunidades e facilidades às crianças e aos adolescentes, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (ECA, 1990).

Sob essa perspectiva, as ações e os serviços de saúde, com a garantia de um atendimento integral, em particular, aos portadores de patologias cardiovasculares no SUS, são preconizados pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria 1.169/GM em 15 de junho de 2004, conforme os artigos:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.

Art. 2º Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema

cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade.

Parágrafo único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por:

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

Como pode ser observado nos artigos da Portaria acima mencionada, a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, estabelece na Portaria nº 210, anexo IV, parâmetros de distribuição de Serviços de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, sinalizando para uma rede de atenção integral aos portadores de cardiopatias congênitas. Tal atitude visa distribuir, em todo território nacional, serviços especializados em cirurgia cardiovascular pediátrica, usando o critério população como base de cálculo. Assim, é possível garantir atendimento aos pacientes cardiopatas nos vários níveis de complexidade, por meio da intervenção de equipes multiprofissionais, empregando técnicas e métodos terapêuticos específicos, através de serviços hierarquizados e regionalizados, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde.

Sabe-se que as cardiopatias congênitas podem acarretar as crianças danos ao desenvolvimento físico, funcionamento motor, cognitivo e neurológico. Em pacientes com cardiopatias congênitas complexas, esses danos trazem consequências ainda maiores, como: problemas de comportamento, a falta de atenção, atrasos na fala e até mesmo, uma maior incidência nas dificuldades da vida educacional. A longa permanência e as recorrentes hospitalizações, “[...] a necessidade de acompanhamento médico contínuo, o uso de

medicação e as hospitalizações recorrentes podem afetar a autoestima e a autoimagem desse grupo de crianças e adolescentes, acarretando atrasos nas tarefas do desenvolvimento normal” (SABLE *et al.*, 2011 *apud* BERTOLETTI *et al.*, 2014, p. 192-198).

Desta forma, constituem-se importantes fatores de risco para a maioria das doenças, as desigualdades econômicas e/ou injustiças sociais que provocam situações de pobreza ou privação de bens materiais causando problemas de saúde devido às condições de vida e/ou ainda à limitação de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, no que concerne à prevenção.

Sob está ótica, constata-se que as condições de vida dos pacientes internadas na FPEHCGV, em particular, cardiopatas, e seus familiares/acompanhantes não se apresentam de forma favorável, considerando que a maioria são procedentes de municípios distantes geograficamente da capital do estado, que chegam desprovidos e carentes de recursos, com baixa escolaridade, precárias condições de trabalho, com maus hábitos alimentares, famílias desestruturadas, perda dos vínculos afetivos, sem moradia, abandono de seus familiares, com baixa renda (entre 01 a 1/5 salário mínimo), etc. Isto significa dizer que os mesmos encontram-se inseridos num contexto em que as condições sociais, econômicas, políticas e culturais impactam, diretamente, no processo de saúde-doença, decorrentes das suas reais condições de vida.

UM OLHAR PSICOSSOCIAL NO ATENDIMENTO INFANTO-JUVENIL EM SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

As ações educativas, de promoção da saúde e de agravos devem ser articuladas com a Rede de Atenção Primária, que é composta por Unidades Básicas de Saúde – UBS e Estratégia Saúde

da Família – ESF. Esses serviços também devem ser procurados, caso haja necessidade de solicitar requisição de exames, medicamentos básicos e acompanhamento dos quadros de situação de saúde das crianças e adolescentes em situação de acolhimento.

Sob esse aspecto, havendo ainda necessidade, a equipe desses serviços fará também encaminhamentos para unidades de atenção especializada - que inclui Hospitais, Maternidades, Unidades de Urgências e/ou Emergências e Serviços/Unidade de Referências - capacitados para atenderem casos que demandem atenção especializada, como adolescentes grávidas, crianças e adolescentes com deficiência, com distúrbios de crescimento, com doenças infectocontagiosas ou imunodepressoras, dentre outros. Em um serviço hospitalar, pode-se definir a equipe de referência como: um conjunto de profissionais que se responsabilizam pelos usuários no cotidiano de sua prática. Segundo a PNH (2007), o Projeto Terapêutico Singular é definido como,

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (PNH, 2007, p. 40).

Neste sentido, para a definição de propostas de ações a reunião de toda equipe é de suma importância para ajudar a entender o sujeito com demandas de cuidados em saúde, considerando a

opinião de todos os membros participantes da ação. Sob essa ótica de cuidados em saúde, estão inseridos os profissionais do setor psicossocial, dentre eles o psicólogo e o assistente social,

[..] a intrínseca relação entre saúde e condições de vida se traduz em diversas necessidades de saúde que, enquanto expressão das múltiplas manifestações da questão social, se transforma em problemáticas que interferem na eficácia da política de saúde, constituindo limitações e impedimentos de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, especialmente no que se refere às condições necessárias à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação da saúde (COSTA, 2011, p. 145).

É nesse processo de trabalho em saúde, que surge a atuação do psicólogo, junto com a equipe multidisciplinar com o escopo de escutar e acolher o sofrimento infanto-juvenil frente as suas principais dificuldades no que tange essa fase. Assim, o psicólogo hospitalar tem como objetivo,

auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, devendo prestar assistência ao paciente, seus familiares e a toda equipe de serviço, levando em conta um amplo leque de atuação e a pluralidade das demandas (CHIATTONE, 2011).

A atuação desse profissional no contexto hospitalar não se resume apenas à atenção direta ao paciente, refere-se também a atenção à família e a equipe de saúde, objetivando a promoção de

mudanças, atividades curativas e de prevenção, além de possibilitar a diminuição do sofrimento que a hospitalização e a doença causam no público infanto-juvenil.

Sob esse entendimento, a saúde da população brasileira encontra-se em um estado de saúde precário, apresentando-se como um entrave dentro dos saberes profissionais do psicossocial, pois requer uma revisão de seus valores pessoais, acadêmicos e emocionais.

Nesse sentido, de acordo com SALMAN; PAULASKAS (2013),

O contexto hospitalar difere-se do contexto de aprendizagem e orientação acadêmica, já que se percebe uma realidade precária nas condições de saúde da população que é alvo constante das injustiças sociais e aspira por um tratamento hospitalar digno.

E nessa direção, entende-se que o Serviço Social, enquanto uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho pode contribuir na equipe multiprofissional de saúde, em conjunto com o psicossocial, pois segundo a Lei que regulamenta a profissão e, em conformidade com o Código de Ética do/a assistente social (1996), em seu art. 8º, alínea “d”, o assistente social deverá “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais” (CFESS, 2012, p. 31).

Além disso, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, na perspectiva da garantia dos direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à qualidade de vida. Portanto, expressa nesse contexto,

parte essencial e de fundamental importância para o atendimento dos usuários dos serviços de saúde. Assim,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. [...] identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996) (CFESS, 2014, p. 44).

Nesse sentido, a formação profissional do assistente social deve estar sempre voltada para o trabalho interdisciplinar e para os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social, pois este aprimoramento define a qualidade e a melhoria dos serviços prestados aos usuários. A atualização profissional permanente dos trabalhadores de saúde, seja na área da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, e ainda, estudantes da área da saúde e residentes consta nas ações relacionadas especificamente com a equipe.

Sendo assim, no contexto da prática profissional a equipe do psicossocial dispõe de um potencial capaz de contribuir com o trabalho multiprofissional que de alguma forma poderá acontecer a partir de um olhar técnico especializado e distinto, tendo como foco

principal o processo saúde-doença, numa perspectiva que implica compreender esse processo para além do aspecto físico-biológico dos pacientes, ou seja, é preciso considerar, nesse processo, as condições objetivas (socioeconômicas, culturais) e subjetivas (afetivas emocionais) de vida do mesmo, o que implica no atendimento imediato e mediato, com perspectiva de resolução e acompanhamento da situação dos mesmos.

CONCLUSÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, e por meio da implantação do SUS, no Brasil, ocorre a ampliação e fortalecimento a garantia dos direitos relativos aos serviços e ações de saúde, onde crianças e adolescentes são tratados com prioridade absoluta na implementação das políticas públicas que favorecem a proteção social dos indivíduos que buscam ter acesso aos direitos garantidos e consolidados nos citados ordenamentos jurídicos brasileiro.

Dessa forma, a experiencia ocorreu com o envolvimento entre profissionais de duas entidades de defesa quanto aos direitos das crianças e adolescentes (instituição de acolhimento e hospitalar), no sentido de acompanhamento de um pequeno paciente em situação de vulnerabilidade psicossocial, que levou a equipe da Clínica Pediátrica a desenvolver novas estratégias de atendimento, flexibilizar regras, romper os muros do Hospital e exercitar a árdua tarefa de construir um plano terapêutico singular. Um plano que levasse em consideração suas singularidades e não apenas, somente, a sua cardiopatia e seus sintomas.

Cabe destacar, que a equipe buscou estratégias para o fortalecimento dos vínculos frágeis dessa criança com a instituição de acolhimento e com seu irmão, trabalhou sua autoestima e a

redução de sintomas de adoecimento psicológico como: a ansiedade e o medo exacerbado.

O estudo proporcionou a ampliação do olhar acerca da assistência que envolve o tratamento de crianças cardiopatas, em especial, aquelas que se encontram inseridas em serviços de acolhimento. A vivência possibilitou uma ampliação da visão com as interfaces da assistência, específica de uma criança proveniente de uma instituição de acolhimento, proporcionando reflexões e diálogos, considerando o contexto de cuidados infanto-juvenis como uma categoria social, que necessita de proteção integral, que poderá ser garantida a partir de uma prática coletiva e multiprofissional.

A experiência possibilitou ainda, a integração entre saúde, assistência e ensino, destacando a educação como mola propulsora para a busca do conhecimento e do acolhimento holístico, além da ética, respeitando a individualidade e singularidade diante dos agravos e cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. B. *et al.* **Direitos Humanos e Cidadania: proteção, promoção e restauração dos direitos das crianças e adolescentes.** Belo Horizonte: Editora Marginália Comunicação, 2016.

BERTOLETTI, J. *et al.* “Qualidade de vida e cardiopatia congênita na infância e adolescência”. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, vol. 102, 2014.

BRASIL. **Constituição de República Federativa do Brasil.** Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 3 de julho de 1990. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas práticas de produção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 2009. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 2009. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais: Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 13/05/2023.

BRASIL. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais: Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2014. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 13/05/2023.

CACHAPUZ, D. R. “Psicologia hospitalar: um olhar interdisciplinar no atendimento a crianças e adolescentes”. **Revista SBPH**, vol. 9, n. 2, 2006.

CHIATTONE, H. B. C. “A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar”. *In*: CHIATTONE, H. B. C. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Editora Cengage Learning, 2011.

COSTA, M. D. H. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** (Tese de Doutorado em Serviço Social). Recife: UFPE, 2010.

COSTA, T. J. M. **Estatuto da criança e do adolescente comentado.** Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2004.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da criança e do adolescente: doutrina e jurisprudência.** São Paulo: Editora Atlas, 2011.

SALMAN, L. A. K.; PAULAUSKAS, D. O. C. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva** (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Medicina Intensiva Adulta). Campos dos Goytacazes: FACREDENTOR, 2013.

CAPÍTULO 9

*O Plantão Psicológico como Possibilidade
de Atuação do Psicólogo na Atenção Básica*

O PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA

Hian Soares Teixeira

Janaína Benjamin Monteiro

Roberta Oliveira da Silva

Márcia Elena Botelho Soares

O plantão psicológico é uma modalidade de atendimento da contemporaneidade, capaz de atender diversas camadas da sociedade e suas demandas, potente na promoção da saúde, intervenção terapêutica, e no atendimento à urgência psicológica e às emergências (TASSINARI; DURANGE, 2011). É baseado no modelo de aconselhamento psicológico proposto por Carl Rogers, que consiste na abertura do conselheiro para acolher a demanda apresentada, seja ela qual for (REBOUÇAS, 2010). No aconselhamento, a ideia é receber o cliente e facilitar seu posicionamento diante de seu sofrimento, cabe a ele decidir se o atendimento será um aconselhamento, uma orientação ou se tornara-se uma psicoterapia (REBOUÇAS, 2010). No plantão, realiza-se um atendimento que Tassinari e Durange (2011) descrevem como:

Um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração predeterminada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços (TASSINARI *apud* TASSINARI; DURANGE, 2011).

Embora não seja a única orientação teórica que possa orientar um serviço de plantão psicológico, evidencia-se uma proximidade entre o plantão psicológico e a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carl Rogers, para além da compreensão de sua relação com o aconselhamento psicológico. Nessa direção, Tassinari (2012) cita pesquisas que apontam a ACP como fundamentação teórica predominante nas publicações científicas brasileiras sobre esta modalidade de atendimento psicológico, cuja busca foi realizada no período de 1997-2009. Assim, faz-se necessário refletir brevemente sobre a abordagem e sua potencialidade na aplicação do plantão psicológico, além de compreender o alicerce teórico-metodológico que norteia a atuação do psicoterapeuta centrado na pessoa neste e em outros contextos.

Vieira e Boris (2012) ao discutir o diálogo do plantão psicológico com as políticas públicas, apresentam uma breve consideração sobre a atuação do psicoterapeuta orientado pela Abordagem Centrada na Pessoa, que toma por base as condições suficientes e necessárias para a mudança terapêutica da personalidade propostas por Rogers. Essas condições são: que duas pessoas estejam em contato psicológico; que o cliente esteja incongruente; que o terapeuta esteja congruente nesta relação; que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente; que o terapeuta experiencie compreensão empática pelo cliente e se esforce para comunicar essa coentendimento; que o cliente perceba ao menos em um grau mínimo a comunicação dessas atitudes na relação que estabelece com o terapeuta (ROGERS, 2008).

Atualmente, diversos autores questionam se tais condições são suficientes, embora concordem em sua necessidade, não pretendemos entrar nessa discussão nesse texto. Dessa forma, as atitudes de congruência, de consideração positiva incondicional e de compreensão empática promovem a criação de um clima seguro e

constituem a intervenção terapêutica no plantão psicológico baseado na Abordagem Centrada na Pessoa (TASSINARI, 2012).

Outra característica fundamental do plantão psicológico é a sua possibilidade de inserção em diversos contextos, como em clínicas-escola de psicologia, em consultórios, em hospital geral, em hospital psiquiátrico, em escolas, em presídios, em delegacias, em comunidades, em projetos sociais, em tribunais e outros ambientes (TASSINARI, 2012). É a partir dessa noção que pretendemos investigar e discutir o plantão psicológico como possibilidade de atuação do psicólogo no contexto da Atenção Básica em saúde.

Em primeiro lugar, vamos contextualizar a organização da Atenção Básica, refletindo sobre a inserção do psicólogo; em seguida, apresentar um breve histórico da psicologia clínica e sua relação com o plantão psicológico; refletir sobre as convergências entre o plantão e a Abordagem Centrada na Pessoa; revisar a atuação do psicólogo na Atenção Básica em diálogo com os princípios da psicologia humanista; e concluiremos discutindo sobre a inserção do plantão como possibilidade de atuação do psicólogo na promoção e prevenção de saúde.

ATENÇÃO BÁSICA E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária, é o primeiro nível da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), corresponde a principal porta de entrada do SUS e é responsável por acolher as demandas em saúde e ofertar procedimentos de menor complexidade, como consultas e procedimentos ambulatoriais básicos, além de realizar encaminhamentos para os outros níveis (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Dessa forma, segundo a Portaria N° 2436 do Ministério da Saúde, publicada em 21 de setembro de

2017, a AB envolve ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Todo estabelecimento que preste serviços e ações de AB, como parte do SUS, é denominado de Unidade Básica de Saúde (UBS), que é de responsabilidade da gestão municipal, seguindo a diretriz da descentralização do SUS (BRASIL, 2017).

Os demais níveis que compõem a rede do SUS são: a Atenção Secundária, que compreende ações de média complexidade, como consultas e procedimentos especializados, o que inclui serviços hospitalares, exames e alguns procedimentos cirúrgicos; e a Atenção Terciária, a alta complexidade, que diz respeito a procedimentos de altos custos, tais como cirurgias de grande porte, transplantes e quimioterapia (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). A Unidade de Referência Especializada (URE), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são parte da Atenção Secundária, enquanto os hospitais e grandes complexos hospitalares compõem a Atenção Terciária.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, uma Equipe de Saúde da Família (eSF) é a equipe mínima que deve atuar em uma UBS, é composta por: médico, generalista ou especialista em saúde da família; enfermeiro; técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, também podendo incluir: odontólogo e técnico/auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2017). Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que permitiu ampliar as ações da saúde da família, por meio da possibilidade de expansão da equipe multiprofissional e consequente contratação de outros profissionais, tais como o psicólogo (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Entretanto, o financiamento do NASF foi revogado em 2020, assim, a composição das equipes multiprofissionais ficou sob responsabilidade do gestor municipal (BRASIL, 2020), que não

precisa seguir nenhum parâmetro de ampliação da equipe mínima, tal como propunha o NASF, que buscava ampliar e integrar profissionais de diferentes áreas na saúde da família. Portanto, compromete-se a já incerta inclusão do psicólogo na Atenção Básica.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA COM BASE NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Em 2011, o Conselho Federal de Psicologia, em carta endereçada aos gestores de saúde, buscou assinalar o papel da psicologia frente à atenção à saúde e às políticas públicas de saúde, defendendo que o/a psicólogo(a) é capacitado para abordar questões subjetivas e capaz de identificar como ideias, crenças, sentimentos e pensamentos são parte dos processos de prevenção e tratamento, além de atuar na humanização do atendimento e qualificação da relação entre as equipes, os usuários e as comunidades de cada território (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014). Essa atuação nas políticas públicas de saúde vai além da psicoterapia e do psicodiagnóstico, dialoga com a promoção de saúde e prevenção do adoecimento, por meio da noção de clínica ampliada (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014), definida como:

A articulação e diálogo entre diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu próprio projeto terapêutico (SUNDFELD, 2010 *apud* SOARES; DINIZ; LIMA, 2015).

Assim, fortalece-se os modelos de cuidado pautados na desinstitucionalização e no fortalecimento de vínculos entre o

usuário dos serviços de saúde e a equipe multiprofissional (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Nesse contexto, a demanda pelo atendimento psicológico envolve serviços como: acompanhamento psicológico, avaliação psicológica, atividades educativas, trabalhos em grupo, atendimento domiciliar e encaminhamento para outros níveis de complexidade ou rede de serviços, tarefas que envolvem o afastamento de práticas tradicionais, associadas ao setting terapêutico inspirado em um modelo medicalizante, e a revisão da concepção de saúde (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Outras ações como o fornecimento de esclarecimentos e orientações sobre demandas apresentadas pelo usuário, por meio de uma linguagem acessível, também fazem parte da realidade do trabalho de psicólogos em uma UBS, ressalta-se a importância da adaptação da linguagem no sentido de permitir uma relação mais humanizada e horizontal (ROCHA; ESPÍRITO SANTO, 2019).

Desse modo, verifica-se uma convergência entre a atuação do psicólogo na atenção à saúde e os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, referencial teórico deste capítulo. Diversos trabalhos, como capítulos de livros e artigos publicados em revistas científicas – indexadas em plataformas como SciELO e PePSIC –, já apontaram os pontos de encontro entre a ACP e a saúde pública mais detalhadamente.

Bacellar, Rocha e Flôr (2012) apontam a redefinição do conceito de saúde proposta pela OMS como uma das convergências entre a ACP e as políticas públicas de saúde, pois o fundamento teórico da abordagem se fundamenta na Tendência Atualizante, que:

[...] descreve as pessoas, como seres que apresentam uma natureza motivacional para a realização de suas potencialidades de forma dinâmica, interativa e relacional e que, certamente contribui com a

fundamentação do novo conceito de saúde
(BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012, p. 135).

Além disso, destaca-se também a facilitação da efetivação da interdisciplinaridade, cuja dificuldade de aplicação é entendida mais como problema nas relações humanas do que um problema técnico, dessa forma, por meio da construção de relações pautadas nos princípios da ACP, promove-se uma responsabilização do indivíduo-usuário pelo seu desenvolvimento pessoal e, portanto, pelo cuidado de sua saúde, promovendo e prevenindo seu prejuízo (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012). Outro beneficiado é o profissional de saúde, que passa a considerar a potência das pessoas que pretende ajudar e a quem podem se dirigir ações de mediação de conflitos, colaborando no cuidado às relações de trabalho (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

Para Bacellar, Rocha e Flôr (2012), em resumo, a maior contribuição da ACP para a concretização de aspectos das políticas públicas de saúde é o desenvolvimento dos profissionais da saúde como pessoas. O trabalho interdisciplinar, que envolve uma postura de tolerância, abertura e interesse genuíno na atuação de outros profissionais; e a humanização em saúde, que não é uma técnica, mas que depende de uma relação de ajuda pautada em uma atitude autêntica (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012), são exemplos dessa conclusão.

Soares, Diniz e Lima (2015) consideram que repensar as práticas de cuidado na AB vai além de adaptações teórico-práticas, pois requer mudanças nas relações interpessoais entre os profissionais, na compreensão das singularidades e no cuidado integral às pessoas. Além disso, compreende-se que as atitudes facilitadoras promovem a harmonização do projeto terapêutico da equipe multiprofissional; o exercício da integralidade; e uma incidência na autonomia dos usuários e da humanização em saúde

(SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Outra proposta dos autores supracitados diz respeito à necessidade de compreender os momentos que exigem o cumprimento de orientações técnicas, mas sem deixar de enxergar as dimensões subjetivas que sustentam as condições que levaram o indivíduo a buscar ajuda. Compreende-se a ACP como uma ética das relações humanas (AMATUZZI, 2010), que perpassa o contexto da AB em situações como:

O compromisso com outro, seja por meio da escuta atenta, da atenção aos sinais verbais e não verbais, do cuidado com a mensagem na fala transmitida aos usuários e/ou familiares ou então no respeito ao saber e conhecimento dos demais profissionais e até mesmo na percepção das próprias limitações quanto ao seu fazer nessa interação com o outro. (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015 *apud* PIMENTEL *et al.*, 2015, p. 235).

Além disso, Soares, Diniz e Lima (2015) consideram que o ato clínico de psicólogos, nos moldes da clínica ampliada, pode ser pensado em conjunto com outros profissionais, por meio da elaboração de atividades de atenção à saúde, cujas ações derivadas incluem acolhimento ao usuário (individual ou em grupo); atividades educativas, promovendo a aprendizagem significativa; e implementar um projeto de plantão psicológico. Em síntese, o olhar atento e uma sensibilidade aguçada são importantes para perceber os momentos e possibilidades de atuação em que investe-se na busca de recursos pessoais para o enfrentamento de conflitos; na simbolização de experiências, na expansão do self e na consequente liberdade para ser o que se é (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015).

Rocha e Espírito Santo (2019), por meio de uma pesquisa fenomenológica, constatam que a promoção de saúde mental, realizada por psicólogas atuantes em unidades municipais de saúde,

realiza-se por meio do próprio contato e atenção dispostos no atendimento psicológico e na formação de vínculos com o usuário, dessa forma, promove-se saúde por meio do cuidado humanizado. Também apontam que essas constatações independem de abordagem, pois constituem elementos próprios da relação entre usuário e psicólogo, que é baseada no acolhimento e na escuta, sem julgamentos; e na promoção de um ambiente acolhedor, pautado na aceitação da subjetividade da pessoa (ROCHA; ESPÍRITO SANTO, 2019).

Ademais, reitera-se a promoção de saúde no engajamento e mobilização do usuário no processo de cuidado com a própria saúde, por meio da adoção de uma atitude empática (ROCHA; ESPÍRITO SANTO, 2019). As autoras, Rocha e Espírito Santo (2019), também pensam a busca por despertar a Tendência Atualizante como, em primeira instância, o objetivo da Política Nacional de Humanização e da Atenção Primária em Saúde, pois pautam-se na ideia de capacitar e incentivar os indivíduos a serem autônomos e capazes de agir em favor de sua própria saúde, buscando condições que favoreçam o seu bem-estar. Além disso, comenta-se o papel das atitudes facilitadoras para facilitar o desenvolvimento de uma postura mais autônoma e ativa do usuário do sistema (ROCHA; ESPÍRITO SANTO, 2019).

Por fim, Moraes (2021) coloca a horizontalidade das relações profissional-usuário como possibilidade de articulação da saúde pública com a prática da ACP, pois o SUS busca abarcar a universalidade do povo brasileiro, deparando-se, assim, com a diversidade e, nesse contexto, para facilitar espaços de ajuda que façam sentido ao usuário, é importante uma construção conjunta do projeto terapêutico entre ele e o profissional de saúde. Além do mais, destaca-se a capacidade de se aproximar ao máximo da visão e da forma como o outro se sente para compreender o que ele busca em um serviço de saúde, assim como para entender o que o psicólogo

pode oferecer como ajuda (MORAES, 2021). Dessa forma, reconhece-se a importância da horizontalidade na relação terapêutica e da compreensão empática.

Outra reflexão apontada por Moraes (2021) é a de que o conhecimento técnico sem conexão com a relação usuário-profissional perde o seu sentido e sua finalidade, assim, é importante que o profissional atente-se à pessoa que está a sua frente, de fato, escutando-a. Também indica-se o plantão psicológico em UBS como estratégia de acolhimento ao usuário, visando a redução de filas para o atendimento individual, que, por sua vez, é reflexo de uma grande e constante demanda ao trabalho do psicólogo (MORAES, 2021).

O PLANTÃO PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Tassinari e Durange (2011), a partir da experiência de plantão psicológico em estágio supervisionado, apontam que esta modalidade de atendimento psicológico se adequa às emergências e pode contribuir na promoção de saúde, além de possuir grande amplitude social; viabilidade econômica; flexibilidade política, por ser disponível a realidade das instituições; e autonomia. Ainda nessa direção, ressalta-se que o plantão promove saúde ao atender a demanda no momento exato ou quase exato em que ela ocorre – possibilitando que a pessoa se situe naquele momento e verbalize a sua urgência, clareando suas necessidades a si mesma e evitando o acúmulo de ansiedade (TASSINARI, 2012). Ademais, promove-se saúde ao focalizar a necessidade de se cuidar, pois ouvir atentamente o desconforto do outro permite que ele também possa se ouvir, portanto faz-se necessário uma escuta integral do outro, que passe pelo desconforto emocional, mas que também avalie o pedido de ajuda e seus atravessamentos sociais, políticos, biológicos e ambientais (TASSINARI, 2012).

Outro ponto que situa o plantão psicológico como possibilidade de atuação na Atenção Básica é a sua capacidade de resposta para dois fatores básicos no ambiente de uma UBS: o tempo curto para atendimentos e a grande demanda aos profissionais de saúde, conseqüentemente, exerce-se uma pressão que dificulta uma escuta mais ativa, que perceba o dito e o não dito do discurso do usuário (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Essa resposta baseia-se no potencial desse atendimento psicológico em atender em um tempo mais curto um número significativo de pessoas, que, de outra forma, não poderiam receber esse acolhimento (TASSINARI, 2012), por conta da grande procura pelos serviços de saúde e sua limitação de recursos. Como consequência, a realização desse serviço também pode ser útil na redução de filas para o atendimento psicológico, motivo que levou à implantação dessa modalidade de escuta no Serviço de Aconselhamento da USP (TASSINARI, 2012).

Moraes (2021) também coloca que a busca espontânea pelo plantão reconhece, garante e potencializa a autonomia da pessoa que deseja conhecer suas demandas, o que implica que o usuário deve procurar o serviço quando julgue necessário e quando faça sentido para ele. Nesse sentido, ao ser atendido no momento de sua necessidade, após procurar ajuda por iniciativa própria, o cuidado consigo mesmo é estimulado e, dessa forma, atinge-se os objetivos da prevenção primária (TASSINARI, 2012).

Embora o encaminhamento para outros serviços não seja uma prioridade do atendimento de plantão psicológico (TASSINARI, 2012), ressalta-se que o plantão, dentro do contexto da atenção primária, constitui uma eficaz porta de entrada para o surgimento de outras demandas psicossociais e dispositivo capaz de realizar os devidos encaminhamentos a outros níveis de atenção do SUS ou a outros serviços (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015). Por fim, Soares, Diniz e Lima (2015) discutem desafios ao plantão psicológico na Atenção Básica, como entraves por conta da rigidez

da gestão ou política de uma determinada UBS, problemas estruturais e o dinamismo entre os diferentes profissionais da equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

Observou-se que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do SUS e cabe a ela cuidar de casos de menor complexidade e realizar ações de prevenção e promoção de saúde. Trabalha-se na AB com uma equipe multiprofissional, onde pode-se incluir o psicólogo, cuja atuação nessa área vai além da psicoterapia e do psicodiagnóstico, dialogando com a promoção de saúde e promovendo a humanização do atendimento. No contexto da Atenção Básica, o plantão psicológico possibilita a compreensão de uma clínica ampliada, facilita o acesso à comunidade, aumenta a resolutividade dos casos e contribui para a integralidade da atenção básica e dos serviços de saúde.

Assim, reforça-se a ideia de que o plantão psicológico é uma possibilidade consistente de atuação do psicólogo nesse campo, já que realiza-se em uma ou duas sessões; possibilita ao psicólogo acolher e escutar o indivíduo, priorizando suas demandas emergenciais e possibilitando que o usuário enfrente o seu presente de forma autêntica em um espaço acolhedor (SOARES; DINIZ; LIMA, 2015) lida com as urgências e emergências psicológicas; proporciona uma resposta efetiva a grande demanda por atendimento no SUS; e promove os objetivos de promoção e prevenção em saúde. Portanto, o plantão psicológico pode ser um dispositivo potente na atenção psicológica ao usuário na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. “A Abordagem Centrada na Pessoa como ética das relações humanas”. *In*: AMATUZZI, M. **Rogers: ética humanista e psicoterapia**. Campinas: Editora Alínea, 2010.

BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S. “Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível”. **Revista NUFEN**, vol. 4, n. 1, 2012.

BRASIL. **Nota Técnica n. 3, de 28 de janeiro de 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/04/2023.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/04/2023.

MORAES, I. M. N. “Saúde Pública e a Abordagem Centrada na Pessoa: encontros e desencontros”. *In*: PINTO, M. A. S. (org.). **Abordagem Centrada na Pessoa e algumas de suas possibilidades**. São Paulo: Editora All Print, 2021.

ROCHA, A. M. C.; ESPÍRITO SANTO, P. S. M. F. “Abordagem centrada na pessoa: a postura facilitadora de psicólogas na atenção primária”. **Revista NUFEN**, vol. 11, n. 1, 2019.

ROGERS, C. “As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade”. *In*: WOOD, J. K. *et al.* (orgs.). **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora da UFES, 2008.

SOARES, M. E. B.; DINIZ, C. P. S.; LIMA, D. T. F. “Reflexões sobre a abordagem centrada na pessoa e o trabalho do psicólogo na atenção básica em saúde”. *In*: PIMENTEL, A. *et al.* (org.). **Fenomenologia: teoria e clínica**. São Luís: Editora da UFMA, 2015.

SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V. “Psicólogos(as) no sus: a Convivência Necessária com as Políticas de Saúde”. *In*: OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O. H. (orgs.). **Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate**. Belém: Editora UFPA, 2014.

TASSINARI, M. A. “Desdobramentos clínicos das propostas humanistas em processos de promoção da saúde”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 12, n. 3, 2012.

TASSINARI, M. A.; DURANGE, W. “Plantão psicológico e sua inserção na contemporaneidade”. **Revista NUFEN**, vol. 3, n. 1, 2011.

VIEIRA, E. M.; BORIS, G. D. J. B. “O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 12, n. 3, 2012.

CAPÍTULO 10

*Relato de Experiência a Respeito da Atuação
em Saúde Mental Durante a Pandemia de Covid-19
em um Município do Interior na Região Amazônica*

RELATO DE EXPERIÊNCIA A RESPEITO DA ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR NA REGIÃO AMAZÔNICA

Rachel de Siqueira Dias

Francineti Maria Rodrigues Carvalho

Este capítulo é um relato de experiência sobre as práticas de prevenção e promoção de saúde durante a pandemia de Covid-19, realizadas na política pública de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Situações vividas difíceis e complexas, tais como: distanciamento, adoecimento, luto e solidão fizeram a composição de um cenário desafiador com ingredientes propícios ao aumento do sofrimento psicológico, dos transtornos mentais que podem ocorrer por diversas causas, a ação do próprio vírus da Covid-19 no sistema nervoso central, experiências traumáticas associadas à pandemia, à morte de pessoas próximas, o estresse induzido pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, na rotina de trabalho ou nas relações afetivas e, por fim, a interrupção de tratamento por dificuldades de acesso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Covid-19 como uma pandemia (SCHMIDT *et al.*, 2020), uma emergência de saúde que vem causando enormes danos humanos, econômicos e sociais, gerando impactos devastadores na saúde mental da população, em uma conjuntura de situações de saúde mental que já era delicada antes da pandemia, sendo destaque nas manchetes de jornais que alertavam para o crescimento dos quadros de sofrimento psíquico de modo exponencial e cada vez mais graves. A realidade

no campo da saúde mental tem sido marcada por processos de fragilização diante dos impactos neoliberais e de desmontes das políticas públicas que ocorreram na gestão dos ex-presidentes Temer e Bolsonaro com cortes de orçamento drásticos no nível federal do executivo que afetavam estados e municípios, gerando impactos mais significativos de cunho negativo na saúde mental e coletiva, especialmente.

O município em que este relato de prática ocorreu é bastante complexo, com três realidades distintas: zona urbana, zona rural e zona rural ribeirinha (Território das Águas), constituída por uma população flutuante. A diversidade dos territórios e a singularidade dos modos de vida frente a estas realidades diversas traziam demandas de escutas e propostas de trabalho que não poderiam ser uniformes nem padronizados.

Entramos, assim num risco real de uma pandemia paralela que se abateu sobre a saúde mental dos indivíduos do município, aumentando enormemente a demanda por ações que dessem conta de maneira articulada e intersetorial e, principalmente, levando em conta as peculiaridades da população e de seu território e as formas de cuidado que deveriam ser diferenciadas, exigindo respostas céleres e capazes de alcançar um maior número de pessoas possíveis no sentido de mitigar essas consequências. Simultaneamente, era necessário não ficar restrito às políticas de urgência e perder o foco da complexidade dos princípios do SUS de integralidade, equidade, intersetorialidade.

ANOTAÇÕES E ANÁLISES DE EXPERIÊNCIAS

Abaixo, podemos visualizar de forma descritiva a reorganização e implementação das ações de cuidado integral, no

tocante a saúde mental da população, a primeira necessidade foi levar informação e orientação de qualidade para população, que naquele momento era inundada pela disseminação de informações falsas. As *fakes news* geraram mudanças de comportamento dos sujeitos, fazendo com que conhecimentos adquiridos cientificamente sejam postos em descrédito, passando a serem aceitas teorias baseadas em achismos ou em dogmas religiosos (SACRAMENTO, 2018).

Essas informações levaram inclusive a uma menor adesão da população a vacinação, a internet tornou possível que qualquer cidadão exerça os papéis de criador e disseminador de conteúdos e amplificou, em grandes escalas, o espalhamento de *fake news* criadas por agentes públicos e autoridades (TEIXEIRA, 2018).

O 1º Webinário da Coordenação de Saúde Mental, teve como tema “Saúde mental e os desafios em tempos de pandemia: saberes e fazeres locais”, o evento propôs uma discussão aberta e acessível a toda população sobre saúde mental e o cuidado com bem-estar psíquico da população.

O encontro virtual teve como objetivo debater e propor estratégias de enfrentamento os impactos da pandemia na saúde mental da população do município e destacar a importância do desenvolvimento de ações e estratégias de organização do cuidado em saúde mental, com uma abordagem voltada à atenção integral. Identificando fatores que podem agravar ou minimizar o impacto na saúde mental da população, oferecendo informações importantes, que podem ser usadas para reduzir o impacto desse momento.

Para ampliar a participação e garantir o acesso de toda a população, dentro das realidades distintas existentes no município, que é constituído por área urbana e zona rural terrestre e ribeirinha (população das águas), o evento foi transmitido pela internet, tv local e pela rádio local.

Diante da enorme busca por atendimento psicológico e para dar suporte de forma remota a população, foi preciso repensar novas formas de atendimento psicológico, para dar suporte de forma remota, com vistas à minimização de impactos negativos na saúde mental, nessa perspectiva, criaram-se algumas estratégias emergenciais, dentre elas o Projeto Cuidado em Linha.

O projeto visou disponibilizar atendimentos psicológico pontual a população - plantão psicológico, utilizando o atendimento telefônico e por WhatsApp, com maior facilidade de acesso, estruturação do tempo de atendimento e sigilo, com a oferta de escuta, orientação, acolhimento e encaminhamentos. Inicialmente pensado para dar suporte aos profissionais da linha de frente, se expandiu para a população em geral, toda pessoa precisando de suporte psicológico poderia entrar em contato, receber atendimento por ligações e vídeo chamadas.

Foram recrutadas duas psicólogas, realizadas reuniões virtuais de alinhamento dos atendimentos, divulgação do serviço, compra de celulares para o atendimento, e definido o local, sempre com supervisão dos casos atendidos. De acordo com Magalhães, Bazoni e Pereira (2019), uma das principais vantagens dessa modalidade é a comodidade, já que o usuário, do lugar onde está, acessa o psicólogo de forma mais fácil, sem precisar se deslocar.

Por outro lado, a redução significativa de elementos da comunicação não-verbal, a instabilidade dos equipamentos que mediam os atendimentos principalmente levando em conta a dificuldade de certa parcela da população cesso a internet, dificuldades de conexão com e a falta de costume com as ferramentas são alguns desafios da do atendimento online e a dificuldade do psicólogo em se comunicar de forma precisa e criar uma relação mais próxima são algumas das desvantagens principais (MAGALHÃES; BAZONI; PEREIRA, 2019).

O atendimento emergencial, lugar de escuta e de fala, proporcionou a população a possibilidade do encontro com o profissional, facilitando o reconhecimento de problemas e conflitos ainda não identificados, apoio, orientação e esclarecimento de natureza didática. A oferta do ter com quem falar em um espaço profissional, indicou a pertinência de dispositivos simples de encontro.

O plantonista através da escuta ativa fez emergir nos usuários a fala sobre sua experiência na pandemia, contar sua narrativa, falar de suas dores, potencializar a reflexão e responsabilização perante o sofrimento, ao se ofertar esse espaço de fala se promove um reposicionamento das questões trazidas, dando possibilidade de enxergar outra perspectiva para o problema, tornando o usuário mais autônomo frente a sua vida, vindo somar a representação do serviço em saúde mental facilitando com que os que procuraram o serviço dessem continuidade e alguns fossem encaminhados para outros serviços especializados. O número expressivo de atendimentos mostrou a importância do projeto.

Outra estratégia importante naquele momento inicial de crise e que foi mantido, foi disponibilizar a presença de psicólogos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), algo que não é usual, porém, diante do cenário da pandemia, foi uma medida adotada, foram inúmeros óbitos, de pessoas com grandes sofrimentos, familiares enlutados, impactados porque o familiar estava bom, não apresentava nenhuma doença e de repente morre por conta da Covid-19. Para dar suporte a todas essas questões o psicólogo é necessário, mas agindo em conjunto com a equipe interprofissional.

Como também para apoiar e colaborar com a equipe médica, de enfermagem, que está lá na linha de frente, no fogo cruzado, que também tem medo de voltar para casa e contaminar os seus, por isso é muito importante ter esse apoio. Potencializar as intervenções em saúde mental para os usuários nas Unidades básicas de saúde foi o

que levou a gestão a criar o “Projeto Entrelaçando Fios”, a saúde Mental vai a UBS.

Através do desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção em saúde mental com os usuários que apresentam sofrimento psíquico ou com transtorno mental em seu território, assistindo às necessidades. Suas atividades são distribuídas nas 03 principais Unidades Básicas de Saúde que possuem o Programa de Saúde Mental. Para Luz (1991), toda racionalidade de saúde precisa andar lado a lado com os princípios do SUS para não cair em uma lógica individualista e ambulatorial, que dissocia o ser e o fragmenta em especialidades e em órgãos.

As práticas de saúde mental no município eram fragmentadas, baseadas em transferências do usuário onde a responsabilidade pelo cuidado era centrada apenas nos CAPS “os usuários são do CAPS”. A integração da saúde mental à Atenção Básica no município, vem acontecendo gradativamente.

No diagnóstico realizado nas unidades de saúde, tínhamos baixa integração entre as redes de atenção primária e de saúde mental, o único serviço realizado nas unidades era a dispensação de medicamentos e a renovação da receita médica, trazendo consequências negativas importantes no acompanhamento dos usuários que necessitavam de continuidade do cuidado após sua alta do CAPS.

Se fez necessário intervir nesse contexto e potencializar as intervenções. Diante disso, o Apoio Matricial foi fundamental para superar a fragmentação das condutas. Foi assim proposto a criação de uma equipe multiprofissional volante, que ficaria responsável pelo acolhimento, acompanhamento e tratamento dos usuários da saúde mental em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, recebendo matriciamento da equipe do CAPS. Com matriciamento quebra-se com a prática biomédica e medicalizante e se possibilita

abrir as táticas do SUS como integralidade do cuidado. O constructo medicalização é uma produção conceitual que apresenta sua emergência remetida à década de 60 do século XX, possui assim uma temporalidade relativamente curta no panorama das análises sociais.

A medicina preventiva manteve-se centrada na doença, sendo a integração pretendida com a comunidade baseada em esquemas artificiais, impondo um nível de medicalização científica e, ao mesmo tempo, político, na geração da expectativa de superar dificuldades de várias naturezas em espaços sociais (LOPES, 2012, p. 66).

Foi necessário capacitar os profissionais das UBS, desenvolver novas competências e fortalecer esses profissionais para o acolhimento, orientação e realização em conjunto de grupos de psicoeducação, grupos terapêuticos, rodas de conversas e oficinas entre outras ações. Embora numa pandemia, a saúde física seja prioridade, os aspectos relacionados ao bem-estar psicossocial são fundamentais também a partir do cuidado integral prestado à população nos momentos de crise, pois, quando não escutados e trabalhados, também podem comprometer igualmente as condições gerais de saúde dos sujeitos.

Essas práticas direcionam para novas ações de cuidado, os chamados cuidados primários de saúde, que passam a ficar ao alcance de toda a população, na perspectiva da universalidade do atendimento e da atenção integral; como também, a necessidade de ressignificar a ideia de causalidade da doença, que passa a ser vista como um processo, e especialmente, como um fenômeno complexo, integral e transdisciplinar que precisa ser abordado nos aspectos bio-psico-social (SPINK, 2013). Logo, é possível afirmar que se torna

particularmente vital em um período no qual a sobrevivência está, mais do que nunca, ligada à capacidade de gerenciar o autocuidado.

FERRAMENTAS - CONCEITOS DE ATUAÇÃO

Na pandemia, enfrentamos um percurso desafiador, que suscitam reflexões acerca das fragilidades dos serviços voltados a atenção à saúde mental. Ao analisar as experiências são muitas as potencialidades percebidas nesse processo, que precisam ser pensadas e dado continuidade. O estudo qualitativo possui caráter descritivo, desenvolvido pela coordenação de saúde mental do município de Abaetetuba, no interior do Pará, do tipo relato de experiência.

Este trabalho foi elaborado a partir dos pós-pandemia, numa nova pandemia que se avizinhava com o número crescente de pessoas em sofrimento psíquico intenso. Convém lembrar, ainda, que as ações aconteceram paulatinamente, em momentos diferentes e de acordo com a necessidade que se apresentava. Primeiro, o webinar foi feito para orientar a população e os profissionais de saúde.

Profissionais detentores, portanto, de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a apreender ou a exercer. Independentemente de militância, entretanto, o ordenamento da formação de profissionais de saúde deveria passar pela produção do entendimento sobre que mundos estavam em disputa na conquista do Sistema Único de Saúde (CECCIM; FERLA, 2008, p. 03-04).

Sabemos que a saúde mental merece muita importância, o cuidado e a atenção devem ser multidisciplinares integradas e intersetoriais, necessitando da devida atenção por parte dos gestores e formuladores de políticas em saúde. O impacto da pandemia sobre o bem-estar da população continua pesando muito.

Com o webinar foi propiciado à população do município e adjacências as oportunidades de acesso às informações de qualidade, com fácil acesso aos profissionais através dos *chats* disponibilizados e assim quebrar o silêncio e tabu em torno do adoecimento psíquico e suas formas de prevenção, fomentando a cultura da fala e da escuta empática, promovendo e desmistificando a necessidade de cuidado e uma melhor compreensão da saúde mental.

O evento teve um número expressivo de ouvintes, de acessos as redes sociais, com repercussão no aumento pela busca de avaliação e atendimentos na rede municipal de saúde, gerando inclusive uma reorganização da rede de atenção psicossocial para receber essa nova demanda. Esses acessos foram medidos por acessos a plataforma disponibilizada e aos acessos a página da prefeitura na internet.

O diálogo entre os profissionais e os usuários se tornou bússola guiando as necessidades de informação, aumento da equipe e atendimento ao sofrimento psíquico, buscas para melhorar a qualidade de vida da população. Posteriormente, surgiu a ideia de criar a equipe volante de saúde mental para atender a população na atenção básica. Assim como o cuidado em linha emergencial, também organizamos ações de promoção de saúde mental e coletiva a partir do lugar de escuta e de fala interseccional que considerava marcadores de gênero, território, raça/etnia, classe social, faixa etária e sexualidade, o que proporcionou à população a possibilidade do acolhimento empático e psicossocial de profissionais que reconheciam a diversidade e buscava incluir a diferença pelo suporte à singularidade e à alteridade. As ações preventivas eram feitas por

orientações didáticas de psicoeducação e também as práticas de acolhimento visavam a promoção de saúde mental por meio do trabalho com grupos, mediados pela perspectiva plural de uma Psicologia libertária que tivesse compromisso social e político.

As fronteiras recíprocas entre ensino e cidadania se imbricam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir uma potência que coloca um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania e todo ato de cidadania configura uma potência ao saber. O ensinar é o disparador de microperecepções - introdução cognitiva e afetiva para os movimentos do pensar, aprender, conhecer -, criação de condições para que um conceito e um afeto constituam território em um si mesmo e um entorno, mas acima de tudo constituam uma 'cidade' (as redes de produção de sentido e ressingularização), um território ético de compartilhamento [...] (CECCIM; FERLA, 2008, p. 09).

A oferta do ter com quem falar em um espaço profissional, indicou a pertinência de dispositivos simples de encontro. O plantonista através da escuta ativa fez emergir nos usuários a fala sobre sua experiência na pandemia, contar sua narrativa, falar de suas dores, potencializar a reflexão e responsabilização perante o sofrimento, ao se ofertar esse espaço de fala se promove um reposicionamento das questões trazidas, dando possibilidade de enxergar outra perspectiva para o problema, tornando o usuário mais autônomo frente a sua vida, vindo somar a representação do serviço em saúde mental facilitando com que os que procuraram o serviço dessem continuidade e alguns fossem encaminhados para outros serviços especializados.

O projeto visou disponibilizar atendimentos psicológico pontual a população – plantão psicológico, utilizando o WhatsApp, com maior facilidade de acesso, estruturação do tempo de atendimento e sigilo, com a oferta de escuta, orientação, acolhimento e encaminhamentos. Inicialmente, foi pensado para dar suporte aos profissionais da linha de frente, se expandiu para a população em geral, toda pessoa precisando de suporte psicológico poderia entrar em contato, receber atendimento por ligações e videochamadas.

O número expressivo de atendimentos diários refletiu a grande importância do Projeto para a comunidade, afinal, foram cerca de 3 a 7 atendimentos dia, que repercutiam em orientações e encaminhamentos, tão necessários de políticas públicas de promoção e amparo à saúde mental. Observa-se a importância da presença de profissionais de Psicologia na Saúde Mental e Coletiva e o quanto as transformações das práticas de cuidado ligadas à Luta Antimanicomial e ao Movimento Sanitarista marcaram as confluências de forças que mudaram os olhares e a atuação da Psicologia na Saúde para a construção coletiva de um trabalho crítico e com compromisso social e político no SUS.

A inserção do profissional de Psicologia na área da saúde pública é um campo crescente que se deu a partir da década de 1980, num contexto histórico marcado por mudanças no sistema público de saúde (FERREIRA NETO, 2017). Esse autor aborda as consequências da emergência histórica desse deslocamento do trabalho do psicólogo do âmbito da atividade clínica no contexto liberal privado, para uma atuação no âmbito multifacetado das políticas públicas, quer seja na assistência social e na saúde pública. Nesse sentido, a atuação do profissional da psicologia, especialmente, na saúde pública envolve a interlocução com outras disciplinas; problematização de conceitos como subjetividade, práticas clínicas e psicossociais no âmbito das políticas públicas; e

questões sobre formação e necessidade de produção de conhecimento para atuar no campo da saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto encontrou-se ativo por 6 meses. O psicólogo na UPA Se mostrou uma necessidade, foram realizadas ações direcionadas aos pacientes e familiares, como os atendimentos beira leito, salas de espera, a experiência foi exitosa e o profissional foi incorporado a equipe e permanece até o momento.

A importância de se desenvolver ações que assegurem e reforcem o atendimento em saúde mental, permite que as atividades de saúde não sejam apenas baseadas no tratamento de doenças, mas também em atividades que assegurem saúde e bem-estar. Assim, foi possível observar o grande número de acessos no webinar, nas perguntas feitas e no aumento de atendimentos nos CAPS e unidades de saúde.

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde (CECCIM; FERLA, 2008, p. 10).

Os resultados foram positivos destas práticas contextualizada na realidade local através do cuidado em uma linha de integralidade

em saúde. Foi possível atender uma demanda reprimida que foi aumentando na medida que o projeto era divulgado, com relevância maior devido à intervenção que conseguiu evitar casos de suicídio, dando possibilidade de apoio, encaminhamento e cuidado intersetorial e equitativo. Educar como formação de subjetividade é uma experiência estética e de saúde que extrapola a escolarização e os espaços educativos formais e possibilita ações de psicoeducação concretas de promoção de saúde mental e coletiva.

Concluindo, é possível afirmar que há disputas no âmbito da saúde mental e coletiva, porém, tem surgido uma força maior de práticas transversais e de cuidado baseado na integralidade com influência de muitos saberes e movimentos sociais. Alcântara (2020) salienta que uma racionalidade na saúde mental que preponderaram duas dimensões associadas ao uso do termo saúde mental, no Brasil, uma relacionada à Psiquiatria dos transtornos mentais de cunho biomédico e medicalizante e, a segunda, a de Luta Antimanicomial com uma perspectiva de atenção psicossocial e a abordagem existencial da saúde mental enquanto sofrimento psíquico e não transtornos e patologizações. Esses paradigmas impulsionam problematizações, revisões conceituais e de tratamento que são importantes destacar.

Na lógica da Psiquiatria organicista e que se ancora na lógica biomédica exclusivamente, na farmacologização e no diagnóstico baseado em manuais classificatórios para identificar transtornos mentais que são vistos como doença a partir de sintomas, com ênfase no olhar de disciplinas que enfatizam doenças, sintomas e o uso de medicações. O termo medicalização foi criado, a partir do fim da segunda guerra mundial com o surgimento das terapias com antibióticos, psicotrópicos e hormônios, vacinas para tratar as doenças infecciosas, ampliação de técnicas para exames de imagens e cirurgias, sendo que psicotrópicos foram amplamente produzidos

e divulgados como solução para tratamentos (FREITAS; AMARANTE, 2012).

O relato de experiência aqui descrito vai na contramão da farmacologização e racionalidade de estigmas de transtornos e classificações restritas à lógica biomédica. Buscou-se trazer algumas experiências que foram realizadas no âmbito da promoção e prevenção em saúde como prioridade de cuidado que articulou saúde mental com a saúde coletiva, pois, não dá para pensar a atenção psicossocial sem garantir direitos sociais. Para pensar a saúde mental crítica e na visão do SUS, é fundamental considerar a equidade e a intersetorialidade, considerando que o adoecimento e que a produção de saúde deve observar as questões de desigualdades sociais e econômicas.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, V. P. “Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.27, n. 1, 2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. “Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras”. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 6, n. 3, 2008.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Editora Escuta, 2017.

LUZ, M. T. “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ - anos 80”. **Revista de Saúde Coletiva**, vol. 1, n. 1, 1991.

SACRAMENTO, I. “A saúde numa sociedade de verdades”. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, vol. 12, n. 1, 2018.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

TEIXEIRA, A. **Fake news contra a vida: desinformação ameaça vacinação de combate à febre amarela** (Dissertação de Mestrado em Comunicação e Semiótica). São Paulo: PUC-SP, 2018.

CAPÍTULO 11

*Esclerose Múltipla e Ocupações:
O Estudo de Caso Como Percurso Metodológico*

ESCLEROSE MÚLTIPLA E OCUPAÇÕES: O ESTUDO DE CASO COMO PERCURSO METODOLÓGICO

Jeice Sobrinho Cardoso

Airle Miranda de Souza

Victor Augusto Cavaleiro Corrêa

Esse estudo teve como objetivo descrever contribuições do método de estudo de caso na compreensão de ocupações de pessoas com Esclerose Múltipla (EM). A EM, é uma doença autoimune direcionada ao Sistema Nervoso Central (SNC), inflamatória e desmielinizante. Isso quer dizer que, o sistema imunológico causa um processo inflamatório, que pode destruir ou danificar a bainha de mielina, estrutura responsável por conduzir impulsos nervosos, dessa forma, as estruturas que compõem o SNC não recebem a mensagem ou recebem de forma alterada. O cérebro, o tronco cerebral, os nervos ópticos e a medula espinhal, são comumente danificados (NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY, 2020).

Dessa forma, os sinais e sintomas clínicos da EM são variados devido às múltiplas estruturas afetadas, mas, são comuns sintomas como: fadiga, espasticidade, instabilidade da marcha, retenção ou incontinência urinária, déficit cognitivo, podendo ser apresentado através de déficit de atenção, em funções executivas e, em casos mais graves, demência (NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY, 2020; RODRIGUES, 2020; SAMPAIO *et al.*, 2020).

Além destes sintomas, pessoas com EM podem apresentar alterações fonoaudiológicas relacionadas à deglutição e à fala;

alterações psicoemocionais, como sintomas depressivos, ansiedade, irritabilidade e mudança de humor; alterações visuais, como, visão turva ou dupla e, alterações no trato urinário, como, bexiga hiperativa, constipação intestinal, urgência fecal (FIOCRUZ, 2020).

A etiologia ainda é desconhecida, no entanto, fatores como o tabagismo, o déficit de vitamina C e infecção pelo vírus Epstein-barr são considerados, além dos fatores genéticos, pois, ter um membro da família com EM aumenta em 1:100 o risco de uma pessoa com vir a ser portador de EM (FARIA, 2014; NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY, 2020; RODRIGUES, 2020; SAMPAIO *et al.*, 2020).

Sobre o curso clínico da doença, Rodrigues (2020) descreve que segue por dois fenômenos: Surto e progressão. Os surtos são entendidos como processos inflamatórios agudos que ocorrem no SNC da pessoa com EM e podem durar dias ou semanas, ao se resolverem, podem ou não deixar sequelas. A progressão não depende de inflamação, trata-se de um processo contínuo de deterioração no SNC e podem surgir novos sintomas no percurso, vale ressaltar que, cada pessoa vai apresentar processos diferentes em relação a tempo, sintoma e curso da doença.

No entanto, mesmo sendo um processo singular, a literatura organiza quatro categorias da doença: 1. Recorrente Remitente: Há surtos, com recuperação total ou parcial, no entanto, entre surtos existe uma clara estabilidade clínica; 2. Progressiva secundária: A doença inicia na categoria Recorrente Remitente e assume uma progressão gradual, com ou sem surtos; 3. Progressiva Primária: Progressão contínua desde o diagnóstico, no entanto, pode haver pequenas melhoras no curso; 4. Progressiva Remitente: Progressão contínua desde o diagnóstico, mas é possível observar surtos com ou sem recuperação total das funções afetadas, e há piora progressiva independente de surtos (ANDRADE, SEABRA, RAMOS, 2015; RODRIGUES, 2020).

A EM é um diagnóstico complexo por acarretar singularidades e incertezas em relação ao prognóstico, nesse sentido, o estudo de Magyari e Sorensen (2020), ressalta que estão buscando aprofundar conhecimentos sobre as comorbidades relacionadas à EM. Entende-se por comorbidade como sendo uma doença adicional ao diagnóstico de base, nesse sentido, Magyari e Sorensen (2020), a partir de 249 artigos analisados, 23,7% apresentaram a Depressão como comorbidade; 21,9% Ansiedade; 18,6% hipertensão; 10,9% hipercolesterolemia; 10% Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Nesse cenário, é possível que a pessoa diagnosticada com EM venha a ter interferências em seu cotidiano, seja através das perdas físicas ou estados emocionais. No âmbito ocupacional, foram identificadas interferências como o estudo de caso apresentado por Preissner, Arbesman e Lieberman (2021); a revisão sistemática de Campos e Toldrá (2019); o estudo de Pimentel e Toldrá (2017a) abordando sobre a utilização do método self-healing para auxiliar pessoas com EM na percepção corporal, diminuição dos sintomas, melhora da capacidade funcional. As mesmas autoras em outro estudo também apontaram sobre as alterações em diferentes funções do corpo e que demanda mudanças e estratégias para minimizar o seu impacto na vida das pessoas (PIMENTEL; TOLDRÁ, 2017b).

Foi descrito por Preissner, Arbesman e Lieberman (2016) que, as ocupações podem sofrer interferências devido a EM, a pessoa pode ter dificuldade de desempenhar tarefas que gosta de fazer, ou que precisa. Assim, causando modificações na rotina ocupacional. Assim, podemos nos questionar: Como é para a pessoa com EM deixar ou modificar a realização de ocupações prazerosas ou que antes faziam parte da rotina?

De acordo com Fogelberg e Frawirth (2010), se um elemento necessário para a realização de uma ocupação é modificado, esta ocupação sai da linearidade que estava prevista, e pode causar frustração. Para Ayuso (2010) quando as ocupações não alcançam

os objetivos previstos também podem interferir no senso de eficácia da pessoa. Além disso, mudanças físicas, tecnológicas e circunstanciais, por exemplo, também modificam as ocupações em suas formas, sentidos e significados (REED; SMYTHE; HOCKING, 2013). Foi observado que as pessoas com EM podem apresentar fadiga como principal sintoma incapacitante (PREISSNER; ARBESMAN; LIEBERMAN, 2016) o que pode afetar a funcionalidade, o desenvolvimento e engajamento em ocupações. O estudo de Preissner, Arbesman e Lieberman (2016) apontou que, autocuidado, tarefas domésticas, compras e atividades na comunidade são ocupações afetadas.

Sampaio *et al.* (2020) discutem sobre uma face da EM: a depressão. Enfatizam sobre a relação de ter a doença e dos aspectos emocionais envolvidos, isso porque dentre os sintomas psicológicos e neurológicos da EM estão a depressão, variação de estado de humor, dificuldades em controlar emoções, por exemplo, rir e chorar. Dessa forma, a EM afeta, também, a Saúde Mental das pessoas.

Pessoas com EM precisam enfrentar muitas dificuldades decorrentes dos sintomas físicos, como redução do equilíbrio, dor, dificuldade para caminhar, rigidez muscular, alteração de sensibilidade, dificuldades em memória, atenção e linguagem e dificuldades para vestir e despir, além disso, pessoas com EM precisam enfrentar a perda da liberdade, porque agora precisa seguir orientações, receitas médicas, precisa se restringir a atividades, enfrentam a redução ou perda da autoestima e autoconfiança (BERTOTTI, 2008).

Nesse contexto, Bertotti (2008) traz que, a pessoa com EM vai precisar, possivelmente, dar adeus a alguns projetos e aspirações comuns na vida adulta, e vai precisar se adaptar às perdas e enfrentar de forma realista sua situação, a pessoa com EM terá que se posicionar em Luto e Luta. Para a autora, a luta se configura como

a tentativa de superar todas as dificuldades e limitações que a doença apresenta e o luto como o processo de reação diante de todas as perdas também experimentadas a partir da EM.

O estudo de Tauil (2021) também mostrou que, as perdas funcionais causadas pela EM são potenciais preditores de sintomas depressivos. Nesse sentido, é importante que os tratamentos também analisem e intervenham nas dimensões bio-psico-sócio-espiritual da pessoa, pois, um diagnóstico de alto impacto, como é o caso de doenças incuráveis podem repercutir além das perdas físicas, podem atingir dimensões subjetivas as quais também influenciam no tratamento (SAMPAIO *et al.*, 2020; TESTA, 2020).

Também é importante ressaltar que, normalmente, as pessoas são diagnosticadas com EM com idades entre 25 e 30 anos e é mais comum em mulheres (RODRIGUES, 2020; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ESCLEROSE MÚLTIPLA, 2020). Esse dado aponta para repercussões a nível da produtividade, já que o período em que se inicia o curso da doença é comumente o pico da produtividade entre adultos-jovens e essa possível incapacitação progressiva abre espaço para a possibilidade de estados depressivos (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Bertotti (2008) identificou que, devido às necessidades de interações as pessoas com EM podem perder seus empregos e, por consequência, ter a perda da estabilidade econômica, com isso, podem distanciar-se de atividades de lazer individual e coletiva, como dança, cinema, teatro, ocorrendo então, um isolamento, fator preditor para quadros depressivos.

Estrutti *et al.* (2019) também identificaram que, após o início da doença, o desemprego aumenta, no entanto, pessoas com nível superior têm mais chances de serem contratadas mesmo já tendo diagnóstico fechado, mas os números ainda são inferiores. Os autores discutem a importância de manter as pessoas com EM

empregados, mesmo que em funções adaptadas, pois, atividades laborais implicam em produtividade, redução de benefícios sociais, além de identidade ocupacional, autonomia e participação social. Levando em consideração o período da vida em que normalmente se é diagnosticado com EM, Andrade (2010) descreve que, esse é o período de entrada na vida adulta e esse percurso é repleto de mudanças, para a autora, é durante a fase adulta que a pessoa se consolida sua identidade pessoal, alcança a realização de sonhos, por exemplo. Levando em consideração o período em que comumente as pessoas são diagnosticadas com EM, inferimos o que, interrupções ou modificações nas expectativas e sonhos podem ocorrer.

Ser adulto não implica apenas nas obrigações de trabalho e sustento da família, mas é o período da vida em que os indivíduos, conhecem pessoas novas, viajam, encontram novas ocupações, dão prosseguimento aos estudos, buscam uma remuneração satisfatória no trabalho e, na maioria das vezes, constituem famílias através do casamento e de filhos (ANDRADE, 2010). Nesse contexto, podemos pensar que a EM pode dificultar a realização dessas etapas esperadas ou desejadas para esse período da vida, seja pelo diagnóstico, pelas possíveis interações ou pelas perdas funcionais.

Pessoas com EM, devido às interferências na saúde física, emocional e ocupacional, precisam ainda compreender sua nova identidade de pessoa com doença crônica incurável. Isso porque a pessoa vai necessitar modificar sua rotina, abandonar ou adaptar atividades significativas, inserir o contexto dos serviços de saúde e conviver com a incerteza. A pessoa com EM transita pelos processos de pessoa sem limitação, pessoa com limitação e pessoa com doença crônica, configurando, dessa forma, uma transição ocupacional (GAMA, 2020).

Nesse contexto, de acordo com Rodrigues (2020), estamos diante de um diagnóstico complexo e com muitas incertezas. Ao

receber a notícia de uma doença incurável pode ocorrer da pessoa passar por estágios onde possivelmente expressam seus sentimentos de formas distintas.

Assim, considerando a complexidade da doença e a singularidade dos processos é importante que possamos adentrar no campo, conhecer as pessoas e suas vivências, para tanto, a escolha do método de pesquisa é de grande importância, pois precisa estar de acordo com os objetivos e precisam responder da maneira mais coerente a eles.

O método de uma pesquisa é a descrição de como pesquisar considerando as dimensões técnicas e éticas. Sobre a dimensão técnica, considera-se os princípios para a construção do projeto, o que implica a definição de um objeto de pesquisa e a definição de como abordá-lo e como escolher os instrumentos mais adequados para a investigação. Sobre a dimensão ética, considera-se as escolhas do pesquisador. Ao definir o quê pesquisar e, ao delimitar a partir de que base teórica sua construção será pautada, o pesquisador efetiva escolhas políticas refletindo sobre os motivos e “para quem” se pesquisa (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA; 2005).

Nesse cenário, a partir dessa compreensão e do objetivo de compreender sobre ocupações de pessoas com EM, busca apresentar um plano de referência para guiar o pensamento a respeito dessa temática: “O método estudo de caso em pesquisa qualitativa: possibilidade para compreender ocupações de pessoas com Esclerose Múltipla”.

O MÉTODO ESTUDO DE CASO EM PESQUISA QUALITATIVA PARA COMPREENDER OCUPAÇÕES DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: POSSIBILIDADES E CONTRIBUIÇÕES

A abordagem qualitativa faz referência a várias perspectivas, modalidades, abordagens e técnicas, sendo assim, é um termo polissêmico, ou seja, se refere a várias práticas que buscam compreender questionamentos subjetivos sociais (GONZÁLEZ, 2020).

De acordo com Brasil *et al.* (2018), na abordagem qualitativa, os elementos principais são os discursos e os instrumentos principais são a análise e interpretação da linguagem. Para os autores, uma pesquisa qualitativa é norteadas pelo processo de interpretação, seguindo as etapas: ideias, definição do problema, imersão no campo, definição do desenho de estudo, definição da amostra e acesso a ela, coleta de dados, análise, interpretação e produto final. Sendo essas etapas um fluxo contínuo, em que o pesquisador pode visitar cada uma delas sempre que necessário (BRASIL *et al.*, 2018).

Considerando a pessoa com EM e as particularidades do diagnóstico, como por exemplo as limitações físicas, a fadiga e dificuldades na mobilidade, buscar compreender suas demandas ou conhecer suas vivências de forma qualitativa permite ao pesquisador se deparar com dados subjetivos e relacionados às repercussões do diagnóstico nas dimensões psicológicas, angústias e processos de luto que a pessoa com EM possa vir a desenvolver. Repercussões estas que podem ser identificadas por meio de delineamentos qualitativos e no encontro direto e fluido, dinâmico e interativo entre pesquisador e pesquisado.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Pessoas com EM, podem apresentar dificuldades em relação ao desenvolvimento de Atividades de Vida Diária, como por exemplo vestir e despir, uma atividade que é necessária no dia a dia, mas ao olhar e buscar compreender as ocupações das pessoas com EM por uma lente qualitativa, podemos nos deparar com dificuldades físicas, mas também com os significado ao realizar o vestir e despir de forma independente, ou ainda, o desejo em voltar a vestir e despir sem fadiga, ou talvez a sentimentos opostos como alegria e raiva ao realizar o vestir e despir com dificuldades.

A exploração do objeto em pesquisa de abordagem qualitativa inclui aspectos subjetivos, isso resulta no alcance de materiais que não são somente explícitos ou sólidos, mas transitam na dimensão subjetiva como os valores, crenças, ética e cultura (BRASIL et al., 2018). A pesquisa de abordagem qualitativa enfatiza o subjetivo, o qual é o meio para compreender e interpretar as experiências do objeto de estudo, essa abordagem não busca controlar o contexto da pesquisa, e sim buscar compreender o contexto na sua totalidade e singularidade (PITANGA, 2020).

Para Minayo (2017), a pesquisa qualitativa trata da magnitude dos fenômenos, busca a singularidade e significados e é o tipo de pesquisa que muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas, tornando assim, esse tipo de pesquisa complexo e necessário.

Ao utilizar a pesquisa qualitativa como meio para compreender sobre as ocupações das pessoas, o pesquisador pode encontrar-se diretamente com o humano e sua subjetividade, sua relação com os contextos e como se desenvolve em seu meio. No cenário da EM, em pesquisa qualitativa realizada com 3 mulheres diagnosticadas com EM foi possível compreender que a EM afeta não somente a funcionalidade em seus aspectos físicos, mas as participantes puderam relatar sobre seu cotidiano, sua história de vida e suas dificuldades em conviver com a doença revelando que perpassavam por processos de perdas e lutas em sua vivência (CARDOSO, 2023). Desse modo, a pesquisa qualitativa se torna complexa, pela dimensão e profundidade na qual se propõe, necessária, por ser um meio para que as pessoas com EM possam expor e apresentar suas realidades.

Para Silva, Castro-Silva e Moura (2018), é por meio da escolha do método que a pesquisa ganha suas texturas e formas e, na pesquisa qualitativa o participante passa a ter um espaço de expressão de acordo com a realidade de suas vivências. Assis *et al.* (2018), também descreve que, as comunicações verbais e simbólicas retratam as inter-relações, conflitos e contradições, fatores estes, que tornam a pesquisa mais próxima das realidades e mais sensíveis às situações sociais.

No campo de estudos da EM, é possível identificar que se trata de uma patologia que pode surgir em um período da vida onde são realizadas muitas aspirações da vida adulta, assim, podem repercutir em questões sociais e pessoais como afastamento do trabalho, da participação social e do lazer. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa torna-se um caminho metodológico viável, através das múltiplas ferramentas (questionários, entrevistas, oficinas, gravações, vídeos, fotografia, por exemplo) possíveis para comunicação com o participante, a investigação da realidade e vivência de pessoas com EM.

Brasil *et al.* (2018) elencam as vantagens da pesquisa qualitativa, entre elas estão a da eficácia para analisar mudanças, mesmo que mínimas da vida humana e dos processos sociais ao longo do tempo; da exploração dos fatores que interferem na compreensão do sujeito a respeito da vivência do mundo social. Nesse todo, o objetivo da pesquisa qualitativa está na compreensão da dinâmica do ser humano (BRASIL *et al.*, 2018).

Neste cenário, quando utilizamos o método qualitativo na pesquisa com EM é possível compreendermos a pessoa no seu processo de integral. A integralidade está relacionada com todas as dimensões da pessoa, seus aspectos físicos, psicossociais e espirituais que se desenvolvem em espaços que dependem de condições adequadas. De acordo com a pesquisa realizada por Cardoso (2023) quando se debruçou a compreender sobre a vivência de pessoas com EM, sobre como se sentiam e sobre a participação ocupacional, que são fatores determinantes para a saúde, pôde identificar que estas pessoas, em alguns momentos, podem não estar alcançando a integralidade porque, apresentaram em seus relatos dificuldades no acesso ao tratamento, ao desenvolvimento e a participação ocupacional devido a questões sociais, políticas e pessoais.

No entanto, é importante ressaltar os desafios de uma pesquisa qualitativa. Para Assis *et al.* (2018), os desafios perpassam desde o cenário de pesquisa, pois é necessário ter o aceite tanto por meios éticos para acessar o local, quanto dos participantes de pesquisa, que precisam se sentir acolhidos e seguros para expressarem situações particulares; outro desafio está no próprio pesquisador, o qual necessita resgatar e utilizar-se de sua sensibilidade, capacidade de escuta e compreensão das pessoas e grupos. Nesse contexto, os desafios do pesquisador qualitativo estão relacionados também com a responsabilidade de comunicar ao mundo o que seus participantes querem dizer e realizar este trabalho

de forma clara, ética e científica. Também, é importante ao pesquisador, reconhecer seus limites diante de situações que podem emergir na aplicação das técnicas ou no tratamento dos dados ou no contato com o participante.

A pesquisa qualitativa é um método que busca compreender aquilo que é particular para então propor mudanças, aperfeiçoamento de técnicas e modelos que impulsionaram o alcance coletivo. Para Brasil *et al.* (2018) a pesquisa qualitativa: “dá asas àqueles que ensinam, aprendem, criam e recriam histórias e ciências” (p. 25).

No cenário da EM, podemos compreender que, quando é oportunizado aos participantes da pesquisa ferramentas para expressarem-se, seja através da arte ou da fala, podem emergir dados e informações que vão além da patologia, que expressam quem realmente é a pessoa que porta o diagnóstico e como ela se percebe, o que ela gostaria de realizar, quais suas dificuldades, mas também como ela se realiza, o que ela gostaria de comunicar ao mundo e à seus pares. Propor métodos qualitativos na pesquisa com EM é possibilitar ao participante a expressão criativa, livre e sensível sobre si.

Sobre o método estudo de caso, segundo Yin (2015) investiga um fenômeno no seu ambiente real, ou seja, busca saber sobre o objeto em seu contexto com as suas particularidades. Ainda de acordo com o autor, este é um método relevante para responder “como” e “por que” um determinado fenômeno acontece. Isso porque o método possibilita ao pesquisador recolher com detalhes os dados, qualificá-los, além de conhecer os fatores pessoais, históricos e únicos da pessoa.

Para Gil (2008), um estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo de poucos objetos, para assim, se alcançar amplitude e conhecimentos detalhados sobre o fenômeno em estudo.

De acordo com Yin (2015), estudo de caso é um método que pode ser utilizado com pessoas, grupos, organizações e sociedades. Além disso, trata-se de um método transdisciplinar e se aplica a diversas realidades nas quais se objetiva conhecer com profundidade uma situação. Dessa forma, ao escolher o estudo de caso como método o pesquisador precisa alinhar seus objetivos e estar atento e sensível para recolher os dados de forma profunda, como descrevem os autores.

Ao pensar o método de estudo de caso com pessoas com EM acreditamos ser possível compreender a pessoa em sua integralidade e seus processos subjetivos, pois a doença apesar de ser descrita em estágios, não é possível inferir que todas as pessoas com EM terão a mesma experiência de vida e/ou de assistência e cuidados. Portanto, realizar estudos de caso EM fornece uma análise aprofundada dos enfrentamentos do que é ser uma pessoa com EM.

Em adição, podemos citar o trabalho de Rabaça (2018), utilizando o método de estudo de caso para analisar uma intervenção de reabilitação cognitiva em uma paciente com EM, a autora reforça que, mesmo diante de uma intervenção organizada e estruturada com base em protocolos, os fatores pessoais, psicológicos e emocionais interferem no processo de cuidado. O estudo de caso de Silva Filho *et al.* (2020), teve a finalidade de analisar a aprendizagem motora para marcha e equilíbrio em uma jovem com EM. Ambos os estudos utilizaram estudo de caso como método e tinham em comum também a EM como condição, isso pode nos exemplificar as várias aplicabilidades do método para conhecer diferentes faces de uma mesma patologia.

De acordo com Gil (2008), os estudos de caso têm como propósitos: explorar situações da vida real cujos limites não estão bem definidos; descrever a situação do contexto em que se está sendo feita determinada investigação; e explicar variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas em que outros

métodos, como experimentais não são possíveis. No caso da EM, cada pessoa enfrenta o processo de uma forma diferente e, cada caso requer uma avaliação individual que vá além da sintomatologia (TINOCO, 2019). Sendo assim, uma situação complexa, pois cada pessoa diagnosticada com EM possui ocupações diferenciadas, formas de enfrentar a situação também diferenciadas, sendo necessário um método como o estudo de caso para recolher esses dados profundos e singulares.

Miertová, Cáp e Ziaková (2020), realizaram um estudo de caso com uma mulher – o caso Olívia – e colheram informações profundas sobre o enfrentamento da EM e sobre os sentidos e os impactos da doença em seu cotidiano e, identificaram que, os impactos de ser dependente, precisar de ajuda interferia na dimensão emocional e, conseqüentemente na dimensão física de Olívia. Desse modo, pode ser que, outra pessoa não enfrente dessa mesma forma, pode ser que já surjam outras demandas, por isso, pensa-se que o estudo de caso é o método sensível na compreensão desse processo.

Diante disso, considerando a EM e as ocupações de pessoas portadoras dessa doença, acredita-se que o método de estudo de caso seja a escolha mais consciente para o alcance de dados que sejam sensíveis e que forneçam informações profundas sobre essa realidade, haja vista que, processos de adoecimento e ocupações são experiências singulares.

Compreende-se por ocupação qualquer atividade ou tarefa necessária para o autocuidado (exemplo, comer, vestir-se), produtividade (escola, trabalho, atividades domésticas), ou atividades de lazer (WFOT, 2012), e ocorrem ao longo do tempo em diferentes contextos, possuem objetivos, significados e utilidade para as pessoas. As ocupações envolvem vários fazeres diários os quais também promovem experiências diferentes durante o fazer (AOTA, 2020).

Para Lanas e Salas (2019), as ocupações são atividades que as pessoas desempenham no dia a dia, são execuções que as pessoas atribuem valor a partir das experiências sensoriais, afetivas, motoras, cognitivas, sociais e espirituais.

Nesse sentido, foi descrito por Preissner, Arbesman e Lieberman (2021) que, as ocupações podem sofrer interferências devido a EM a pessoa pode ter dificuldade de desempenhar tarefas que gosta de fazer, ou que precisa. Assim, causando modificações na rotina ocupacional. Nesse contexto, nos questionamos: Como é para a pessoa com EM deixar ou modificar a realização de ocupações prazerosas ou que antes faziam parte da rotina? Como as pessoas com EM têm se posicionado sobre viver e conviver com essa doença? Como ficaram as ocupações do diagnóstico até o momento atual? Como lidar com a incerteza?

Considerando a orientação Yin (2015) sobre o estudo de caso ser um método relevante para responder questionamentos sobre “como” algo ocorre e, diante dos questionamentos que norteiam a temática, compreendemos ser o método mais adequado para essa investigação, pois, possibilita liberdade ao pesquisador para qualificar os dados recolhidos, bem como, descrevê-los.

Para tanto, o método de estudo de caso possui 4 etapas de organização: (1) desenho do Estudo de Caso; (2) condução do Estudo de Caso; (3) análise das evidências do Estudo de Caso, e (4) escrita do Estudo de Caso (YIN, 2015).

Na etapa do desenho do estudo de caso, é o momento para que o pesquisador faça uma reflexão sobre a adequação do método, elenque os riscos e as possibilidades reais de aplicação; quanto a condução do estudo de caso, se dá a partir dos instrumentos de coleta de dados e da análise e organização dos mesmos (YIN, 2015). De acordo com Yin (2015) e Lukosevicius e Guimarães (2018),

entrevista e transcrição é o tipo de condução mais frequente entre as pesquisas utilizando o método.

Na etapa de análise das evidências do estudo de caso, foca-se na escolha do modelo e procedimento de análise, sendo uma etapa muito relevante para a consistência e fidedignidade dos dados coletados (YIN, 2015). No caso de pesquisa com a temática em estudo, utilizando questionário e transcrição, a análise qualitativa dos dados é desenvolvida a partir das respostas aos questionamentos que serão gravadas em áudio, transcritas na íntegra, sendo os textos, quando necessário, passados por correções linguísticas, contudo sem eliminar o caráter espontâneo das falas. Cabe ressaltar que, como afirmam Aragão, Barros e Oliveira (2005):

Não é a “fala” dos entrevistados, no seu aspecto linguístico, que tentamos ouvir e, sim, o que o discurso enuncia. Buscamos as regras de constituição dos discursos neles mesmos. Melhor dizendo, pretendemos apreender e analisar não a “fala” como coisa dita, mas tentamos procurar as múltiplas determinações que levam os sujeitos pesquisados a fazer determinadas afirmações (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005, p. 23).

A última etapa do método é a escrita do estudo de caso, em que preza-se por uma escrita clara para todos os públicos, não apenas para os específicos da área, uma revisão de outros pesquisadores, além de manter a identidade dos participantes da pesquisa sob sigilo, e ainda, ser bem organizado e com ideias conectadas de forma lógica (GIL, 2008; LUKOSEVICIUS, GUIMARÃES, 2018; YIN, 2015). No caso de pesquisa com a temática em estudo, pensa-se que a escrita precisa ser clara e que possa abordar com sensibilidade e cuidado os dados de forma que outras pessoas com EM ou com

outros processos adoecedores sintam-se acolhidos e percebam que sua pauta tem sido percebida por outras pessoas. Ao escrever sobre a dor do outro, é importante também ser responsável a ponto de não produzir constrangimentos ou generalizações que possam ferir os participantes.

Apesar de ser um método muito utilizado, Campos *et al.*, (2020) elenca como dificuldade: falta de um limite claro para encerrar a pesquisa, tal situação relaciona-se a disponibilidade e acesso ao participante e a manipulação dos dados. No caso da pesquisa com EM buscando compreender sobre as ocupações, essas dificuldades se apresentaram, por exemplo, na disponibilidade e interesse do participante para responder questionamentos muito pessoais, disponibilidade temporal, que são circunstâncias que sofrem interferências dos estados de saúde. Para o pesquisador, conseguir elaborar um roteiro que possa ser de fácil compreensão e ao mesmo tempo eficaz para colher as informações, estar qualificado para atender demandas que podem emergir a partir dos questionamentos, além de ter que estar flexível a qualquer mudança decorrente do estado de saúde dos participantes.

Como vantagens da utilização do método, Campos et al., (2020) identificou: a maior possibilidade de resolução de problemas, bem como, o fato de ser flexível e com conectividade, possibilitando uma visão mais ampla e integrada de um fenômeno real em situação normal. Estas vantagens também foram observadas em estudo conduzido por Cardoso (2023) que destacou sobre a escrita do método estudo caso como sendo descritiva o que possibilitou maior compreensão das ocupações de pessoas com EM e pôde dissertar sobre as perdas, processos de luto, mas também sobre a necessidade de investimentos em políticas públicas. Isso mostra que o estudo de caso pode ser fundamental para análises sociais e base para estudos da coletividade.

No campo de estudos da EM, as pesquisas qualitativas usando estudos de caso fazem-se necessárias para conhecer as pessoas, suas famílias e sobre como vivem sendo uma pessoa com diagnóstico incurável. É necessário buscar de forma profunda e *in loco* sobre todas as questões que envolvem essa população e suas necessidades reais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha de um método é uma tarefa que exige muita sensibilidade por parte do pesquisador. É possível pensar até que, o método é que escolhe a pesquisa. Isso porque, método não se trata apenas de técnica, mas, sobre como a pesquisa será feita, trata-se de quem vai pesquisar, de quem será participante, de suas subjetividades, aspectos culturais e éticos, sendo assim, diante das múltiplas possibilidades de métodos disponíveis, existem aqueles que conseguirão abordar e acompanhar de forma mais adequada o estudo.

Esse estudo objetivou descrever como o método de estudo de caso pode contribuir no estudo de ocupações de pessoas com EM e, a partir dessa construção, compreendemos que esse é um método eficaz para o pesquisador que busca dados realísticos e pode ser aplicado a várias situações e realidades. Se tratando do campo das ocupações e de pessoas com EM, têm a possibilidade de permitir uma aproximação com a pessoa, possibilitando aprofundamento de questões como, rotina, preferências, cotidiano, além de observações e conhecimentos de forma integral, singular e subjetiva.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. “Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas”. **Análise Psicológica**, vol. 2, n. 28, 2010.

ANDRADE, V.; SEABRA, M.; RAMOS, I. “Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 23, n. 4, 2015.

AOTA - American Occupational Therapy Association. “Occupational therapy practice framework: Domain and process”. **American Journal of Occupational Therapy**, vol. 74, n. 2, 2020.

ARAGÃO, E.; BARROS, M.; OLIVEIRA, S. “Falando de metodologia de pesquisa”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 5, n. 2, 2005.

ASSIS, M. *et al.* “Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas”. *In*: SILVA, R. M. *et al.* (orgs). **Estudos Qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: Edições UVA, 2018.

AYUSO, D. “El sentido de la ocupación”. **TOG**, vol. 7, n. 6, 2010.

BERTOTTI, A. P. **O portador de Esclerose Múltipla e suas formas de enfrentamento frente a doença** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia). Itajaí: Univali, 2008.

BRASIL, C. *et al.* “Reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde”. *In*: SILVA, R. M. *et al.* (orgs). **Estudos Qualitativos: enfoques**

teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA, 2018.

CAMPOS, L. A. *et al.* “Estudo de Caso: Procedimentos e Recomendações para elaboração da Pesquisa Científica”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 6, n. 9, 2020.

CAMPOS, L.; TOLDRÁ, R. “Intervenções de Terapia Ocupacional com pessoas com esclerose múltipla: revisão integrativa da literatura”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 27, n. 4, 2019.

CARDOSO, J. S. **Sobre as Pessoas com Esclerose Múltipla: um estudo qualitativo** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2023.

ESTRUTTI, C. M. *et al.* “Employment status of people diagnosed with multiple sclerosis in Brazil”. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, vol. 77, n. 5, 2019.

FARIA, I. “Disfunções Neurológicas”. *In*: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, A. (orgs.). **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2014.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. “Atlas de Esclerose Múltipla”. **Federação Internacional de Esclerose Múltipla** [2020]. Disponível em: <www.atlasofms.org>. Acesso em: 17/04/2023.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. “Esclerose Múltipla: sintomas, origem e tratamento”. **Fiocruz** [2020]. Disponível em: <www.fiocruz.br>. Acesso em: 30/04/2023.

FOGELBERG, D.; FRAUWIRTH, S. “A complexity science approach to occupation: Moving beyond the individual”. **Journal of Occupational Science**, vol. 17, n. 3, 2010.

GAMA, F. “A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla”. **Jornals Open Edition**, vol. 45, n 2, 2020.

GIL, A C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GONZÁLEZ, F. “Reflexões sobre alguns conceitos da pesquisa qualitativa”. **Revista Pesquisa Qualitativa**, vol. 8, n. 17, 2020.

LANAS, O.; SALAS, E. “La Ocupación como elemento terapéutico de la práctica de terapia ocupacional en personas con discunción física”. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, vol. 19, n. 2, 2019.

LUKOSEVICIUS, A. P.; GUIMARÃES, J. C. “Uso do método estudo de caso em pesquisas de gerenciamento de projetos”. **Revista Gestão e Projetos**, vol. 9, n. 2, 2018.

MAGYARI, M.; SORENSEN, P. S. “Comorbidity in Multiple Sclerosis”. **Frontiers in Neurology**, vol. 11, n. 1, 2020.

MIERTOVÁ, M.; CÁP, J.; ZIAKOVÁ, K. “struggling for the dignity of women with relapsing-remitting multiple sclerosis: an interpretative phenomenological single case study analysis”. **Ex æquo**, vol. 1, n. 41, 2020.

MINAYO, M. “Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias”. **Revista Pesquisa Qualitativa**, vol. 5, n. 7, 2017.

MINAYO, M.; MINAYO, C. **Difíceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY. “Whats is MS”. **National Multiple Sclerosis Society** [2020]. Disponível em: <www.nationalmssociety.org>. Acesso em: 03/05/2023.

PIMENTEL, P.; TOLDRÁ, R. “Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 25, n. 1, 2017.

PIMENTEL, P.; TOLDRÁ, R. “Método self-healing como estratégia de promoção à saúde e reabilitação de pessoas com esclerose múltipla no contexto da terapia ocupacional”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 25, n. 3, 2017b.

PITANGA, A. “Pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa: refletindo sobre as decisões na seleção de determinada abordagem”. **Revista Pesquisa Qualitativa**, vol. 8, n. 17, 2020.

PREISSNER, K.; ARBESMAN, M.; LIEBERMAN, D. “Occupational Therapy Interventions for Adults With Multiple Sclerosis”. **The American Journal of Occupational Therapy**, vol. 70, n. 3, 2016.

RABAÇA, J. L. L. **Avaliação e Reabilitação Cognitiva na Esclerose Múltipla: Estudo de Caso** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Porto: Universidade do Porto, 2020.

REED, K.; SMYTHE, L.; HOCKING, C. “The Meaning of Occupation: A Hermeneutic (Re)view of Historical

Understandings”. **Journal of Occupational Science**, vol. 20, n. 3, 2013.

RODRIGUES, B. **Fatores prognósticos da Esclerose Múltipla: Da incerteza à certeza** (Dissertação de Mestrado em Medicina). Convilhã: Universidade Beira Interior, 2020.

SAMPAIO, E. *et al.* “Esclerose múltipla: A face oculta de uma doença autoimune”. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas** [2020]. Disponível em: <www.eduvalel.revista.inf.br>. Acesso em: 23/04/2023.

SILVA FILHO, J. A. S. *et al.* “Efeito de um protocolo de intervenção baseado na aprendizagem motora para marcha e equilíbrio em jovem com esclerose lateral primária: um estudo de caso”. **Revista de Medicina**, vol. 100, n. 1, 2020.

SILVA, A; CASTRO-SILVA, C; MOURA, L. “Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes”. **Saúde e Sociedade**, vol. 27, n. 2, 2018.

TAUIL, C. *et al.* “The impact of physical functions on depressive symptoms in people with multiple sclerosis”. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, vol. 79, n. 1, 2021.

TESTA, R. **O Sentido da Vida em Pacientes com Esclerose Múltipla** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia). Caxias do Sul: UCS, 2019.

TINOCO, I. *et al.* “Esclerose múltipla, o afastar da lupa: relato de caso”. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, vol. 1, n. 35, 2019.

WFOT - World Federation of Occupational Therapists. “About”.
WFOT [2012]. Disponível em: <www.wfot.org>. Acesso em:
16/04/2023.

YIN, R K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. São Paulo:
Editora Bookman, 2015.

CAPÍTULO 12

*Subjetividade, Medicalização da
Produção de Saúde no Espaço Urbano*

SUBJETIVIDADE, MEDICALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE SAÚDE NO ESPAÇO URBANO

Jéssica Costa Veiga

Flávia Cristina Silveira Lemos

Sérgio Bandeira do Nascimento

Elenilde Lucena de Souza Martins

Foucault também desenvolve estudos a respeito da medicalização do espaço, notando como a medicina social influenciava diretamente no ordenamento urbano das cidades, e distribuição dos espaços internos das residências, portanto, interferindo nas relações familiares. A higiene da cidade foi um fundamento urbano nas cidades pós-abolicionistas, que visava a redução dos perigos e controle da circulação, que no contexto brasileiro afeta majoritariamente a população negra. Ainda com o autor, para pensar na repartição dos sujeitos no espaço, utiliza-se de plantas arquitetônicas, conhecimento sobre urbanização das cidades. Esse tornou-se um campo analítico a fim de entender como se articula o biopoder. E é no campo biopolítico que os lugares vão tomando direcionamentos específicos e se organizando no espaço e a gestão da vida, determinando locais para funcionamento de creches, escolas, comércio, lazer, atividades físicas etc., porém, é no campo da necropolítica que se evidenciam de que forma se formam os espaços de exclusão.

BIOPOLÍTICA, DISCIPLINA E ESPAÇO

Em *História da sexualidade I*, Foucault discute essa genealogia do poder sobre a vida, para fim chegar à compreensão da

biopolítica. O autor inicia ressaltando que um dos privilégios contidos pelo poder soberano se dá pelo direito sobre a vida, podendo ser exercido de forma direta e indireta. A primeira quanto ao direito de tirar a vida de um filho, visto que essa foi “dada” pelo pai. A segunda, concernente aos súditos, que poderia se dar de forma direta ou indireta, ambas em caso de defesa do soberano. Indiretamente, quando em caso de guerra, podia ser solicitado aos súditos a defesa do Estado, e diretamente em caso de quem tenha se levantado contra as leis do soberano.

Para o mundo ocidental, na era clássica, ocorreram transformações profundas nos mecanismos de poder sobre a vida, que passariam a atuar nas táticas de gestão do corpo individual e social, através da disciplina e do controle. Destruir ou barrar a vida é substituído pelo direito em garantir recursos necessários para manter e desenvolver a própria vida, a partir das técnicas de controle. O poder exercido sobre a vida agora de caráter positivo, não extinguiu os genocídios produzidos por guerras sangrentas a partir do século XIX. A morte passou a se dar em nome da necessidade de viver, ou seja, agora não se trata mais de causar a morte e deixar viver e sim um poder que proporciona a vida, mas que é capaz de devolver à morte, o que caracterizou o biopoder (FOUCAULT, 1988, p. 128).

Poder disciplinar e biopolítica são aspectos que se complementam para alicerçar o exercício do biopoder. Enquanto a primeira age sobre o corpo por táticas normativas que produzem deveres e interdições, adestrando e certificando o desenvolvimento de habilidades que garantem a utilidade, e exercem influência na forma como o sujeito incorpora as práticas discursivas, como se percebe e como esse é percebido. Visto que o sujeito pertence a um conjunto de elementos e práticas culturais que se interrelacionam, se descobre o “corpo social” e a necessidade de sua gestão. Por fim, a

biopolítica como técnica para a administração e controle regulatório do corpo social no Brasil (FOUCAULT, 1999).

Dessa forma, a arquitetura e urbanismo opera a biopolítica ao intervir no espaço urbano, pela medicalização afirmada no discurso perigoso de um espaço revitalizado, supostamente seguro e ordenado. A expansão urbana ocidental se deu a partir das demandas do capitalismo industrial, dentre elas era primordial a existência de uma força de trabalho adestrada. Nessa conjuntura emerge o Estado como regulador das condutas com a biopolítica, em complemento ao poder disciplinar para a efetivação do controle social, que estabelece o biopoder. Ou seja, o Estado proporciona estruturas que garantem o desenvolvimento da vida que ao se alinhar ao poder disciplinar, garante a capacitação do sujeito na produtividade.

Toda essa regulação utilitária da vida teve os seus dispositivos de atuação baseados em normas, em padrões. E é segundo normas prescritas por uma moral do dever ser que se fará o exercício do controle, da correção dos corpos, possibilitando classificações, comparações, avaliações (LEMOS, 2007, p. 30).

Estabelece-se na trama urbana e social, uma série de sistemas que amparam o funcionamento do biopoder e o governo das condutas, de si, dos outros, da cidade. As tecnologias de controle, precisam amarrar uma estrutura segura de vigilância, portanto surge o panoptismo como tática de controle, que se aplica ao território urbano como forma de monitoramento para cuidado nas cidades (FOUCAULT, 1996).

Outro mecanismo disciplinar que potencializa o funcionamento do biopoder são as políticas compensatórias que garantem ao sujeito domesticado a sensação de pertencimento, o

consumo, o lugar da elite, da exclusividade e o distanciamento das mazelas da vida. Para isso é necessário a existência de uma economia da diferença, através do espaço, que se fundará na distribuição territorial. Ou seja, a garantia de desenvolvimento da vida pelo biopoder, propõe a possibilidade de ascensão social e territorial, atrelada aos privilégios, desde que sejam dóceis. Donzelot (1986) destaca que a higiene se difundiu através de manuais de civilidade elaborados por médicos e encaminhadas para escolas, comunidades, igrejas, famílias, além disso fora estabelecida a repartição de sujeitos em localidades específicas.

Destarte, a higiene urbana emerge enquanto tática de organização social e repartição da diferença, portanto, vem para estabelecer a segregação socioespacial, que torna o embelezamento urbano para além de um requisito de saúde, mas também como sinônimo de status social. Sendo assim, o higienismo legitima os privilégios da branquitude, por meio de movimentos de objetivação-subjetivação que constituem “anormalidades”, ao qual o sujeito branco está classificado como norma. Nesse sentido, os estigmas negativos e desviantes, são direcionados a sujeitos pretos, que têm seus corpos objetivados enquanto “criminosos”, “anormais”, “vagabundos”, “desajustados”, “indesejáveis”, como doenças a serem extraídas do corpo social.

CRÍTICA À EXCLUSÃO NO ESPAÇO, SUBJETIVIDADE E SAÚDE

Espaços de exclusão esses, partindo do pressuposto de que ao identificar a exclusão no espaço urbano, também serão identificadas as resistências. A exclusão pode se dar no que tange o lazer, a ascensão social, espaços voltados à expressão religiosa e artística, o próprio deslocamento no serviço de transporte público,

modos de morar e suas afetações subjetivas, ou seja, nos elementos que gerenciam a circulação do corpo social.

A desigualdade é característica permanente do capitalismo (ALMEIDA, 2018), então pensar como biopoder articula diversos saberes que se colocam à sua disposição, para seu funcionamento, exige a transversalidade de conhecimentos. A genealogia possibilita problematizar de que forma o espaço é produzido e como opera a necropolítica, está sendo um conceito que instrumentaliza a percepção de que corpos negros morrem de forma determinada pela branquitude. A política de morte tem cor e se encontra na dimensão territorial, desde o acesso à escola, lazer, trabalho, moradia digna, segurança, matando objetiva e subjetivamente.

É válido ressaltar que a estrutura racista não impede que famílias não brancas ascendam socialmente, tal qual, está diretamente ligada à localização do corpo no espaço. O que de fato se provoca, é que devido ao racismo estrutural, a branquitude ocupa os lugares de poder, político, econômico e social. O que significa dizer que, a ascensão social do sujeito não branco em uma sociedade racista, torna-se uma jornada solitária e violenta, que atualiza o racismo, ainda produzindo impactos subjetivos cruéis.

A pesquisadora e psicanalista Neusa Santos (2019), em seu livro: “Tornar-se negro” 2019, traz relatos, onde é possível perceber a relação entre o espaço, subjetividade e vida emocional de pessoas negras. Uma das entrevistadas relata que ao mudar-se para condomínio localizado em um bairro considerado nobre do Rio de Janeiro, sendo a única família negra a residir no mesmo, todas as queixas recaíam sobre eles, causando uma exigência tida como perfeita de comportamento em relação aos demais moradores.

No caso das epidemias que ocorreram no Brasil, a fim de evidenciar que historicamente a população negra vem sendo oprimida e desassistida pela branquitude, durante a epidemia da

febre amarela, no Rio de Janeiro (meados do século XIX), as classes pobres que já eram vistas como ameaça à organização do trabalho e manutenção da ordem pública, viviam em situação precária, residindo em cortiços, que eram aglomerados residenciais insalubres. Esse tipo de moradia tornou-se ameaça ao controle social e à higiene da cidade. Dessa forma, tornou-se justificável, para as autoridades da época, ataques aos cortiços existentes, levando a destruição dessas edificações, porém, sem nenhum remanejamento para a população, majoritariamente negra, que neles habitava (CHALHOUB, 1989).

Os cortiços eram conhecidos como espaços de resistência da população negra, ou destinação para reconstrução de suas habitações. Com os altos preços dos aluguéis e as políticas, que reforçavam na subjetividade da sociedade branca da época a imagem do negro enquanto ameaça e sujeito suspeito, obrigam a população preta a ocupar os morros da cidade, sem nenhuma infraestrutura para moradia ou suporte das autoridades da época (CHALHOUB, 1989). A segregação racial no Brasil é demarcada em diversos momentos históricos, reverberando na disposição do espaço urbano das capitais brasileiras até o momento presente, vinculando a imagem do sujeito negro à pobreza e periferia.

É possível se alongar com diversas situações no que se refere ao espaço urbano que escancaram a desigualdade social e racial, entretanto aqui, interessa-me demonstrar como a ciência da arquitetura e urbanismo corrobora com os procedimentos de disciplina e biopoder que regem o corpo. Esses procedimentos se utilizam de heterotopias para estigmatizar comportamentos e manter a ordem do corpo social. Foucault definiu heterotopias como uma oposição às utopias, enquanto se trata de uma sociedade aperfeiçoada, alocada em um campo virtual, as heterotopias seriam lugares reais responsáveis por abrigar aqueles que são vistos como desviantes ao padrão desejado pelas forças dominantes. São lugares

outros, porém localizáveis no espaço, lugares como manicômio, asilos e prisões (FOUCAULT, 2013). Concernente às periferias, podemos entendê-las como prisões a céu aberto, ocupado pelo corpo errante e indesejado, espaço que é localizado, entretanto o lugar do outro.

Portanto os processos de gentrificação, pela justificativa da revitalização e segurança do espaço, evidencia um mecanismo racista de higiene social, onde o corpo indesejado será retirado. Portanto, seja por via de intervenção estatal ou por atravessamentos psíquicos de não pertencimento ao local, os espaços de exclusão vão existir, tanto na questão das discrepâncias físicas e estruturais do território, no acesso e deslocamento intraurbano, quanto nos simbolismos atrelados ao lugar. As práticas racistas vão se atualizar, utilizar-se-ão de sua estrutura e das relações de poder estabelecidas, excluindo, adoecendo e matando.

Retomando ao conceito de panoptismo aliado ao dispositivo de branquitude, para refletir sobre como os espaços de exclusão vão perpassar pelo controle do corpo, quando o *Outro* indesejado penetra na normatividade do território branco, o ambiente promove uma insalubridade subjetiva seletiva, configurando o racismo como processo de adoecimento e morte, independentemente da localização do corpo. Denota-se também que a higiene se caracteriza pela não existência dos corpos negros. Desta forma, as fissuras realizadas nas produções de saber-poder, devem romper com perspectivas eurocêntricas e pacto da branquitude, ativando os saberes locais, no que tange a especificidade amazônica das negritudes, em busca do resgate dos discursos interditados e sequestrados pela branquitude. Cidades erguidas e que ainda se erguem sobre o sangue das negritudes e pelas mãos destas, e que resiste através da memória de ancestralidade.

A memória como a cultura é um conjunto de forças, toda tentativa de aprisioná-la em modelos fixos e estáveis é uma negação da vida, uma reatividade e não uma afirmação da vida. Exaltar os monumentos do passado, concebendo-os a partir de identidades culturais cristalizadas é uma prática de uma vida ressentida, que reduz a pluralidade dos acontecimentos ao conhecido e semelhante. Tudo o que vive é transitório, os objetos são configurações provisórias, resultado de uma luta, de uma tensão de forças que nunca finda. (LEMOS, 2007, p. 62).

Sabe-se que a história oficial, não foi contada de forma que possibilitasse o protagonismo de pessoas negras e indígenas, portanto, a pesquisa exige uma análise problematizadora dos documentos monumentos, onde o acesso a imagens, edifícios, o próprio desenho urbano da cidade transforma-se em ferramentas de investigação das relações de poder e como as resistências se deram até o momento presente, sendo importante um questionar-se quem conta as histórias (ADICHIE, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do contexto das intervenções urbanísticas na perspectiva do conceito de medicalização da cidade, esse deslocamento no espaço urbano é mascarado pela ideia de melhorias físicas e subjetivas do espaço, aliadas ao discurso de revitalização, crescimento econômico e embelezamento, onde “todos” seriam beneficiados. Toda essa grandiosidade no discurso, busca amenizar o remanejamento violento que ocorre da população pobre e majoritariamente preta dessas regiões, para locais de não interesse da especulação imobiliária e baixa estrutura para moradia digna.

Essas condições de desigualdade do espaço urbano estão imbricadas a uma estrutura social racista. As relações de poder desiguais operam o espaço e ditam como e quais lugares determinados grupos sociais devem ocupar na cidade, demarcando as relações de pertencimento e hierarquias. O espaço, no contexto brasileiro, é marcado por intervenções urbanísticas que exercem a manutenção dos privilégios da branquitude, beneficiando-a secularmente. Nesse contexto, pensar sobre quem circula, para onde vai e como será percebido em cada localidade, está imbricada em uma lógica racista.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. **O perigo da história única**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 2019.

ALMEIDA, S. L. **O que é o Racismo Estrutural?** Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018.

CHALHOUB. S. **Cidade febril**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 1989.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 1996.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O corpo utópico. Heterotopias.** São Paulo: Editora N-1, 2013.

KILOMBA, G. “Descolonizando o conhecimento”. **João Camillo Penna** [2011]. Disponível em: www.joaocamillopenna.com>. Acesso em: 23/04/2023.

LEMOS, F. C. S. “História, cultura e subjetividade: problematizações”. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, vol. 19, n. 1, 2007.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2021.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Airle Miranda de Souza é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail para contato: airlemiranda@gmail.com

Alice Helena Girdwood Mattos é graduanda em Psicologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Áreas de interesse de pesquisa: Gestão Pública; e, Saúde Mental. E-mail para contato: alicehelenag@yahoo.com.br

Ana Carla Cividanes Furlan Scarin é graduada em Psicologia. Mestre e doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). E-mail para contato: furlan.anacarla@gmail.com

Anna Amélia de Faria é graduada em Psicologia. Mestre em Comunicação. Doutora em Letras e Linguística pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail para contato: anna.annamelia7@gmail.com

Bárbara Araújo Sordi é professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Graduada, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail para contato: barbarasordi@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Caroline Lira Ferreira é graduanda em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Áreas de interesse de pesquisa: Gênero; Classe Social e Feminismos. E-mail para contato: carolineliraferreira@gmail.com

Cláudia Lilian Vigário de Lima Pinheiro é graduanda em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Social; Gênero; e Feminismos. E-mail para contato: claudialilianvigario@gmail.com

Elenilde Lucena de Souza Martins é graduada em Psicologia. Especialista em Psicanálise com Crianças e Adolescentes pelo Centro Psicanalítico do Pará. E-mail para contato: lucenalenilde@gmail.com

Elói Martins Senhoras é docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Pesquisador do *think tank* IOLEs. Graduado em Economia, Política e Geografia. Doutor em Ciências. *Post-doc* em Ciências Jurídicas. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

Flávia Cristina Silveira Lemos é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em História Cultural pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Francineti Maria Rodrigues Carvalho é graduada em Psicologia. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: pma45abaete@outlook.com

Hian Soares Teixeira é graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica; e, Atenção Psicológica ao Suicídio. E-mail para contato: hianstx@gmail.com

Janaína Benjamin Monteiro é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva em Interface com a Psicologia; e, Políticas Públicas. E-mail: janainabendamim65@gmail.com

Jeice Sobrinho Cardoso é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Graduada em Terapia Ocupacional. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: scjeixe@gmail.com

Jéssica Costa Veiga é graduada em Arquitetura pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: veiga.jcv@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Larissa Lassance Grandidier é advogada. Mestranda em Direito pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Área de interesse de pesquisa: Direitos Humanos. E-mail para contato: larissagrandidier@hotmail.com

Luana Souza de Deus Neto Almeida é psicóloga. Especialista em Psicanálise. Mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: almeida.luanasouza@gmail.com

Márcia Elena Botelho Soares é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Pública. Mestre em Psicologia Clínica e Social. Doutora em Psicologia. E-mail para contato: marciasoares@ufpa.br

Niamey Granhen Brandão da Costa é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: ngranhen@yahoo.com.br

Nina Martins Guimarães é graduada em Psicologia pela Universidade Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Área de interesse de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva. E-mail para contrato: nimargui0610@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Priscila Santarém Pinto é graduada em Psicologia. Especialista em Psicanálise com Crianças e Adolescentes pelo Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG). E-mail para contato: priscila-santarem@hotmail.com

Rachel de Siqueira Dias é graduada em Psicologia. Especialista pós-graduada em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: rachelsiqueiradias@gmail.com

Roberta Oliveira da Silva é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Fenomenologia; e, Gestalt-terapia. E-mail para contato: robertaaoliveira28@gmail.com

Roseana Gomes Leal dos Santos é graduada em Serviço Social. Especialista pós-graduada em Atenção à Saúde Cardiovascular pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail para contato: roseleal13@hotmail.com

Sérgio Bandeira do Nascimento é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre e doutor em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: sergbandeira@ufpa.br

SOBRE OS AUTORES

Taline Silva Sousa é graduada em Psicologia. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Estadual do (UEPA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica. E-mail para contato: talinepsic@gmail.com

Tháisa Furlan Scarin é graduada em Direito pelo Centro Universitário de Rio Preto. Áreas de interesse de pesquisa: Direito Civil; e, Direitos Humanos. E-mail para contato: thaisafurlanscarin@gmail.com

Victor Augusto Cavaleiro Corrêa é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: victorcavaleiro@gmail.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A editora IOLE recebe propostas de livros autorais ou de coletânea a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano. O prazo de avaliação por pares dos manuscritos é de 7 dias. O prazo de publicação é de 60 dias após o envio do manuscrito.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 50 laudas. O texto deverá estar obrigatoriamente em espaçamento simples, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas dentro do corpo do texto.

A submissão do texto deverá ser realizada em um único arquivo por meio do envio online de arquivo documento em Word. O autor / organizador / autores / organizadores devem encaminhar o manuscrito diretamente pelo sistema da editora IOLE: <http://ioles.com.br/editora>



CONTATO

EDITORA IOLE

Caixa Postal 253. Praça do Centro Cívico

Boa Vista, RR - Brasil

CEP: 69.301-970

@ <http://ioles.com.br/editora>

☎ + 55 (95) 981235533

✉ eloisenhoras@gmail.com



