



PSICOLOGIA

Olhares Temáticos

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)



2023

PSICOLOGIA

Olhares Temáticos

PSICOLOGIA

Olhares Temáticos

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
Paulo Henrique Rodrigues da Costa

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)

Le3 LEMOS, Flávia Cristina Silveira; SENHORAS, Elói Martins (organizadores).

Psicologia: Olhares Temáticos. Boa Vista: Editora IOLE, 2023, 357 p.

Série: Psicologia. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-85212-41-0
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8074744>

1 - Brasil. 2 - Estudos de Caso. 3 - Psicologia. 4 - Psicologia Social.
I - Título. II - Lemos, Flávia Cristina Silveira. III - Psicologia. IV - Série

CDD-150

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	11
CAPÍTULO 1 Oficinas Terapêuticas no CAPSi: Uma Reflexão Sobre o Louco e o Imaginário Social	15
CAPÍTULO 2 Entre Redes e Nós: Análise da Oferta e Acesso no Campo da Saúde Mental em dois Municípios do Marajó	47
CAPÍTULO 3 O Planejamento Estratégico Situacional na Gestão do Caps: Fomentando a Participação Social e o Protagonismo do Usuário	65
CAPÍTULO 4 O Estudo de Caso nas Pesquisas Qualitativas: Relevância, o Como e Para Que?	91

SUMÁRIO

CAPÍTULO 5 |

Plantão de Escuta e Acolhimento Psicológico: Relato de Experiência de Estágio em uma Escola Pública da Rede Federal de Ensino no Município de Belém-PA	117
--	-----

CAPÍTULO 6 |

O Itinerário Terapêutico de Mães em Sofrimento Psíquico: Narrativas que Guiam o Cuidado	135
--	-----

CAPÍTULO 7 |

Experiências em Saúde Mental e Coletiva como Dispositivo de Cuidado Psicossocial na Educação Popular	167
---	-----

CAPÍTULO 8 |

Caracterização do Perfil dos Agressores de Femicídio a Partir da Análise de Casos Ocorridos no Município de Ananindeua – Pará 2016 a 2019	183
--	-----

CAPÍTULO 9 |

Cohpê Mor XY: O Número de Suicídios Entre os Povos Indígenas Maranhenses	219
---	-----

SUMÁRIO

CAPÍTULO 10 Escuta Clínica das Vivências de Prazer – Sofrimento na Organização do Trabalho de Policiais Militares	237
---	-----

CAPÍTULO 11 Nem Desejos Nem Imposições Sociais: O Não Lugar do Depressivo	267
--	-----

CAPÍTULO 12 Os Processos de Luto Durante a Pandemia da Covid-19: As Repercussões Psicológicas a partir das Vivências de Mortes Simbólicas	293
---	-----

CAPÍTULO 13 Vida e Morte na Obra de Carl Rogers	319
--	-----

SOBRE OS AUTORES	339
------------------	-----

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A construção do estado da arte em qualquer campo epistêmico passa por diferentes trajetórias institucionais teórico-metodológicas e de poder, as quais demonstram a importância de se apreender o que é produzido, como se produz e quem produz, razão pela qual este livro oportuniza uma coletiva contribuição ao pensamento da Psicologia a partir das macrorregiões Norte de Centro-Oeste do Brasil.

Neste contexto, o objetivo da presente obra é apresentar uma visão panorâmica sobre o campo epistêmico (científico e profissional) da Psicologia, por meio de uma agenda de estudos que focaliza a riqueza de experiências empíricas e de conhecimentos existentes nas macrorregiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, preenchendo assim uma lacuna existente na história do pensamento da Psicologia no país.

O título deste livro, “Psicologia: Olhares Temáticos”, manifesta uma rica oportunidade para apreender a pluralidade teórica e empírica deste campo epistêmico em sua concretude, corroborando para o avanço das fronteiras científicas com base em reflexões e análise que partem do estado da arte, ilustrando os distintos ramos da Psicologia a partir de diferentes abordagens e paradigmas científicos.

Esta obra contempla a capacidade de despertar e agregar cinquenta e quatro pesquisadores e pesquisadoras por meio de um trabalho coletivo desenvolvido a várias mãos em uma rede de distintas instituições públicas e privadas de Ensino Superior, findando promover um olhar de reflexão multitemático sobre o campo epistêmico da Psicologia em construção na periodização contemporânea.

Estruturado em treze capítulos, o livro materializa uma coletânea de estudos que compartilha relevantes discussões e experiências de estudos de caso por meio de uma didática abordagem que apresenta uma transversal visualização hibridizada por teoria e empiria, sem perder a tessitura de uma linguagem acessível para um amplo público como pedra de toque para ilustrar o campo da Psicologia.

Recomendada para um conjunto diversificado de leitores, esta obra apresenta a realidade do campo epistêmico da Psicologia por meio de capítulos redigidos por meio de uma didática e fluída linguagem que valoriza a troca de experiências e o rigor teórico-metodológico-conceitual, tanto para um público leigo não afeito a tecnicismos, quanto para um público especializado de acadêmicos e profissionais.

Em nome de todos as pesquisadoras e pesquisadores envolvidos neste livro, comprometidos com o desenvolvimento científico dos estudos sobre Psicologia, convidamos você leitor(a) para explorar conosco, este rico campo epistêmico, pois urge a necessidade de avançarmos com análises mais abertas ao debate e à pluralidade teórico-metodológica, corroborando assim para a produção de novas informações e conhecimentos.

Ótima leitura!

Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos

Dr. Elói Martins Senhoras

(organizadores)

CAPÍTULO 1

Oficinas Terapêuticas no CAPSi:

Uma Reflexão Sobre o Louco e o Imaginário Social

OFICINAS TERAPÊUTICAS NO CAPSi: UMA REFLEXÃO SOBRE O LOUCO E O IMAGINÁRIO SOCIAL

Débora Amaral D'Paula

Ricardo Monteiro Guedes de Almeida

Jamile Luz Morais Monteiro

Como apresenta Couto, Duarte e Delgado (2008), conforme a deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, os CAPSi têm como parâmetro populacional uma base normativa de 200.000 (duzentos mil) habitantes ou mais.

Em sua composição multiprofissional, no mínimo deve conter,

um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 393).

Os quais devem desenvolver diversas atividades terapêuticas, como também ações que visem o conhecimento das demandas a que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes no seu território de abrangência.

Ao modo em que novas modalidades de assistência em saúde mental foram sendo inseridas, a partir do movimento da reforma

psiquiátrica no Brasil, foram conferidas um novo enfoque ao uso de atividades no campo da saúde mental que, por conseguinte, como cita Guerra (2004), “apresentam o ideal de ressocialização, de reintegração do portador de transtornos mentais a uma rede comum de significados cotidianos, partilhados socialmente” (GUERRA, 2004, p. 38).

Nessa direção, a introdução de uma finalidade político-social nas atividades, impulsionadas pelo movimento da reforma, implicou não somente um novo conceito de clínica, mas também a inserção da loucura no âmbito cultural e social, transformando a noção de reabilitação psicossocial.

Guerra (2004) aponta que ainda que o uso de atividades e oficinas tenham reaparecido como um instrumento valioso no tratamento e na reabilitação psicossocial, ressalta que o uso da atividade e do trabalho nem sempre foi um recurso terapêutico e tampouco teve seu nascimento no território psiquiátrico.

A este respeito, o uso de atividades e do trabalho, anteriormente, esteve atrelada a loucura como principal finalidade de ordem social, característica do século XVII, em que a ociosidade era duramente condenada. O imperativo ao trabalho nas instituições asilares e de internamento tinha por finalidade conter a ociosidade, não só para loucos, mas para todos aqueles que desviavam da ordem da razão, da economia e da moral estabelecida na sociedade.

Sua introdução na “ciência” psiquiátrica como tratamento da loucura se deu posterior a Pinel, momento em que a loucura fora associada a ideia de patologia e a terapêutica da loucura apropriada ao saber psiquiátrico.

Podemos destacar, conforme Guerra (2004), que “se a loucura era a desrazão [...] a atividade – ou trabalho mecânico – aparecia como mais um recurso terapêutico da correção do desvio moral, estando submetido à autoridade médica” (p. 28). Por assim

dizer, o trabalho tinha por objetivo ocupar a ociosidade, a manutenção das instituições asilares e manicômios, além de garantir a ordem social.

Em suma, ao modo em que a “psiquiatria reformada” começa a ser debatida e difundida no cenário mundial, a ineficaz prescrição do trabalho e da atividade para fim de reabilitação começa a ser transformada, formalizando, por fim, o campo de prática e saberes da terapia ocupacional.

O debate teórico e prático dados, principalmente pelo movimento antimanicomial da reforma psiquiátrica italiana, contribuiu para o questionamento da noção de “atividade” e “terapêutica” estabelecida até então. Em síntese, é possível dizer que a ideia de “reabilitação” teve sua transformação teórica e prática com maior consistência a partir de Nise de Silveira.

Seu trabalho produziu contribuições críticas à hegemonia organicista da psiquiatria, assim como uma transformação na finalidade da atividade e do trabalho. Portanto:

valorizando a atividade como recurso terapêutico e denunciando os desvios em sua utilização – como a exploração da mão-de-obra gratuita-, destacou o respeito à produção subjetiva do ‘louco’ e suas manifestações, em detrimento do arsenal médico de orientação biológica que invadia a psiquiatria no período (GUERRA, 2004, p. 34).

As atividades deixam de ter um caráter obrigatório, essencialmente laboral de cunho produtivo, para possuir uma gama diversa capaz de incorporar não somente a promoção de saúde mental, mas também a possibilidade de inserção no campo das relações sociais e econômicas, conferindo também um enfoque à

singularidade. Desse modo, as atividades passaram a envolver atividades culturais, atividades expressivas, e atividades características do trabalho. As atividades expressivas trazidas por Nise propiciaram, também, maior atenção à produção subjetiva do louco e suas manifestações intra-psíquicas.

Com efeito, o trabalho sobre a terapêutica ocupacional, introduzida por Nise de Silveira, exerceu fundamental influência para o que hoje chamamos de “oficinas terapêuticas”, instauradas como recurso terapêutico substitutivo ao modelo manicomial, como uma nova modalidade assistencial não restrita aos médicos e psicólogos.

As “oficinas terapêuticas” passaram a representar a possibilidade de um resgate da cidadania e da linguagem do louco, especialmente no que se refere à introdução da loucura não apenas na cultura, mas na comunidade – partindo da perspectiva de territorialização proposta como princípio do SUS – em que reside o usuário.

Nessa lógica, pode-se assim dizer que o uso da atividade não restrita ao diagnóstico, mas como estratégia voltada para a reabilitação e reinserção psicossocial, confere também uma diferente circulação social e discursiva da loucura, contribuindo diretamente para a transformação do seu imaginário social (GUERRA, 2004).

Cada oficina é única e não pode ser operada sob uma mesma finalidade, seja pela produção material, pelo intercâmbio social ou pelo trabalho para que se obtenha alguma transformação subjetiva. Não há nela nenhuma norma ou exigência. As oficinas operam via “articulação da dimensão sociopolítica com a dimensão da subjetividade” (GUERRA, 2004, p. 55).

Diante disto, pretende-se, neste trabalho, discutir o papel das oficinas terapêuticas expressivas no CAPSi questionando em que medida elas podem se constituir como um instrumento de

desconstrução do imaginário social da loucura em crianças e adolescentes.

O imaginário social, ou seja, as imagens coletivas construídas com o intuito de dar sentido ao mundo, trata-se, conforme Michel Maffesoli (2001), de um imaginário real que, embora seja atravessado por um elemento racional, segue parâmetros como: “o onírico, o lúdico, a fantasia, o imaginativo, o afetivo, o não racional, o irracional, os sonhos, enfim, as construções mentais potencializadoras das chamadas práticas” (MAFFESOLI, 2001, p. 76-77).

Se tal imaginário social faz ou não justiça ao sujeito “louco”, não importa, pois este último ainda continua sendo determinado, negado e excluído com base nele, inclusive, no próprio campo da ciência moderna.

O tema do imaginário social da loucura na infância e na adolescência se mostra pouco explorado na literatura, principalmente em comparação com o tema do imaginário social da loucura entre os adultos. Esta é a razão pela qual o presente trabalho se volta para a infância e adolescência.

O imaginário social da loucura em crianças e adolescentes, historicamente construída, se alicerça na construção social do sujeito em sofrimento psíquico como “inapto” e, sob essa construção, está o crivo para a análise do comportamento.

Neste sentido, propõe-se refletir sobre o modelo assistencial em saúde mental considerando o objetivo do tratamento, que é a reinserção social, partindo do referencial da constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPb), bem como das novas práticas e intervenções de cuidado para promoção em saúde mental. Por fim, discute-se como as oficinas terapêuticas expressivas podem ser aliadas no que tange à transformação do imaginário social sobre a loucura.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E IMAGINÁRIO SOCIAL

É importante ressaltar que, ao nos referirmos à Reforma Psiquiátrica (RP), partimos do pressuposto que se trata de um conceito complexo e muito problematizado por parte da literatura crítica em Saúde Mental.

Nesse aspecto, indubitavelmente, não se pode negar que muitas questões e experiências propostas pela RP trouxeram transformações no modelo manicomial vigente até então, uma vez que se instituiu uma proposta de cuidado integral, ampliando e diversificando as práticas de saúde mental, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como proposta substitutiva às instituições manicomiais.

Contudo, ao trazermos o termo de “complexidade”, atentamos ao fato de que as reformas não se deram em sentido pleno, pois produziram também acomodações que ainda guardam resquícios da psiquiatria tradicional (AMARANTE; TORRE, 2017).

Apesar do CAPS basear-se, prioritariamente, na lógica antimanicomial proposta pela Reforma Psiquiátrica, é comum encontrar relações de saber-poder que, por sua vez, acabam por subordinar os “ditos loucos” incuráveis ao saber profissional, tal como a existência também de movimentos pró-institucionalizantes, como a crescente campanha de medicalização.

Ou seja, na contramão dos ideais da Reforma Psiquiátrica, são visíveis processos de patologização dos comportamentos, medicalização da vida e psiquiatrização social (AMARANTE; TORRE, 2017; COELHO, 2008).

Verificamos, logo de saída que a RP é, na verdade, um processo que passa por várias dimensões, sendo essas: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. O

âmbito teórico-conceitual se refere ao processo de saúde/doença-mental, medicalização, alienação, a ressignificação das noções e conceitos do campo psiquiátrico, atentando à possibilidade de (re)configurar os dispositivos, as estratégias de cuidado e a atenção em saúde mental (AMARANTE; TORRE, 2017).

Concomitantemente, a dimensão técnico-assistencial é referida por Amarante e Torre (2017 p. 765) como “um referencial que abre a perspectiva do acolhimento e da produção de novas identidades e subjetividades, construídas na relação com os territórios e os sujeitos e instituições que os habitam”.

A dimensão jurídico-política, vincula-se à possibilidade da construção da cidadania e inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico por meio de transformações nas instâncias jurídicas e políticas. Por fim, a dimensão sociocultural, diz respeito a um processo fundamental de transformação do imaginário social da loucura, bem como as relações entre loucura e sociedade (AMARANTE; TORRE, 2017; COELHO, 2008).

Em síntese, tais questões e dimensões trazem o entendimento de que a RP se dá além da luta contra a violência institucional, exclusão, opressão e extinção dos manicômios. Ampliam-se os horizontes atentando também ao reconhecimento, cidadania, emancipação dos sujeitos em sofrimento mental, destacando novas formas de se lidar com a loucura, reconhecendo seu protagonismo, sua subjetividade e sua capacidade de trocas sociais, trabalho e cultura (AMARANTE; TORRE, 2017).

Neste trabalho, debruçamo-nos na dimensão sociocultural, isto é, nas estratégias de intervenção, formação e criação de inclusão, visando a constituição de um campo que englobe experiências artísticas e culturais. Nessa perspectiva, a utilização de recursos artísticos e culturais no campo da Saúde Mental se refere a uma possibilidade de experiência do sujeito se expressar e se identificar

no lugar de alguém que possua capacidades, direitos e vivências, transpondo o diagnóstico psiquiátrico (PASSOS, 2003; AMARANTE; TORRE, 2017).

Não obstante, Amarante e Torre (2017, p. 766) destacam que “as experiências de arte-cultura no campo da Saúde Mental constituem hoje um universo de novas formas de relação com a loucura e com a diferença”. Ao serviço desse desígnio, uma das importantes iniciativas do campo da Saúde Mental foi a criação do projeto “Loucos pela Diversidade”, que se utiliza da cultura como instrumento de transformação social.

O projeto teve seu marco inicial através da “Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situação de Risco Social”, e teve como referência a “Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais – Unesco”.

A oficina constitui, de modo geral, uma estratégia de incentivar a implementação de políticas públicas que estimulem a diversidade cultural brasileira no campo da Saúde Mental. É possível, a partir daí, presumir que a dimensão sociocultural tem sua importância na constituição de um novo cenário, rupturas e deslocamentos no que diz respeito à concepção de loucura – atrelada à incapacidade e perigo – e também romper tecnicismos.

Dito de outra maneira, entende-se que a cultura e a arte podem ser instrumentos de transformação do lugar social da loucura, particularmente se olharmos sem os óculos que se restringem à reabilitação e à terapia. Assim sendo, o sujeito “louco”, anteriormente excluído do acesso a políticas públicas e da cultura, “passam a ser protagonistas” (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 768).

Botti e Torrèzio (2014) entendem que falar em transformação do imaginário social implica na desconstrução de práticas violentas, historicamente localizadas, as quais posicionaram o dito “louco”

como aquele sujeito incapaz de construir relações sociais e simbólicas. Amarante e Torre (2017) afirmam que para compreender os complexos mecanismos de discriminação e preconceito, faz-se necessário analisar os contextos sociais, históricos e culturais.

Ademais, alertam que discutir sobre a cultura e o imaginário são de fundamental importância para analisar e “(re)pensar” práticas do senso comum, que se fazem presente no cotidiano. Diante disso, é evidente a importância de olhar para a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, de modo a refletir na produção de ações que visam transformar esse imaginário social, com a finalidade de modificar a relação estabelecida social e historicamente (BOTTI; TORRÉZIO, 2014).

Botti e Torrêzio (2014) chamam a atenção para a inclusão social da loucura ao analisarem o “Festival da Loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica”. O Festival da Loucura, realizado em Barbacena, pela Prefeitura Municipal, tem a colaboração do Governo de Minas Gerais e do Ministério da Saúde.

O Festival é empreendido na articulação entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Trata-se de um festival que possui como foco a inclusão social e transformação do que anteriormente era ridicularizado e estigmatizado, abarca uma diversidade de programações, desde filmes, exposições de fotografia e arte, shows musicais, teatro, gastronomia, atividades cômicas, dentre outras.

Essas atividades dão visibilidade ao tema da loucura, possibilitando a discussão do seu estigma na sociedade, logo, “celebra a vida através da arte e da coexistência pacífica das diferenças, faz valer a cidadania plena para todos através da união entre cultura e olhar científico sobre a loucura.” (BOTTI; TORRÉZIO, 2014, p. 215).

O festival visa transformar e desmistificar o que foi historicamente construído em torno da loucura, tal como diminuir o preconceito contra os “ditos loucos”, chamando a sociedade para o debate da Saúde Mental, mostrando que a loucura não se faz antagônica à convivência social. Proporciona a expressão e ressignificação de vida e dos estigmas ao entorno da loucura (BOTTI; LORENZO, 2014).

No que tange ao conceito de imaginário, Maffesoli, em sua entrevista para a revista “Flamincos”, em 2001, distingue este conceito em relação à cultura. Segundo o autor, faz-se necessário entender que há no imaginário uma definição mais ampla que abarca a cultura. Em resumo, o imaginário faz parte da cultura, entretanto, não é cultura, e nele “permanece uma dimensão ambiental, uma matriz, uma atmosfera” (MAFFESOLI, 2001, p. 75).

O imaginário assim, seria também uma força social de ordem espiritual, uma aura, a qual se envolve na obra, não podendo vê-la, mas senti-la, carregada de significados. A propósito, o autor ainda pontua que não se trata de algo racional, é algo imponderável, que ultrapassa o indivíduo e que também toca o coletivo.

O imaginário determina a existência de um conjunto de imagens, como afirma: “o imaginário, para bem ou mal, não é apenas um fator de construção ou de fixação de algo. O imaginário é uma sensibilidade, não uma instituição” (MAFFESOLI, 2001, p. 80). Para Silveira e Reinaldo (2016, p. 503):

Se o imaginário social diz respeito ao coletivo, as peças individuais que o constroem se aproximam, ligam-se: o imaginário é cimento social. Assim, permeado por afeto, por aspectos racionais e irracionais, o imaginário origina uma imagem, que fundamentará as práticas. Por exemplo, o imaginário social de um louco faz o louco ser o que é. Pior, por

sua elaboração histórica, cria e mantém a imagem segregadora da loucura e corrobora com as práticas institucionais. O louco torna-se inapto. O imaginativo torna-se real (SILVEIRA; REINALDO, 2016, p. 503).

Ora, se o imaginativo cria o real, é urgente a transformação desse imaginário em torno da loucura. Segundo Lima (2014), é preciso,

[...] realocar ou rever, enquanto universo simbólico, o lugar da pessoa em sofrimento psíquico no espaço social. São novas formas e maneiras de leitura (e cuidado) sobre a pessoa com transtorno mental e sua inserção social (p. 36).

Quando atentarmos ao fato de que a loucura e a doença mental é integrada em uma dimensão simbólica e sociocultural, como um “lugar social”, podemos mudar as práticas de cuidado, questionando as já existentes, seja no imaginário, seja no campo científico e biomédico.

Nosso argumento é que as oficinas terapêuticas expressivas podem ser um instrumento crucial de transformação desse imaginário, no sentido de (re)pensar essas práticas nos espaços substitutivos, em saúde mental, a partir do paradigma do modelo antimanicomial proposto pela RPb.

As oficinas expressivas, quando relacionadas a arte e a cultura, caracterizam-se como instrumentos de subversão à lógica manicomial, sendo potenciais transformadoras do imaginário social sobre a loucura quando se trata de crianças e adolescentes.

OFICINAS TERAPÊUTICAS: UM INSTRUMENTO POLÍTICO E TRANSFORMADOR NO CAPSi

Para falar das oficinas terapêuticas, faz-se necessário, primeiramente, revisitar os aspectos referentes às características e princípios do CAPS. Esse debate será norteador para adentrarmos na discussão sobre a prática das oficinas terapêuticas no CAPSi.

De acordo com Guerra (2016), os novos aparelhos e redes assistência no campo da saúde mental (centros de saúde, centros de convivência, centros de referência em saúde mental, centro atenção psicossocial e outros), atravessados pela lógica antimanicomial como uma alternativa ao modelo asilar, propuseram dispositivos que criassem um espaço de socialização no trabalho com a loucura.

Os CAPS, uma vez se colocando como uma força motriz do processo de reforma psiquiátrica, devem contar com ambiente adequado e estruturado para ser capaz de oferecer atendimento às suas demandas específicas, ou seja, devem conter: consultórios para atividades terapêuticas individuais e grupais, espaços de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para possibilidade de realização de oficinas, esportes e recreação (BRASIL, 2004).

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com

transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Ao seguir o pressuposto de dar ênfase à particularidade de cada caso, tal como, o respeito e a consideração da subjetividade do dito “louco” e, não obstante, pensando também, por práticas integrativas que englobam a família e a comunidade, o CAPS oferece diversos tipos de atividades terapêuticas.

O serviço disponibiliza atendimentos individuais, em grupo, para a família, comunitários, assembleia ou reuniões de organização do serviço. Dentre as atividades citadas, as oficinas reapareceram como método de intervenção para reabilitação psicossocial e tratamento clínico da loucura.

Atualmente, são uma das principais formas de tratamento disponibilizado nos CAPS, sendo adotadas como método de atendimento pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, e ainda mais disseminadas após a cartilha “Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial”, elaborada pelo Ministério da Saúde, em 2004 (VALLADARES *et al.*, 2003; BRASIL, 2004).

Valladares *et al.* (2003) afirma que o termo “oficinas” tem sido frequentemente empregado nos espaços substitutivos de cuidado em saúde mental para se referir uma diversidade de atividades. Não obstante, as oficinas terapêuticas foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo a “diversificação de métodos e técnicas terapêuticas voltadas a portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 1991, p. 1), devendo ser oferecidas em serviços extra-hospitalares, por meio da Portaria

189, de novembro de 1991, sendo referidas como atividades grupais que promovem expressão, inserção social, tal como, socialização (BRASIL, 2004; GUERRA, 2004; EVERDOSA; MATOS, 2009).

De uma forma geral, as oficinas terapêuticas são definidas como atividades de distintas modalidades, podendo ser realizadas em grupo, sob orientação e presença de um ou mais profissionais, estagiários ou monitores.

Com relação aos tipos de atividades, estas podem ser definidas a partir das demandas, necessidades e interesses dos usuários, tal como, pela disponibilidade dos técnicos, atentando também ao desenvolvimento de habilidades, ou a realização de atividades produtivas, expressão de sentimentos, promoção de maior interação familiar, comunitária e social, visando um exercício coletivo da cidadania.

Conquanto, as oficinas também podem ser classificadas em: oficinas de alfabetização – consiste em contribuir com os usuários que não tiveram possibilidade de escolarização no exercício da leitura e da escrita, objetivando a (re)construção da cidadania; oficinas geradoras de renda, que consiste no aprendizado de uma atividade específica como instrumento de geração de renda, atividade que pode ser distinta da profissão do usuário, ou não; e oficinas expressivas, que consiste na construção de espaços de expressão corporal, musical, verbal e/ou plástica (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas podem promover a reaquisição das competências para realização das atividades de vida diária e prática que são perdidas ao longo do processo de adoecimento mental, favorecendo a relação do usuário consigo e com os outros. As habilidades sociais podem ser reaprendidas. As dificuldades que os sujeitos portadores de transtorno mental encontram no lidar

do cotidiano podem ser cumulativas e ele se enclausurar, precarizando cada vez mais o seu relacionamento na família e comunidade (SILVA; FIRMINO, 2010, p. 8).

Naquilo que concerne às atividades e oficinas terapêuticas desenvolvidas nos CAPSi delineadas para a promoção de saúde infantojuvenil, podemos exemplificar a oficina de confecção de bonecos(as) que se colocou como tática de construção de singularidades, trazidas por Camargo *et al.* (2011).

A atividade visou possibilitar integração dos pacientes em saúde mental, familiares, a comunidade e funcionários, trazendo também questões referentes à constituição corporal e autopercepção, baseados nos conceitos teóricos da psicanálise winnicottiana e princípios da arteterapia. Sobre sua elaboração, esta contou com a participação de doze pessoas (incluindo familiares, funcionários, adolescentes, e pacientes do CAPS), que participaram desde o planejamento até a confecção de bonecos(as), além do brincar.

A oficina de confecção de bonecos guarda em seu cerne a construção de um “espaço potencial, no qual o mundo interno e o mundo externo se entrelaçariam, propiciando o fortalecimento dos vínculos e do florescimento da criatividade” (CAMARGO *et al.*, 2011, p. 104).

Por não terem sido atribuídas regras e normas, a potência criadora e espontânea de cada sujeito emergiu de forma singular, possibilitando que os integrantes falassem de si por meio dos bonecos, agenciando uma atividade integradora entre família, comunidade, funcionários e pacientes de modo a desestigmatizar o serviço, trazendo um outro olhar para a saúde mental para além do caráter patológico (CAMARGO *et al.*, 2011).

Dilger, Stela e Tschiedel (2014) trazem um relato de experiência referente a elaboração de uma oficina de horta elaborada no CAPSi “Casa Harmonia”, em Porto Alegre, realizadas para além do espaço físico institucional, “onde o chão infértil foi transformado em canteiros produtivos” (DILGER; STELA; TSCHIEDEL, 2014, p. 2).

Além do caráter integrativo das atividades por meio do trabalho cooperativo no cultivo e colheita, a Oficina propiciou o reconhecimento do trabalho efetuado pelos usuários do serviço, uma vez que os produtos utilizados foram da cozinha do CAPSi, resultando, no final das atividades, em um lanche conjunto.

Na mesma direção, Costa *et al.* (2013) relatam uma intervenção realizada no CAPSi, em uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul, que consistia na realização de uma Oficina terapêutica de contos infantis, sob suporte teórico-metodológico psicanalítico. A atividade consistiu na construção de um espaço terapêutico de escuta, utilizando o lúdico e o simbólico como um suporte para que crianças em sofrimento psíquico pudessem entrar em contato com a sua realidade psíquica.

Nos resultados obtidos, os autores pontuam que foi possível observar avanços quanto à possibilidade de socialização das crianças, principalmente na interação das crianças entre si e também com as funcionárias do serviço. Da maneira semelhante, a Oficina possibilitou o desenvolvimento e favorecimento de trocas e produções em grupo.

Com a colaboração da clínica da psicose sob viés psicanalítico, foi possível construir novas estratégias de intervenção que englobasse também a criação de um espaço de escuta e da circulação da palavra, a qual se alinha com os princípios da Reforma Psiquiátrica para a transformação do imaginário social da loucura, subvertendo o modelo manicomial.

O relançamento das fantasias no espaço grupal proporcionou a criação de novos sentidos e a possibilidade de narrar de outro modo sua singularidade e sua infância. Cada criança responsabilizou-se por sua verdade, propiciada pelos laços transferenciais e produzindo um lugar desejante (COSTA *et al.*, 2013, p. 247).

Se considerarmos as Oficinas como um instrumento de estreitamento das relações entre o sujeito, família e as equipes dos CAPSi's, em seu dado fator socializante, outro exemplo centra-se na Oficina terapêutica sobre higiene e saúde mental direcionada tanto para pacientes do CAPSi, quanto para os familiares. Aguiar JR, Oliveira e Araújo (2015) afirmam que:

As oficinas proporcionaram um estreitamento das relações entre equipe e família, pois procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica. Nos serviços de saúde atuais, a ênfase na particularidade de cada caso, o trabalho multiprofissional, a escuta e o respeito ao portador de transtorno mental e a criação de novas estratégias de intervenção no campo social e clínico possibilitaram o retorno da atividade como recurso importante no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial (AGUIAR; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2014, p. 2585).

A reflexão dos autores quanto a realização da atividade se deu no que tange a transformação de um espaço, primordialmente focados em questões referentes à medicalização, sintomatologia e quadros nosográficos e, posteriormente, reconhecendo o usuário e a família como sujeitos ativos, favorecendo não apenas o acolhimento entre trabalhador/usuário, mas também a participação do público – aqui se refere ao infantojuvenil e família – no seu processo de saúde, autonomia, considerando a individualidade de cada sujeito, em seus

determinados contextos familiares e culturais (AGUIAR; OLIVEIRA; ARAUJO, 2014).

Já no CAPS infantil de São Paulo, foi realizada uma Oficina de rádio em parceria com a Rede de Enfrentamento Contra a Violência e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes da Capela do Socorro e Parelheiros, com a finalidade de trabalhar questões referentes à sexualidade, tal como autonomia, redução de danos e o protagonismo dos adolescentes.

Quanto aos resultados obtidos com a atividade, os autores relatam que os adolescentes puderam adquirir o reconhecimento de suas potencialidades e a criação de outras novas, a partir de um trabalho em conjunto que possibilitou trocas, através da narrativa de cada participante sobre suas singularidades. Souza *et al.* (2016), ao se referirem sobre os processos emancipatórios, destacam que,

[...] é preciso pensar na voz que é produzida pelos usuários. Deve-se levar em consideração como essa voz opera sócio-culturalmente, de qual território fala, para quem ela comunica (e se comunica) e como ela se coloca para o mundo (SOUZA *et al.*, 2016, p. 86).

Em outras palavras, podemos destacar que a oficina representa uma importância ímpar no que tange a produção de novas linguagens, valendo-se do recurso da arte para a expressão. É válido ressaltar que a oficina não se baseou em expectativas e/ou pretensões para fins normatizadores, mas como um instrumento de “dar lugar à voz” (SOUZA *et al.*, 2016, p. 83), promover a inclusão social, surpreendendo com o potencial de reabilitação psicossocial oferecido pela atividade.

Os autores destacam ainda que o uso do dispositivo da rádio foi uma aposta na direção de atender à garantia da cidadania como

“o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (SOUZA, *et al.*, 2016, p. 84-85).

No que tange à construção de novos espaços e significados através de atividades e oficinas terapêuticas para o público infantojuvenil, podemos também destacar a Oficina de corpo e movimento com adolescentes, no CAPSi de Florianópolis, enquanto estratégia de reabilitação psicossocial (NICOLAZZI, 2020). Através da Oficina, foi identificado que o trabalho corporal, a dança e os movimentos como recursos mediadores proporcionou a expressão de sentimentos e pensamentos não comunicados outrora, oportunizando recriar e (re)significar vivências.

A arte e o corpo constituem-se como poderosos meios de expressão (mobilizadores de afetos, de singularidades e historicidades). Nesse sentido, o contexto da Oficina pode também ser compreendida como uma chance para construir relações e trocas afetivas para consigo mesmo e com o outro.

Verifica-se também que a realização da Oficina fora do CAPSi, cujo caráter traz uma estratégia (des)institucionalizante, favorece a interação social dos adolescentes com seu contexto social, cultural e político, em relação à autonomia e exercício de sua cidadania, contribuindo assim, para a construção de um lugar para a loucura distinto do isolamento, ou seja, um lugar de reabilitação psicossocial (NICOLAZZI, 2020).

Partindo da noção de reabilitação psicossocial, ou seja, de restituição da subjetividade do sujeito e a sua relação com a sociedade e as instituições sociais, Valladares *et al.* (2003) traz um importante questionamento interrogando qual a diferença existente entre as Oficinas terapêuticas e o tratamento moral apresentado por Foucault (1978) em “A História da Loucura na Idade Clássica”, antecessoras do último século.

O autor observa que o próprio conceito de Oficina, ao longo do tempo, passou por diversas modificações. Atenta ao fato de que a utilização do campo artístico também passou por modificações. Os princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir do pressuposto da reabilitação e reinserção psicossocial, enquadraram um outro contexto.

Em certo sentido, as atividades, antes da Reforma, eram atravessadas pelo poder-saber médico moralizante, o que contribuía para a estigmatização e segregação da loucura. As atividades e estratégias terapêuticas se davam com uma ênfase na ocupação, carregando uma certa moralização (“o trabalho dignifica o homem”), ao passo que os recursos expressivos eram usados com o intuito de propiciar “cura por si”, extraindo o indivíduo de todo o contexto social e familiar (VALLADARES *et al.*, 2003).

Assim, podemos entender a importância dessa diferenciação entre as “oficinas”, classificadas outrora, segundo Kyes e Hofling (1985 *apud* VALLADARES *et al.*, 2003) de “Terapia Ocupacional”, cujo principal objetivo era controle da ociosidade, no intuito de prescrever trabalho, manter o sujeito ocupado. A “Terapia Recreativa” teria como objetivo a expressão da loucura do paciente através de atividades em grupo, e por fim, a “Terapia Educacional” dizia respeito a uma reeducação social. Em contraposição:

As oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania a expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte. Essas referidas oficinas já apareceram ao longo do processo histórico da psiquiatria, mas tinham um objetivo diferenciado do referencial da reabilitação psicossocial. Atualmente vem se constituindo através de princípios específicos, ou seja, a partir da

reinserção das pessoas em sofrimento psíquico, mas respeitando a singularidade de cada instituição, de acordo com suas peculiaridades e regionalidades (VALLADARES *et al.*, 2003, p. 6-7).

Com base nessa citação, cabe sublinhar que o trabalho das oficinas e a experiência por ela proposta se faz positiva, tendo em vista sua função de intervenção no campo da cidadania, em relação à inclusão do sujeito entendido como ocioso e incapaz no campo do trabalho, artístico, e aos meios de comunicação.

Ao serviço desse desígnio, atuando no âmbito social e comunitário, faz-se possível a transformação da realidade no que diz respeito à loucura e à saúde mental (VALLADARES *et al.*, 2003; RAUTER, 2000). Ainda assim, de qualquer forma, nunca se pode esquecer da necessidade de atentar, por assim dizer, à possibilidade de reprodução da lógica do controle (paradigmáticos do modelo manicomial), mesmo nos espaços substitutivos em saúde mental.

Por este motivo, Valladares *et al.* (2003) reforçam a importância de “refletir criticamente sobre os objetivos que levam os profissionais a utilizarem as oficinas como espaços terapêuticos e não apenas reproduzir conceitos” (p. 8).

No que se refere às Oficinas terapêuticas expressivas, Pádua e Moraes (2010) destacam que o vínculo estabelecido entre o oficinairo e os demais participantes é de fundamental importância, pois possibilita a circulação da palavra, do compartilhamento de sentimentos e experiências.

Nesse tipo de Oficina, a comunicação não é imprescindivelmente verbal, sendo passível de serem expressadas singularmente através do campo da arte como forma de linguagem. As relações que são construídas nos espaços das Oficinas expressivas são atravessadas por múltiplas formas de linguagem,

seja visual, corporal ou auditiva. As autoras ainda pontuam que “através da potência criadora, produz-se um transbordamento por outras vias” (PÁDUA; MORAIS, 2010, p. 466)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), as Oficinas terapêuticas expressivas são espaços de expressão que abrangem a expressão corporal (danças, técnicas teatrais, ginásticas), expressão plástica (argila, desenho, pintura), musical, fotográficas, verbais (contos, leitura, poesias, redação de textos, letras de música), dentre outras.

A arte inserida como atividade para crianças e adolescentes proporcionam um potencial criativo que não se basta à saúde mental, mas também na conquista de espaços e inserção social e, além disso, na relação com o próprio corpo.

Em outras palavras, a Oficina expressiva possibilita a “abertura para aspectos subjetivos e de resiliência ao sofrimento, como na ampliação de conhecimento de mundo e aprendizado escolar” (D’URSO; JURDI, 2022, p. 1192). Silva (2016) ressalta que:

[...] os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico no tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar atividades emancipatórias, favorecer melhoras na qualidade de vida do atendido, vendo-o como um ser integral, com participação e inclusão em sua comunidade partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (SILVA, 2016, p. 12-13).

Se a arte se dá como um importante instrumento de oposição à hegemonização dos sujeitos e, além do mais, como uma via de produção e inclusão de subjetividades, as Oficinas expressivas constituem-se como ferramenta de resistência ao modelo terapêutico normatizador que dita a sociedade capitalista.

A Oficina expressiva, ao possibilitar a relação dos usuários de saúde mental com outros indivíduos que se interessam pela arte, faz com que a loucura colocada como incompreensível se faça possível. A aposta é que as atividades propiciem um transbordamento do âmbito institucional, fomentando um transitar e usufruir do patrimônio artístico-cultural, democratizando espaços onde é possível sair do lugar de impotência e passividade e buscar posições ativas, de protagonismo e de produção cultural” (PÁDUA; MORAIS, 2010, p. 472).

Dessarte, “com as oficinas, é possível que a sociedade atente para os trabalhos daqueles que possuem transtornos mentais, valorize-os e perceba que é plenamente possível o convívio com a diferença” (PÁDUA; MORAIS, 2010, p. 473).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre o cuidado infantojuvenil no Brasil é uma tarefa que convoca uma compreensão e análise dos processos históricos que atravessam a sociedade, os discursos, práticas e transformações no campo da saúde mental que produzem um imaginário sobre o que se entende sobre a “loucura” e patologia infantojuvenil, tendo em vista que “a história se constitui em um campo de forças no qual determinadas práticas são hegemônicas, assumindo o estatuto de verdades incontestáveis” (CERVO; SILVA, 2014, p. 445).

Mediante o exposto, concluímos, a partir do que Costa *et al.* (2013) pontua, que a oficina e o que ela se propõe a produzir no campo expressivo, importa por seu valor e função simbólica. Entendemos que as marcas da construção social sobre a loucura se alicerçam e se mantêm através de práticas institucionais.

O imaginário social sobre a loucura (segregado e inapto) estão presentes no cotidiano e na vida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e da mesma forma, “esse imaginário atuante impera nos familiares, que percebem o portador de transtorno mental como incapaz e permanentemente em crise” (SILVEIRA; REINALDO, 2016, p. 510).

As oficinas terapêuticas expressivas pensadas para o campo do CAPSi, quando propostas no dever ético do trabalhador em saúde mental – tal como pontua Guerra (2016) – representa o enlace, entre a subjetividade e a cidadania, como também uma articulação entre a dimensão sociopolítica e a dimensão da subjetividade.

Quando se fomenta a via da autonomia, do protagonismo, da produção cultural e do laço social, isso provoca uma ruptura do estigma do pequeno “louco”. A arte, a cultura e a saúde não são pensadas apenas como forma e instrumento de expressão, mas também de possibilidade, de desinstitucionalização, de devir, de inclusão no campo da cidadania e o social restituído do seu valor como sujeito, em resumo,

[...] é fomentar um compartilhar com seus semelhantes de uma história comum e, a partir desse encontro, criar uma marca singular para si e para o outro” (VASCONCELLOS, 1998, p. 51-52; PÁDUA; MORAIS, 2010; SILVEIRA; REINALDO, 2016).

Por conseguinte, podemos afirmar que para atrelar as oficinas terapêuticas e atividades no CAPSi conforme os objetivos da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário entender as oficinas em uma perspectiva de expansão, trocas, criação e produção, para além do isolamento institucional (PINTO, 2011).

As contribuições advindas do modelo substitutivo em saúde mental não devem se restringir às instituições, mas sim, para além delas, viabilizando a desinstitucionalização da loucura. A autora, de tal maneira, discorre que “as atividades e trabalhos propostos devem apontar para fora da instituição” (PINTO, 2011, p. 47), que em suma, faz-se esperar que o potencial transformador do imaginário social sobre a loucura se dê em medida que se faz circular, no se relacionar consigo e com o outro.

Em suma, conclui-se que transformar o imaginário social sobre a loucura também implica problematizar não apenas os discursos institucionais – ainda vigentes nos dispositivos de saúde mental –, mas também restituir o que Saraceno (1999) pontua como “contratualidade” para com a sociedade.

O papel das oficinas terapêuticas se dá na possibilidade de potencializar a construção e a troca de recursos, não vislumbrando ocupar o ócio do dito “louco” entendido como incapaz, não organizando-o e adequando-o segundo o exigido pelo que se entende por “normal” cristalizado no campo dos discursos, mas estimulando, problematizando e fazendo o movimento de circular trocas sociais, novas produções e arranjos subjetivos.

Em outras palavras, Rangel (2006, p. 59) pontua o potencial das oficinas terapêuticas está em “[...] interligar o trabalho, a criação, a produção estética e cultural, e o lazer no tecido social, permitindo o convívio com a diferença que marca inegavelmente a experiência solitária do adoecer psíquico”.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JR, V. S.; OLIVEIRA, A. M.; ARAÚJO, L. C. A. “Higiene e saúde mental: o cuidado com o corpo na intervenção clínica de um CAPSI”. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, n. 2, 2015.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 21, 2017.

BOTTI, N. C. L.; TORRÉZIO, M. C. S. “Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica”. **Psicologia e Sociedade**, vol. 26, 2014.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CAMARGO, V. *et al.* “Costurando saúde: possibilidades de integração por meio da confecção de bonecos (as) de pano em um CAPS infantil”. **Psicologia Argumento**, vol. 29, n. 64, 2011.

CERVO, M. R.; SILVA, R. A. N. “Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI”. **Revista Subjetividades**, vol. 14, n. 3, 2014.

COELHO, M. “A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e a Companhia Experimental Mu... dança”. **Saúde em Debate**, vol. 32, n. 78, 2008.

COSTA, A. M. *et al.* “Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: Relato de uma experiência”. **Barbarói**, n. 38, 2013.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. “A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios”. **Brazilian Journal of Psychiatry**, vol. 30, n. 4, 2008.

DILGER, F. S.; STELLA, N. R.; TSCHIEDEL, R. G. “Relato de Experiência: a Inserção do Monitor do PET Redes nas Oficinas Terapêuticas do CAPS i Casa Harmonia”. **Anais do X Salão de Ensino**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

D'URSO, L. A.; JURDI, A. P. S. “Loucos por Ler: Oficinas Expressivas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 22, n. 3, 2022.

EVEDOSA, A. C.; MATOS, M. L. “De poeta e louco todo mundo tem um pouco-oficina de poesia”. **Revista do NUFEN**, vol. 1, n. 2, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GUERRA, A. M. C. “Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática”. *In*: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2016.

LIMA, A. C. D.; JOHANN, R. L. V. O. “Arthur Bispo do Rosário: a arte enquanto linguagem da esquizofrenia”. **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 7, 2015.

MAFFESOLI, M. “O imaginário é uma realidade”. **Revista Famegos**, n. 15, 2001.

NICOLAZZI, F. C. **A oficina de corpo e movimento e os adolescentes do CAPSi** (Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde). Florianópolis: UFSC, 2020.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. L. S. “Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades”. **Psicologia USP**, vol. 21, 2010.

PASSOS, I. C. F. “Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 19, 2003.

PINTO, V. A. M. **Oficinas Terapêutica em saúde mental: um olhar na perspectiva dos usuários do CAPS** (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

RANGEL, F. C. **O manejo das oficinas terapêuticas em saúde mental** (Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, L. C. **Uma experiência de uso da leitura como mediação terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi)** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). São Paulo: PUC-SP, 2016.

SILVA, L.; FIRMINO, R. “Oficinas Terapêuticas no Processo de Reabilitação Psicossocial”. **Portal da UNIVALE** [2010]. Disponível em: <www.univale.br>. Acesso em: 23/-5/2023.

SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. “Relatos de coerção e manifestação do imaginário social da loucura por familiares e usuários da saúde mental no momento da internação”. **Investigación y Educación en Enfermería**, vol. 34, n. 3, 2016.

SOUZA, E. F. C. *et al.* “Quem é o dono da voz? Uma experiência radiofônica em um centro de atenção psicossocial infantil”. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 8, n. 18, 2016.

VALLADARES, A. C. A. *et al.* “Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais”. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 5, n. 1, 2003.

WINNICOTT, D. W. “Desenvolvimento emocional primitivo”. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000.

CAPÍTULO 2

*Entre Redes e Nós: Análise da Oferta e Acesso no
Campo da Saúde Mental em dois Municípios do Marajó*

ENTRE REDES E NÓS: ANÁLISE DA OFERTA E ACESSO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL EM DOIS MUNICÍPIOS DO MARAJÓ

Linda Carolina Fima de Miranda

Pedro Paulo Freire Piani

Apesar dos avanços das Políticas Públicas na área de Saúde Mental e atenção psicossocial, atualmente muitas pessoas ainda se encontram sem assistência, pois a oferta de equipamentos substitutivos encontra-se em número incipiente em relação à demanda e há várias dificuldades que impedem o acesso de forma significativa. Furtado (2006) ressalta que o número de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, 10,8% em relação à clientela total, encontra-se muito aquém da quantidade necessária para realizar acolhimento, considerando-o enquanto estratégia eficaz para a desinstitucionalização de pacientes internados há anos em hospitais psiquiátricos.

Nesse mesmo sentido, a despeito das novas diretrizes no modelo assistencial, alguns problemas persistem. Dentre estes destacam-se: dificuldades de acesso e baixos índices de ofertas de serviços, principalmente em algumas regiões do país, pois há uma concentração de serviços de atenção psicossocial nas cidades com maiores densidades populacionais e características urbanas (AMARANTE, 2010). Por outro lado, cidades localizadas em regiões distantes dos grandes centros e com características rurais ou de florestas, como é o caso da Região Amazônica, especificamente a ilha do Marajó, carecem de serviços básicos de saúde, especialmente relacionados aos cuidados com as pessoas em sofrimento mental ou psiquiátricas.

Contudo, as cidades com menor densidade populacional, vêm apresentando, nas últimas décadas, indícios epidemiológicos de problemas de saúde mental com demandas maiores. O sistema público de saúde no Brasil dispõe hoje de estratégias de cuidado em saúde mental que foram experimentadas em muitos lugares e serviços.

Para além do atendimento que desemboca na prescrição farmacológica de psicotrópicos, a saúde mental foi organizada em serviços e programas ora interconectados, ora isolados. Como exemplo, a política de saúde mental sobre álcool e outras drogas que percorreu um caminho com várias disputas e tensões referentes a abordagem para tratar usuários de drogas, oferecendo serviços de saúde e proteção, já que vários atores disputavam o protagonismo do cuidado na rede de saúde (PIANI; BRIGAGÃO; VICENTIM, 2018).

REDES DE APOIO E SUPORTE EM SAÚDE MENTAL

As redes de apoio e suporte em saúde mental permitem identificar múltiplas formas de compreensão e de atuação com as pessoas, grupos e populações que demandam permanentemente em saúde mental. Esta demanda é considerada como permanente em um território vivo, sendo mais ou menos visibilizada.

A cronicidade da demanda em saúde mental não deve ser vista como algo intransponível, mas como constituinte da pessoa e dos grupos, pois o que denominamos de sofrimento psíquico, causa principal das demandas, acompanha a existência dos seres humanos. As formas institucionais convivem com as formas produzidas pelos grupos e populações para lidar com seus problemas, muitos deles sendo de responsabilidade compartilhada com o Estado como é o da saúde mental. A sociedade produz instituições que são confrontadas

e transformadas por grupos e coletivos (PAULON; NEVES, 2013). Uma rede de saúde tem na sua constituição, profissionais que atuam conforme uma organização pré-estabelecida.

Uma rede é sempre humana no protagonismo da sua organização e produção de serviços. Diferente de alguém que pode atingir milhões de pessoas por meio de dispositivo, a rede de saúde mental tem uma complexidade que envolve pessoas em sua singularidade. Para Cecilio e Merhy (2003) o “sistema de saúde” é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses que não podem ser subsumidos à uma única racionalidade institucional ordenadora.

Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos. Como consequência desse funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade, pois esta necessita de um sistema em rede para existir.

ILHA DO MARAJÓ

Atualmente, a economia encontra-se estagnada, dado que não houve projetos de desenvolvimento que beneficiassem, de fato, as

bases produtivas da região. A agricultura de subsistência continua pois é uma das principais formas de reprodução das comunidades locais.

Os indicadores socioeconômicos e culturais do relatório do Projeto de Desenvolvimento Sustentável e Gestão Estratégica dos Territórios Rurais no Estado do Pará, da região da Ilha do Marajó, realizado entre 2010 e 2011, mostram que essa região foi historicamente abandonada pela ausência ou baixa capilaridade das políticas públicas, serviços de infraestrutura e de equipamentos coletivos de promoção e proteção social (BARBOSA *et al.*, 2013).

As cidades marajoaras apresentam uma configuração ainda pouco estudada na literatura, cidades que estão em processos de profundas transformações. É possível identificar em cidades rurais, por exemplo, os mais variados serviços e problemas de grandes metrópoles. Nas cidades urbanas, pessoas acometidas de transtorno mental ou os “loucos” como são chamados, a prática da exclusão de qualquer sociabilidade familiar é mais comum, então, os moradores passam a viver nas ruas como apontado em um estudo de Angela Maria Pagot (2012) sobre a cidade de Porto Alegre.

Em relação à infraestrutura e equipamentos de uso coletivo, a ausência ou insuficiência destes tem produzido problemas de ordens diversas, como fome; miséria, altos índices de malária em determinados municípios; abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes e precarização das relações de trabalho. Tal fato também pode ter relação com o isolamento geográfico em relação aos eixos rodoviários do estado, nos quais a concentração de renda e serviços desenvolveu-se historicamente nas áreas urbanas (CRUZ; BARBOSA, 2013).

Este cenário econômico e social da região tem importante relevância para o campo das pesquisas em saúde mental, considerando que pessoas e grupos estão sempre vivenciando modos

de subjetivação produzidos historicamente. Se o Marajó tem estruturas sociais características, quando estas transformam-se, pessoas e grupos são implicados nesta transformação. Padrões morais de uma sociedade tem determinações econômicas (FOUCAULT, 2020).

No campo da saúde mental é possível propor várias questões investigativas, por exemplo: como a população marajoara concebe e trabalha as questões relativas à saúde mental pensando a partir de um *tempo longo* como *exploração da história das idéias* (SPINK, 2010, p. 26); como o Estado, de forma específica, o setor saúde do poder público tratou a assistência psiquiátrica ou, mais recentemente, a saúde mental no Marajó; que serviços são ofertados e estão em funcionamento?

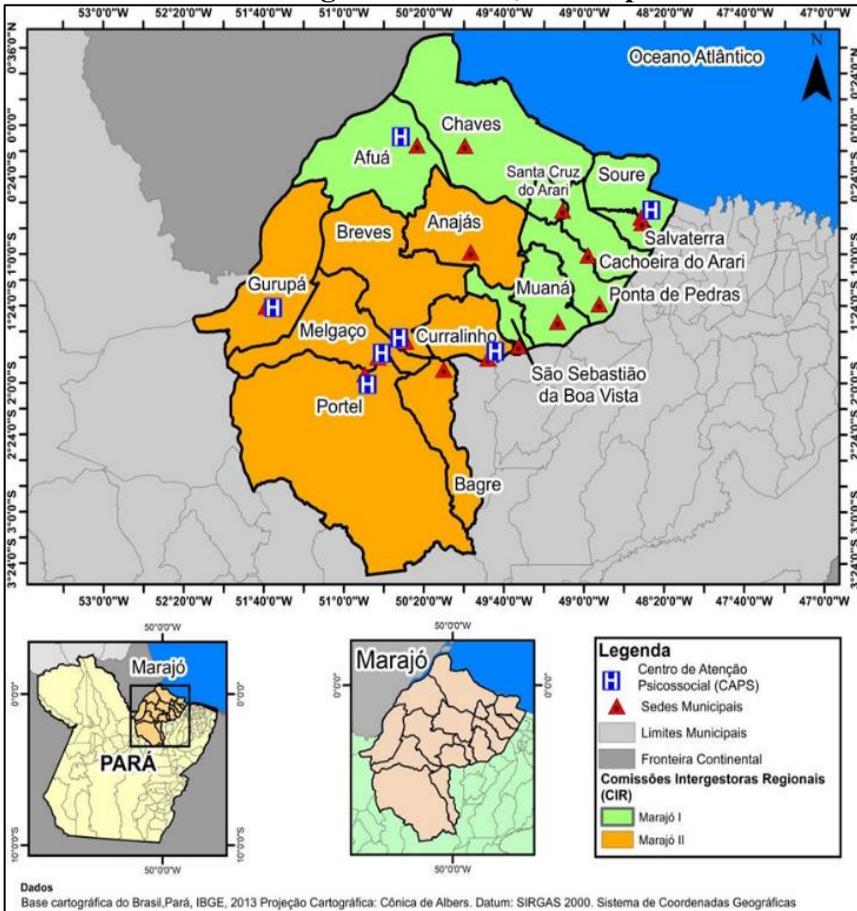
DESATANDO OS NÓS: O MARAJÓ E A SAÚDE MENTAL

Segundo um estudo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), constatou que o Pará apresenta oito municípios com IDH (Índice de desenvolvimento Humano) muito baixo. Dentre estes, seis estão situados na região do Marajó e encontram-se entre os menores do país, que são; Afuá, Anajás, Portel, Bagre, Chaves e Melgaço; sendo que o município de Melgaço apresenta o pior IDH do país (BARBOSA *et al.*, 2012). Além disso, Mesquita *et al.* (2021), ressaltam que o arquipélago apresenta 180 mil pessoas que vivem em extrema pobreza.

Conforme a divisão em regiões de saúde, correspondentes às Comissões Intergestoras Regionais (CIR) do DATASUS (BRASIL, 2021), a região do Marajó pode ser subdividida em: Marajó I e Marajó II (Mapa 1). Nesta pesquisa utilizou-se a unidade territorial *região de saúde* para disseminação das informações para a área

circunscrita a ser analisada. Na região de saúde Marajó I, que apresenta 244.027 habitantes distribuídos em nove cidades: Afuá, São Sebastião da Boa Vista, Soure, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra e Santa Cruz do Arari.

Mapa 1 - Arquipélago do Marajó mostrando suas regiões de saúde, municípios e CAPS



Fonte: Elaboração própria. Base de dados: IBGE (2013).

Em relação ao número de dispositivos substitutivos nesta região, segundo o DATASUS, há dois CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), localizados em Afuá e Soure. Na região de saúde Marajó II, que apresenta 320.172 habitantes distribuídos em sete cidades: Breves, Currálinho, Gurupá, Melgaço, Portel, Anajás e Bagre, há cinco CAPS, não constando o serviço em Anajás e Bagre (Tabela 1).

Tabela 1 - Índice de cobertura CAPS/100.000 habitantes

Região de saúde	Municípios	População Nº hab.	Nº de CAPS		Índice de cobertura
			Existente	Esperado	
Marajó I	Afuá	39.218	0	0,39	0
	São Sebastião da Boa Vista	26.640	0	0,27	0
	Cachoeira do Arari	23.767	0	0,24	0
	Chaves	23.717	0	0,24	0
	Muaná	40.349	0	0,4	0
	Ponta de Pedras	31.082	0	0,31	0
	Santa Cruz do Arari	10.128	0	0,1	0
	Soure	25.374	1	0,25	4
	Salvaterra	23.752	0	0,24	0
Total Marajó I		244.027	1	2,4	0,42
Marajó II	Breves	102.701	1	1,02	1,0
	Currálinho	34.448	1	0,34	2,9
	Gurupá	33.376	0	0,33	0
	Melgaço	27.654	1	0,28	3,6
	Portel	62.043	1	0,62	1,6
	Anajás	29.277	0	0,29	0
	Bagre	30.673	0	0,31	0
Total Marajó II		320.172	4	3,2	1,25
Total Marajó		564.199	5	5,6	0,89

Fonte: MS/SUS.

Nota: Insuficiente = < 0,90. Adequado = 0,90 a 1,20. Sobre ofertado = > 1,20.

Ao analisarmos o índice de cobertura de CAPS da mesorregião do Marajó (Tabela 1) em relação ao número total de habitantes, este apresenta-se insuficiente -0,89- (IBGE, 2021). Quanto a região de saúde Marajó I, o índice é insuficiente (0,42) sugerindo que esta parcela da população possui acesso limitado aos serviços de atenção em Saúde Mental. No entanto o Marajó II encontra-se sobre ofertado (1,25), sugerindo um alto nível de cobertura.

Tais números, isoladamente, não são suficientes para refletir a realidade ao acesso, as condições de funcionamento e a qualidade deles. Condições similares foram encontradas no Rio Grande do Sul por Gonçalves *et al.* (2010), onde o uso do índice global mostrou-se falacioso, deixando de representar as realidades regionais, sendo que municípios com excesso de cobertura podem abranger regiões em que o acesso é limitado.

Tal constatação fere o princípio da integralidade do SUS. Este, enquanto eixo prioritário da política de saúde, deveria ser um meio de acessar o sistema, através da garantia de direitos. Através das entrevistas com gestores observou-se que não há CAPS, na prática, em funcionamento nas cidades de Afuá e Gurupá, contradizendo os registros

Brabo, Pereira e Piani (2018) ao analisarem dados divulgados no primeiro Boletim Epidemiológico Nacional sobre o suicídio, pelo Ministério da Saúde, ressaltam que a presença de CAPS em um município configura-se como um fator de proteção ao risco de suicídio, podendo reduzir as mortes em até 14%.

Portanto, a oferta desse serviço é extremamente importante no sentido de garantir o acesso à rede saúde mental e atenção psicossocial. Bezerra Jr. (2007) confirma uma tendência à diminuição de oferta de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo que houve uma expansão da rede de

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao longo da última década, ao observar os indicadores de cobertura e sua evolução temporal.

As dificuldades ao acesso causam prejuízos significativos aos usuários dos serviços, frente ao panorama de baixa oferta de serviços e entraves ao acesso, como ocorre com a ilha do Marajó. Diferentemente da ilha em questão, o estado do Pará apresentou um aumento no nível de cobertura, de 0,48 CAPS/100 mil habitantes em 2006, para 1,06 CAPS/100 mil habitantes em 2015, conforme observado por (BRABO; PEREIRA; PIANI, 2018), porém, é importante compreender para além dos índices em relação à oferta, como está o acesso e o funcionamento destes.

Para Onocko-Campos e Furtado (2006) o encontro entre a saúde coletiva e saúde mental, até então um território pouco explorado, produz possibilidades de interface de grande relevância social. Tal agenciamento entre esses campos podem representar um grande avanço para ambos. Diante disso, é importante investigar como ocorrem os processos de produção de saúde frente à essas limitações.

Para Merhy (2004), há uma superioridade efetiva do CAPS em comparação com a psiquiatria clássica e os manicômios. Estes, enquanto equipamentos de saúde, são orientados para a produção de intervenções em saúde mental pautadas por novos direitos garantidos em relação às complexas necessidades, construção de vínculos e referências, produção de lógicas substitutivas em rede matriciais com outras complexidades do sistema de saúde, redes de reabilitação psicossocial inclusivas; tornando-se dispositivos de tensão entre novas práticas e velhos hábitos, lugares de melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar da loucura. Porém, não é o único equipamento descrito na política de saúde mental.

A atenção Básica caracteriza-se por ser a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no

âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Assim, o cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por isso, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem com frequência com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde (BRASIL,2013).

As estratégias de saúde mental na atenção básica são essenciais na RAPS sendo fundamental a articulação entre as equipes desta e os demais pontos de atenção da rede, a partir de estratégias de matricialmente e articulação do cuidado integral no território.

A atenção básica, ao ofertar o primeiro acesso ao sistema de Saúde, também possibilita o mesmo à pessoas que demandam cuidado em saúde mental Dessa maneira, reorienta o cuidado inicial para a atenção básica, ao invés do atendimento especializado enquanto primeira estratégia, a medicalização do sofrimento, a

cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental, ainda em alguns contextos, compreendidos como demandas que não podem ser cuidadas na Atenção Básica (BRASIL, 2015).

As respostas das participantes corroboram com a ideia de que o CAPS é central na política de Saúde mental, porém, faz-se necessário fortalecer e qualificar a Atenção Básica, as e SF e NASF para atuar na identificação, acolhimento e cuidado às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos municípios de pequeno porte populacional, como é o caso de Soure e Salvaterra, que apresentam 25.565 e 24.075 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015).

A atenção básica é citada por uma participante enquanto serviço formal de saúde mental. Este é fundamental para superar a lógica do cuidado especializado em saúde mental, potencializando e valorizando o conjunto de ações realizadas pelos profissionais, ampliando a autonomia na produção do cuidado, como parte integrante do repertório de ações e serviços oferecidos no território.

O modelo biomédico reducionista no campo da saúde mental tem sido criticado também por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas(ONU), ao afirmar que os sistemas de saúde mental em todo o mundo estão dominados por um modelo biomédico reducionista que utiliza a medicalização para justificar a coerção como prática sistêmica e qualifica como “transtornos” que necessitam de tratamento as diversas respostas humanas a determinantes subjacentes sociais prejudiciais (como as desigualdades, a discriminação e a violência).

Este enfoque ignora a evidência de que os investimentos deveriam dirigir-se à população, as relações e outros determinantes, ao invés dos indivíduos e suas mentes (GROVER, 2010). No mesmo caminho, no 3 Seminário Internacional A Epidemia das

Drogas Psiquiátricas, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em outubro de 2019, os participantes reunidos propuseram algumas recomendações como: o fortalecimento de iniciativas nacionais e internacionais para a implementação de alternativas ao modelo biomédico.

Remodelação das orientações clínicas e das condições para que tais orientações sejam seguidas, aprimoramento das informações para os pacientes e os trabalhadores a respeito das drogas psiquiátricas prescritas, e a criação de meios para tornar possível o ‘informe consentido e esclarecido’ e a tomada de ‘decisões compartilhadas’ por clínicos e pacientes, entre outras.

Assim, para Merhy (2004) cada coletivo deve problematizar, no seu fazer, a implicação com o agir antimanicomial e a construção do trabalho em equipe, a fim de produzir novos sentidos entre a relação louco e loucura na sociedade, possibilitando novas pistas, dentro dos CAPS. São necessário novos coletivos de trabalhadores no campo da saúde mental, para produzir mais vida e morte manicomial, através de atos vivos, tecnológicos e micropolíticos.

Em relação à exaustão dos profissionais, Merhy (2004) afirma que o trabalho exaustivo no serviço de atenção psicossocial, manter o fluxo, atender pacientes, oferecer grupos de diversas naturezas, sobrecarrega o trabalhador de forma brutal, dificultando o cumprimento das tarefas, o que impossibilita a construção de uma prática antimanicomial no cotidiano do trabalho.

Esse processo está associado à noção de invenção, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria, o dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder- saber. Para tanto é necessário colocar a doença entre parênteses como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional, para individualizar

partes de responsabilidade da doença e da instituição e destruir o doente e a doença.

No campo de contribuições há a do princípio da “luta contra a institucionalização”, que diz respeito à ideia de desconstrução do manicômio, enquanto conjunto de práticas multidisciplinares e multiinstitucionais, exercitadas e reproduzidas em múltiplos espaços sociais, e não apenas no interior do hospício (BASAGLIA, 1981 *apud* TORRE; AMARANTE, 2001).

Da recusa à técnica, à terapêutica, a simples substituição de tecnologias antigas por novas; e de construção de uma relação com o sujeito que substitua a relação de tutela pela psiquiatria. Assim, o modelo manicomial, seria baseado na noção de que a experiência psíquica diversa é sinônimo de erro.

Como resultado de vários movimentos e lutas, como a reforma psiquiátrica, observa-se hoje no campo da saúde mental no Brasil um expressivo processo de transformação do lugar do louco como ator social, que não pode ser reduzido a um processo restrito de mudanças administrativas ou técnicas (TORRE; AMARANTE, 2001).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. “Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

BARBOSA, M. J. S. *et al.* (coord.). **Relatório analítico do território do Marajó**. Belém: UFPA, 2012.

BEZERRA JR., B. “Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil”. **Physis**, vol. 17, n. 2, 2007.

BRABO, B. S.; PEREIRA, L. F.; PIANI, P. P. F. “Saúde Mental na Amazônia: mortalidade por suicídio e cobertura dos centros de atenção psicossocial no estado do Pará de 2006 a 2015”. **Revista Debates em Psiquiatria**, vol. 8, n. 5, 2018.

BRASIL. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**, vol. 1, 2003.

CRUZ, W. C.; BARBOSA, M. J. S. “Desenvolvimento territorial rural na Amazônia: análise do Marajó”. **Anais do VI Jornada internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2013.

FOUCAULT, M. **A sociedade punitiva**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2020.

FURTADO, J. P. “Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS”. **Ciência Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, 2006.

GONÇALVES, V. M. *et al.* “A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul”. **Revista de Psiquiatria**, vol. 32, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar**: a Alma dos Serviços de Saúde. *In*: BRASIL. **SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MESQUITA, C. R. *et al.* “A clinical-epidemiological and geospatial study of tuberculosis in a neglected area in the Amazonian region highlights the urgent need for control measures”. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, vol. 18, n. 3, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. “Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 22, n. 5, 2006.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PAULON, R.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Editora Sulina, 2013.

PIANI, P. P. F. “Medicalização como prática social em rede”. *In*: MOREIRA, A. C. *et al.* **Direitos Humanos, Saúde Mental e Drogas**. Belém: Editora Pakatatu, 2018.

PIANI, P. P. F.; BRIGAGÃO, J.; VICENTIN, M. C. “Dilemmas and impasses in public Health policies directed at people who make use of alcohol and other drugs in Brazil”. *In*: MAJUMDER, A. A. (org.). **Public Health: Emerging and Reemerging Issues**. London: Intechopen, 2018.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos**. Rio de Janeiro: Centro Eldeltein de Pesquisas Sociais, 2010.

CAPÍTULO 3

*O Planejamento Estratégico
Situacional na Gestão do Caps: Fomentando a
Participação Social e o Protagonismo do Usuário*

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA GESTÃO DO CAPS: FOMENTANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O PROTAGONISMO DO USUÁRIO

Lucas de Almeida Modesto

Letícia Marlene dos Santos Figueiredo

Rayara Lourdes Lima Lopes

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seus princípios elucidados na Lei 8080/1990, determina que o usuário do SUS deve ser atendido de forma universal, recebendo um cuidado integral e com equidade.

No entanto, assegura-se também que este participe das decisões acerca da gestão em saúde, cujo princípio se chama “controle social” e pode ocorrer de diversas formas e em diversos níveis, que vão desde participação em conselhos, até plenárias em conferências de saúde. Todavia, o controle social também deve ocorrer nas micropolíticas de gestão que podem influenciar no funcionamento de um determinado serviço.

A lei 10.216/2001 dispõe acerca dos direitos da pessoa com transtornos mentais, ao passo que representa uma grande mudança de perspectiva acerca do cuidado do dito “louco”, trazendo premissas que asseguram sua dignidade intrínseca, assim sendo, assegurando-lhes não somente saúde integral, por meio de um atendimento especializado, mas a cidadania e participação social.

Cabe ressaltar a importância da promoção da participação social e ações de cidadania, premissas da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista todo o silenciamento pelo qual as pessoas em sofrimento mental foram submetidas ao longo da história,

principalmente em contextos em que supostamente lhes era ofertado “cuidado”.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), conforme a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, são serviços ambulatoriais que atuam na lógica territorial e comunitária, a fim de substituir os modelos manicomial anteriores, promovendo o protagonismo de seus usuários, fortalecendo o vínculo com suas famílias e seus territórios, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial.

Todo esse processo deve ser promotor de autonomia a esse público e para isso, gestores e profissionais de saúde mental devem construir espaços que proporcionem a participação dos usuários na organização do serviço, traçando estratégias que promovam um serviço humanizado e equitativo que possa ser adaptado às necessidades de seus usuários.

Os serviços substitutivos de saúde mental devem romper com o antigo modelo de tratamento, sendo sua consolidação facilitada por meio da participação social, transformando a experiência da “loucura” possibilitando novas perspectivas de vida e relações sociais, o que não somente fortalece a autonomia do usuário, mas promove o protagonismo deste nos serviços.

De forma que possa participar dos processos de decisão, planejamento, organização e execução, uma vez que estes devem ocorrer entorno dele, desde o nível mais macro, nas conferências municipais de saúde e nos conselhos de saúde, até os níveis mais micro, tratando-se da organização local dos serviços substitutivos nos municípios (TONINI; KANTORSKI, 2007; BOSSATO *et al.*, 2021).

Neste sentido, convocar os usuários ao planejamento, seria organizar esse processo no qual a vontade humana seria encadeada aos eventos cotidianos, estabelecendo não só a direção, mas a

velocidade das mudanças que acontecem ou que devam acontecer. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta implementada por Carlos Matus (1966) e vem sendo amplamente utilizada na assistência e no gerenciamento de serviços de saúde em diversos contextos e níveis de complexidade (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001).

Trata-se de um método de resolução de problemas que são detectados, na realidade, por diversos atores sociais que operam nos espaços, podendo dividir responsabilidades para que se possa enfrentá-los (KAMIMURA, 2004), além disso, permite identificar as fragilidades e potencialidades do serviço, podendo subsidiar estratégias que promovam melhorias na gestão e na promoção do cuidado (SANTANA, 2011).

Segundo Melleiro, Tronchin e Ciampone (2005), o PES é um instrumento de gestão que possui um aspecto dialógico, que visa sempre refletir sobre a realidade a nível local, com o intuito de promover intervenções que tracem estratégias de enfrentamento e ações preventivas.

Para isso, utilizou-se o método de sala de espera, visto que se trata de uma estratégia que pode ser utilizada para romper a ociosidade e o tédio, que pode ser provocado pelo tempo de espera das consultas nos serviços de saúde.

E neste espaço pode-se construir ambiência, aproximando usuários e familiares do serviço de saúde, e a depender da configuração desta abordagem, pode promover interação social e cuidado humanizado na inter-relação entre usuário/sistema/trabalhador da saúde (SILVA, 2019).

Ademais, esse espaço viabiliza a fala tanto dos usuários, como dos familiares acerca do serviço, na mesma medida em que possibilita os profissionais de saúde prestar informações sobre este.

A ambiência se constitui como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), mais conhecida como Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, foi anunciada em 2003 através do Ministério da Saúde (MS), vincula-se à Secretaria de Atenção à Saúde e possui um corpo técnico em Brasília, criado com a finalidade assegurar os princípios, diretrizes e métodos dispostos pela PNH.

Esta política emerge no sentido de fazer reflexões sobre práticas que estavam sendo ofertadas até então no SUS. Com isso, a PNH constitui-se como uma política pública, a qual propõe reformulações e mudanças que atravessam todos os atores da saúde, a saber: os gestores, trabalhadores e usuários (NAVARRO; PENA, 2013).

Brasil (2004a) ressalta que a PNH deve ser tratada como uma das principais dimensões para que haja a possibilidade de construção de uma política de qualificação do SUS, logo, não pode ser vista como mais um programa estabelecido pelo MS que deve ser aplicado ou reproduzido nos serviços de saúde, mas sim como uma política que de fato opere de acordo com o princípio da transversalidade na rede SUS.

A transversalidade compõe os princípios teóricos e metodológicos da PNH, que são: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão da saúde e a autonomia dos sujeitos e coletivos (BARBOSA *et al.*, 2013). A PNH dispõe diretrizes que serão basilares para serem observadas em sua implantação, sendo: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador, Defesa dos Direitos dos Usuários e Formação e Intervenção (BRASIL, 2004a).

Destas diretrizes, destacamos a ambiência, que preconiza aspectos ambientais e colaboram com o processo de produção de saúde que compõe o espaço físico onde o serviço é oferecido, que visam melhorias de maneira global (BRASIL, 2004a). Também se refere,

[...] ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve ser construído coletivamente a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (SATO; AYRES, 2015, p. 1031).

Segundo Brasil (2004b), a ambiência é uma diretriz que se liga diretamente a aposta estética da PNH, pois leva-se em consideração que o ambiente também coopera no processo de produção de saúde, podendo possibilitar um lugar de reflexão, tanto do sujeito quanto dos trabalhadores, assegurando ações que levem em consideração a integralidade e a inclusão, abarcando a valorização da subjetividade dos sujeitos e autonomia, promovendo um protagonismo de forma conjunta, não reforçando que um ou outro ator da saúde se sobressaia neste processo.

A ambiência é perpassada por três eixos, sendo:

- 1) o espaço que proporciona a reflexão da produção do indivíduo e do processo de trabalho;
- 2) o ambiente que tem como objetivo a confortabilidade, tendo como foco a privacidade e a individualidade dos atores da saúde, destacando fatores ambientais que criam interação com as pessoas - por exemplo: cheiros, cores, sons, sinestesia, arte, iluminação e morfologia - e também realizando a garantia de condições de conforto aos

trabalhadores, usuários e sua rede de apoio, a qual também usufrui do serviço;

3) O ambiente como instrumento que possui ação facilitadores do processo trabalho, que pode ter a contribuição de otimizar recursos e colaborar para um atendimento com uma postura de acolhimento (BRASIL, 2004b).

Além disso, para Brasil (2004b), a ambiência abarca a confortabilidade, a qual representa as ferramentas que operam como transformadores e classificadores do espaço físico, os quais despertam a percepção ambiental e quando são disponibilizados de forma harmônica e equilibrada, estabelecem a possibilidade de espaços que proporcionam acolhimento e, a partir disso, oferecem aportes relevantes no processo de produção de saúde. Neste sentido, a sala de espera pode se configurar como um instrumento para o estabelecimento da ambiência.

A utilização da sala de espera para execução de um Planejamento Estratégico Situacional – PES (MATUS, 1996) corrobora para inclusão de usuários e seus familiares como atores desse processo, a despeito de poderem avaliar, criticar e/ou elogiar a gestão do serviço os quais utilizam e possibilitando sua participação na construção de um planejamento que possa viabilizar melhorias neste serviço, fomentando assim a preconização do controle social como diretriz do Serviço Único de Saúde (SUS).

E a consonância das políticas públicas de saúde mental a este respeito, conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, protagonizando os usuários no levantamento de demandas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visto que neste modelo de cuidado o usuário tem sua autonomia validada e incentiva, em contrapartida aos modelos anteriores.

Os Centros de Atenção Psicossocial são um importante conquista da reforma psiquiátrica brasileira, pois contribuem para a humanização do atendimento em saúde mental, oferecendo um modelo de atenção que respeita os direitos humanos e a dignidade das pessoas com transtornos mentais.

Os CAPS são unidades de saúde mental que oferecem atendimento diário e contínuo a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Eles contam com uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros profissionais, que trabalham em conjunto para atender às necessidades dos pacientes (SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2018).

Segundo Silva, Paula Júnior e Araújo (2018) o objetivo do CAPS é promover a reabilitação e a inclusão social dos pacientes, oferecendo um atendimento integral, que inclui ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação psicossocial. Entre os serviços oferecidos pelos Centros estão: atendimento individual, grupal e familiar, atividades terapêuticas, grupos de apoio, acompanhamento psiquiátrico, administração de medicamentos, entre outros.

Existem cinco diferentes tipos, que variam de acordo com o perfil da população atendida e os recursos disponíveis: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II E O CAPS AD II. Os CAPS I, por exemplo, atendem pessoas com transtornos mentais leves e moderados e quanto ao território, está localizado em municípios de pequeno porte.

Enquanto os CAPS II e III atendem pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, a diferença é que o primeiro atende cidades de médio porte e oferece serviços durante o dia, já o segundo alcança cidades de grande porte e os serviços são ofertados 24h. Além disso, existem os CAPS AD, que atendem

pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas (SOUSA, 2020).

Este modelo de intervenção se deu em um CAPS II, na Região Metropolitana de Belém, com a finalidade de construção de um plano de ação para ano de 2022 que contemplasse as necessidades listadas pelos usuários, equipe técnica e gestão, dividindo responsabilidades e tarefas que pudessem promover melhorias no serviço, visto que as reclamações haviam aumentado na ouvidoria do SUS correspondente a Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo serviço.

A presente produção, objetiva descrever como a utilização do Planejamento Estratégico Situacional com os usuários pode ser uma ferramenta de participação social e protagonismo em serviços de saúde mental para isso será relatado a forma de aplicação do Planejamento Estratégico Situacional no contexto em questão e em seguida será realizada a análise crítica a partir de um ensaio teórico com o que se tem na literatura a respeito do protagonismo do usuários, da aplicação do PES e seus benefícios, da utilização da sala de espera, da participação e controle social e por fim sobre a relação disto com a política de humanização.

APLICANDO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

A inclusão dos usuários no processo de Planejamento Estratégico Situacional foi executada nos primeiros meses de 2022, às terças e quintas, por serem dias de consultas médicas, e, portanto, conta com maior número de usuários e familiares presentes. Foram realizadas intervenções no modelo de sala de espera conduzido por um psicólogo e uma assistente social, tendo como participantes

usuários e seus familiares que aguardavam consulta médica no CAPS II.

A atividade teve a finalidade de levantar problemáticas acerca de quatro eixos para subsidiar o plano de ação a ser executado no ano de 2022, visando contribuir para melhorias na assistência aos usuários e seus familiares neste período. As intervenções tiveram cerca de 1h (uma hora) e como recursos foram utilizados quadro branco, pincel-piloto, caixa de sugestões, papel e caneta para que os usuários pudessem escrever, sem ter que se identificar, caso não se sentissem à vontade para verbalizar.

Os eixos foram escritos no quadro para provocar a discussão sobre alguns assuntos, entre eles: Serviço; Equipe; Estrutura; Grupos e Oficinas. Acerca do serviço, foram levantados questionamentos a respeito da falta de determinados medicamentos que reverbera no aspecto econômico das famílias assistidas.

Bem como a necessidade de atividades que pudessem contribuir para a permanência dos usuários por mais tempo no serviço, como: terapias ocupacionais, tapeçaria, confecção de artesanatos e, ainda, pautou-se a necessidade de um grupo terapêutico que proporcionasse o compartilhamento vivências e formas de enfrentamento diante do adoecimento mental, tanto para os usuários, como para os acompanhantes.

No eixo equipe, dois pontos foram ressaltados, o primeiro tratou acerca do atraso por parte dos profissionais, que na percepção dos acompanhantes, faz muitas vezes os usuários ficarem agitados pelo tempo de espera, como também acaba desgastando os acompanhantes que precisam empreender tentativas de convencê-los a continuar no serviço.

Além disso, um segundo aspecto que foi questionado pelos usuários foi a necessidade de informação e a queixa de grosseria por parte de profissionais, o que se apresenta quando são requeridos

sobre informações e encaminhamentos pelos usuários e seus acompanhantes.

No eixo estrutura, foram descritos a necessidade de um ambiente infantil para que as crianças pudessem ficar quando estivessem aguardando as consultas e, ainda, a possibilidade de uma sala de informática para que os usuários pudessem acessar atividades virtuais. Contudo, lhes fora explicado sobre as dificuldades econômicas, políticas e administrativas para implementação dos ambientes supracitados.

Mediante a este eixo não se pode fazer muitos desdobramentos dado o período de mudanças de prédio em que o serviço estava na possibilidade iminente, conforme ocorreu a posteriori. No entanto, usuários e seus acompanhantes apontaram a necessidade de aviso telefônico prévio, visto que em vezes pregressas, só souberam da mudança no dia do respectivo atendimento, enfrentando transtornos na locomoção.

Na proposta dos grupos, foram sugeridas temáticas como: música, pintura, crochê, educação ambiental e oficinas profissionalizantes. Porém fora explicado a inviabilidade de determinados grupos, como o de oficinas profissionalizantes e de educação ambiental que necessitam de profissionais específicos ou mesmo certificação institucional para profissionalizar, por exemplo.

No entanto, os demais seriam propostos aos técnicos de referência para execução. Como sugestões para temas referentes para serem tratados nos grupos e oficinas foram citados: benefícios do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para pessoas com transtornos mentais; estratégias familiares de cuidado, entre outros.

Os(as) participantes agradeceram o momento e alegaram que nunca haviam sido consultados acerca de suas opiniões a respeito do serviço e que após esta atividade, se sentiram mais seguros e próximos da equipe e da gestão, por isso a caixa de sugestões

utilizada na atividade foi alocada na recepção a fim de que os usuários do serviço e seus familiares pudessem continuar a propor e avaliar a organização e o funcionamento deste para que uma vez ao mês a equipe e a gestão pudessem consultar nas assembleias com os usuários, a gestão e a equipe.

Após a atividade, foi produzido um relatório relativo desta e se propôs uma discussão com a equipe multiprofissional sobre quais problemáticas poderiam ser resolvidas a partir da equipe, a nível local, e quais seriam demandas encaminhadas à Secretaria de Municipal de Saúde que tem jurisdição sobre este CAPS.

No primeiro eixo, as demandas relacionadas a medicamentos foram encaminhadas ao setor de medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde, visto que se tratava da demora da chegada das medicações, mesmo quando solicitadas previamente pela farmacêutica. Ademais, no aspecto das atividades, a equipe discutiu entre si as possibilidades de ações terapêuticas que poderiam executar para manter os usuários que demandam atendimento intensivo.

No segundo eixo, foi proposto à gestão local realizar junto à equipe uma sensibilização quanto aos horários visando diminuir os atrasos. Também se pensou sobre a implementação de capacitações de humanização que ocorressem com maior frequência, a fim de promover escuta aos profissionais e ressaltar a importância do manejo humanitário para o cuidado em saúde e mais especificamente, em saúde mental.

No terceiro eixo, repassou-se à gestão a necessidade de aviso prévio e contato telefônico quando houvesse data prevista para a mudança de espaço. No último eixo, a equipe discutiu a viabilidade das temáticas propostas pelos usuários, bem como as possibilidades de parcerias intersetoriais que pudessem abarcar as demandas

citadas, solicitando à gestão local a intermediação e os recursos necessários para trabalhar com as atividades sugeridas.

Para dar continuidade no Planejamento Estratégico Situacional, convocou-se a gestão superior para discutir demandas a partir de suas perspectivas, aspectos políticos e econômicos que possibilitem ou não a resolução das demandas apresentadas, integrando a equipe, os usuários e a gestão. Assim sendo, fora produzido um plano de ação em que os atores e responsabilidades foram discriminadas e passou a ser executado a partir do segundo semestre de 2022.

Dentre as readequações aplicáveis, houve, inicialmente, a mudança de prédio para um lugar maior e mais bem estruturado, onde foram utilizados todos os meios de comunicação para informar aos usuários da mudança. Houve ainda, sistematização dos pedidos da farmácia ao almoxarifado de forma precoce para que não houvesse falta das medicações dispostas no CAPS. Houve reuniões de sensibilização dos profissionais quanto a atrasos e três capacitações sobre humanização durante o semestre.

Com relação a grupos, deram início a oficinas de música, dança de salão e cultura popular, além de oficinas de crochê e artesanato para incentivar a economia solidária e promover geração de renda para usuários com dificuldades socioeconômicas. Também fora realizado parceria com um órgão do Estado que possuía cursos profissionalizantes gratuitos e estes passaram a ser divulgados periodicamente aos usuários.

Também foi dado início a um grupo de acolhimento familiar onde eram discutidas questões referentes ao funcionamento do serviço e onde os familiares podiam ser escutados e ter orientações para melhorar o acompanhamento dos usuários. Assim como grupos terapêuticos para pessoas com ansiedade, utilizando técnicas de relaxamento e escuta grupal. A gerência local estabeleceu

assembleias mensais com os usuários para avaliarem as mudanças e levantarem novas demandas para que no semestre seguinte fossem implementadas em um novo planejamento.

Após as mudanças realizadas no serviço devido a aplicação do PES se pode perceber maior aderência ao serviço mesmo de usuários mais resistentes, relatando que se sentiam parte do processo e que suas vozes estavam sendo ouvidas, por isso pode-se observar que a participação e o controle social também podem contribuir para o processo terapêutico de usuários do CAPS, uma vez que o tratamento passa a fazer mais sentido quando se sentem protagonistas do processo, o que produz autonomia e reforça os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

ANÁLISE CRÍTICA

O protagonismo é um termo que nasceu na dramaturgia, inserido na Grécia antiga por Ésquilo, postulado pai da tragédia. No sentido em questão a pessoa protagonista seria a principal em uma cena, usualmente a primeira a falar, e o termo também pode ser aplicado para o principal personagem de uma obra, de um trabalho ou projeto (COSTA; PAULON, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988, apresenta um novo modelo de atenção à saúde que incentiva a participação social e a gestão horizontal dos serviços de saúde, tal proposta já está inserida na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que fomenta a participação de todos os integrantes do sistema no planejamento da gestão do serviço.

No SUS, o protagonismo do usuário do serviço de saúde mental objetiva permitir a participação social do usuário no

cotidiano do serviço, assim como nas construções coletivas e em seu Projeto Terapêutico Singular – PTS (JORGE *et al.*, 2015).

Para Santiago e Santos (2019) o protagonismo do usuário ainda é um desafio nos serviços de saúde mental, mesmo sendo um dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica, muitos serviços de saúde mental ainda atuam sob o modelo médico tradicional. Costa e Paulon (2012) sugerem a criação de espaços onde os usuários possam decidir não somente sobre seus projetos terapêuticos, mas sobre a construção coletiva dos serviços de saúde mental.

Malta *et al.* (2014) e Jorge *et al.* (2015) concordam que deve ser escopo dos profissionais de saúde mental a atenção às reais necessidades dos usuários e a construção de conhecimentos cotidianos sobre ele deve ser constituída a partir dele próprio a fim de que o tornemos protagonistas de seus projetos terapêuticos de mais do que isso, da dimensão do cuidado em saúde mental. Costa e Paulon (2012) defendem que o protagonismo ocorre quando o usuário é incentivado a falar e tem sua “voz” valorizada e podendo tanto falar por si, quanto por um coletivo que representa.

Tonini e Kantorski (2007) consideram que o Planejamento Estratégico Situacional pode ser um instrumento que tem consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica, ao pensar nas práticas extra-hospitalares, o cuidado em liberdade, a presença da família no processo de reabilitação social, e o protagonismo do usuário, visto que estes aspectos podem consolidar e efetivar estratégias que correspondam a um modelo de atenção em saúde mental de qualidade com participação e controle social.

O Planejamento Estratégico Situacional – PES (MATUS, 1996), que consiste em uma metodologia prática com fundamentação teórica que tem a finalidade de atuar sobre os problemas, tem quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático operacional (MENESES *et al.*, 2019).

No momento explicativo, ocorre a escolha e análise das problemáticas importantes que na observação dos atores incluídos são passíveis de resolução. No momento normativo, define-se a situação-objetivo que se deseja alcançar e quais são as ações requeridas para se chegar aos resultados, considerando a presença dos nós críticos do possível panorama local.

O momento estratégico abarca a análise da efetivação do plano de operações em suas diferentes esferas, seja política, econômica, cognitiva ou organizativa. O momento tático-operacional consiste na “gestão e o monitoramento operacional da execução do plano” (JUNGES; BARBIANE; ZOBOLI, 2015, p. 269).

A partir de Melleiro, Tronchin e Ciampone (2005), no primeiro momento selecionam-se as problemáticas locais relevantes, na busca por compreender sua causa e desenvolvimento, observando os nós-críticos, que são o ponto de partida para a ação. O momento explicativo pode ser sistematizado a partir do chamado fluxograma situacional, no qual se inserem alguns aspectos:

- a) realizar a elaboração do problema de forma clara e objetiva;
- b) solicita-se a presença de um ator que é responsável por explicar e articular ações visando intervir para a resolução do problema;
- c) necessidade da existência dos descritores do problema, os quais se darão a nível quantitativo para que se permita o acompanhamento ao longo do processo, de modo a permitir seu monitoramento em certa circunstância situacional; e
- d) análise e discussão dos desdobramentos da situação problema de forma sintetizada.

A primeira etapa do planejamento trata-se de um levantamento de um diagnóstico inicial, mostrando os oponentes e quais os atores necessários para planejar e explicar a situação onde surge o problema (TONINI; KANTORSKI, 2007). Na aplicação em questão seria o momento das salas de espera com os usuários para levantar as principais problemáticas que estavam vivenciando no serviço desde já explicando aquelas que dependiam de outros atores e aquelas que poderiam ser resolvidas a nível local,

O segundo momento abarca identificar os atores que estão imbricados pela situação problema, bem como sua possível contribuição de recursos para executar as ações. Nesta fase, ocorre uma projeção de cenário e há um mapeamento das variáveis de teto, de centro e de piso.

As variáveis de teto projetam as melhores possibilidades, enquanto as de piso, o inverso. Projetar estes cenários nos três níveis, permite a avaliação de ações futuras e permite a construção de diferentes formas de atuação. Nesta fase, também se realiza a estipulação de prazos e objetivos a serem alcançados ao nível de futuro, instituindo prazos de início e fim das ações (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

A segunda etapa trata-se do momento onde se desenha as operações necessárias, define-se o plano e as possíveis dificuldades para execução dele (TONINI; KANTORSKI, 2007). Esse momento foi discutido com a equipe, a fim de discriminar os níveis de resolução e as formas que poderiam ser executadas por ela.

O terceiro momento consiste em voltar-se para a viabilização das ações, buscando observar quais atores podem compor as intervenções que estão sendo propostas, analisando quais recursos cada ator pode dispor para sua atuação. Com isso,

[...] o momento estratégico busca responder às seguintes indagações: As operações do plano são viáveis nesse momento?

Quais as possíveis reações dos atores envolvidos no problema? Como construir a viabilidade para as ações inviáveis?

E ressalta-se que a análise estratégica deve estar presente em todas as fases de elaborar e executar o PSE. (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005, p. 167). Nesta etapa foi discutido com a gestão superior, a secretaria de saúde, para verificar as demandas que estavam nesta dimensão e para definir o início das ações do plano, conforme fora executado.

Na terceira etapa se discute a viabilidade do plano e as estratégias possíveis de execução, e por fim, na etapa final, as decisões são tomadas para implementar o plano efetivamente. (TONINI; KANTORSKI, 2007). O quarto momento representa a fase de implementar as ações que foram elaboradas, buscando adequá-las às situações que são levantadas pelos atores.

Com isto, rompe com uma ação linear que inclui planejamento, execução e avaliação (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005). Neste ponto, é possível fazer uma reelaboração do plano a partir de seu mapeamento e redefini-lo a partir de uma avaliação permanente, isto permite a observação contínua quanto a leitura da realidade presente, buscando intervir de forma assertiva.

Esta última articulação permitiu o alinhamento do plano de ação entre todos os atores responsáveis, partindo dos usuários, perpassando a equipe e finalizando na gestão superior, fazendo a análise de implicação de cada um desses atores na resolução das problemáticas que possuem viabilidade de resolução. Desta forma,

valorizando a participação social e o processo de gestão participativa e mesmo controle social.

Neste sentido, a participação e o controle social na gestão de saúde, além de estarem assegurados pelo artigo n. 198 da Constituição Federal de 1988, se configuram como uma das diretrizes do SUS e orienta a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, tendo como objetivo torná-lo mais adequado para atender as necessidades de seus usuários (BRASIL, 2006).

Oliveira e Teixeira (2015) ressaltam que há necessidade da participação social na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde mental, em todas as esferas de poder, visto que muitas vezes, esses processos têm sido centralizados somente na gestão. O que em geral, pode contribuir com a baixa adesão dos usuários, não atingindo assim os problemas do território com eficácia.

Milane e Germani (2012) corroboram as diretrizes do SUS elencando a importância de espaços interativos acerca dos serviços de saúde, que podem convocar seus usuários e suas famílias a uma participação social, cita-se a modalidade de sala de espera, que intervém onde estes sujeitos encontram-se em geralmente ociosos, aguardando consultas e serviços.

A intervenção na sala de espera é um instrumento de comunicação e partilha de informações. Neste espaço é possibilitado às pessoas falarem de suas preocupações, angústias e adoecimentos, seus ou de seus familiares e, ainda, podem colaborar na avaliação da qualidade do serviço e do atendimento daquela instituição (MILANE; GERMANI, 2012). Dessa forma, se configura como uma eficaz ferramenta para o levantamento de problemáticas e sugestões que subsidiem o início de um Planejamento estratégico situacional.

Neste sentido, o PES também pode corroborar com ações de acolhimento a partir da recepção e escuta dos problemas locais por

parte não somente da gestão, mas também de seus usuários e acompanhantes. Para Brasil (2004c) acolhimento é um ato do âmbito técnico-assistencial, o qual pressupõe a modificação da interação entre os trabalhadores, usuários e sua rede, através de aspectos técnicos, éticos, humanitários e relacionados à solidariedade, que admite o usuário como um sujeito de direitos, o qual possui autonomia para se engajar em participar ativamente do processo de produção de saúde.

O acolhimento seria então uma ação, um modo de trabalhar os processos de saúde de maneira que sejam atendidos todos os que apresentarem uma demanda perante o serviço, dando escuta e direcionando para os encaminhamentos pertinentes ao caso. Nesse sentido, essa diretriz representa proporcionar resoluções e responsabilização, realizando orientações e encaminhamentos quando for cabível para dar seguimento na prestação do serviço necessário e articulando a comunicação com os demais setores para garantir a eficiência das intervenções em rede.

No acolhimento tradicional, traz-se a noção de um repasse de responsabilidades sobre a queixa trazida ao serviço, tendo como foco a morbidade e o que procedimento poderá ser realizado sobre ela, e não um olhar atento para o sujeito e suas demandas de forma mais ampla.

Por sua vez, o acolhimento preconizado como uma diretriz da PNH não seria um local geográfico ou espacial, mas sim uma postura ética, sendo uma via de mão dupla, ou seja, se dá através do usuário também e não só dos trabalhadores, como a ideia do senso comum. Ressaltando essa postura, o acolhimento se diferencia então da triagem, não sendo uma etapa do processo de atendimento do usuário, mas um ato que envereda por todos os locais e ocasiões de atendimento, inclusive na triagem (BRASIL, 2004c).

Em linhas gerais, conforme Brasil (2004c), quando se fala de acolhimento, a noção que se tem é perpassada por espaços, a contar do lugar da recepção à sala de espera, que sejam minimamente confortáveis, a ideia de uma triagem funcional onde se realizem os encaminhamentos de acordo com a demanda apresentada pelo usuário ou práticas que não caminham pela perspectiva de uma exclusão social, onde se seleciona quem serão os atendidos no serviço, principalmente por se tratar de um serviço de caráter público.

Tais visões possuem sua relevância, porém quando tomadas isoladamente do processo de produção de saúde, apenas compactuam com ações pontuais, que podem representar um descompromisso com o processo de trabalho em saúde em sua totalidade.

CONCLUSÕES

Por se tratar de um serviço de saúde pública, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deve estar atento às diretrizes do SUS, dentre elas, o controle social, a fim de fornecer aos seus usuários o protagonismo que lhes é preconizado nas políticas acerca dos direitos da pessoa com agravos em saúde mental.

Neste sentido, é necessário realizar um planejamento que considere as necessidades destes atores sociais, com o intuito de realizar atividades ou mesmo implementar ações que vão ao encontro de dirimir tais demandas e, assim, contribuir na promoção um cuidado equitativo e humanizado.

O Planejamento Estratégico Situacional corrobora a esta forma de cuidado devido sua imbricação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica já citados e é potencializado através da Sala de

Espera, ambiente este que possibilita a interlocução da equipe de saúde com os usuários do serviço e seus familiares, aproximando-os da gestão e fomentando assim a participação e o controle social.

Deve-se destacar que os esforços de acolher as demandas trazidas pelos usuários não asseguram a execução total das carências específicas, principalmente aquelas que precisam de maior estruturação, visto que é necessário considerar o cenário econômico, administrativo e político vivenciado. Nesta atividade, notou-se que a etapa prévia do PES se apresentou como um instrumento de aproximação e acolhimento entre usuários e o Centro de Atenção Psicossocial, o que pode ter desdobramentos quanto à permanência dos usuários do local.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. C. *et al.* “Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. 1, 2013.

BRASIL. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Humaniza SUS**: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. “Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência”. *In*: BRASIL. **Manual de Enfermagem**: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. “Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social”. **Saúde Debate**, vol. 36, n. 95, 2012.

JORGE, M. S. B. *et al.* “Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental”. **Enfermagem**, vol. 24, n. 1, 2015.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. “Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, n. 53, 2015.

KAMIMURA, Q. P. **Microrregionalização**: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no Litoral Norte Paulista (Dissertação de Mestrado em Administração). Taubaté: UNITAU, 2004

MALTA, D. C. *et al.* “A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 11, 2014.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: Fundap, 1996.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. “O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem”. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 18, n. 2, 2005.

MENESES, M. O. *et al.* “O planejamento estratégico situacional como ferramenta de gestão na Atenção Primária em Saúde”. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, vol. 28, n. 4, 2019.

MILANE, L.; GERMANI, A. R. M. “Sala de espera: um cenário para a promoção de saúde”. **Revista de Enfermagem**, vol. 8, n. 8, 2012.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. “A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde”. **Revista de Psicologia da UNESP**, vol. 12, n. 1, 2013.

OLIVEIRA, T. A.; TEIXEIRA, C. F. “Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013”. **Saúde em Debate**, vol. 39, 2015.

ROSSI DA SILVA, T. N. *et al.* “Sala de espera: uma possibilidade de intervenção em Saúde do Trabalhador”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 27, n. 4, 2019.

SANTANA, M. L. “Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 6, n. 19, 2011.

SANTIAGO, E.; SANTOS, L. “Uma etnografia da atenção à saúde mental de sujeitos em situação de rua”. **Barbarói**, n.55, 2019.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. M. “A arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica”. **Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, n. 55, 2015,

SILVA, T. A.; PAULA JÚNIOR, J. D.; ARAÚJO, R. C. “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 21, n. 2, 2018.

SOUSA, H. E. F. “A reforma psiquiátrica e a criação dos centros de atenção psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através história”. **Ideias e Inovação**, vol. 5, n. 3, 2020.

TONINI N. S.; KANTORSKI L. P. “Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 28, n. 1, 2007.

CAPITULO 4

*O Estudo de Caso nas Pesquisas
Qualitativas: Relevância, o Como e Para Que?*

O ESTUDO DE CASO NAS PESQUISAS QUALITATIVAS: RELEVÂNCIA, O COMO E PARA QUE?

Paula Silva Moreira

Leandro Passarinho Reis Júnior

Airle Miranda de Souza

Victor Augusto Cavaleiro Corrêa

Com origem nas ciências sociais e na antropologia, a partir do estudo da vida de grupos de indivíduos humanos, a pesquisa qualitativa surge para interpretar o campo dos fenômenos sociais (DENZIN; LINCOLN, 2006; CYPRESS, 2018), compreendendo uma abordagem naturalista e interpretativa, na qual o pesquisador estuda o objeto em seu espaço natural, em busca da compreensão e/ou interpretação, dos significados atribuídos pela sociedade, aos fenômenos, valorizado o detalhamento desses fatos e dos elementos que o envolvem (ALVES, 2011; MOHAJAN, 2018).

A pesquisa qualitativa, Segundo Mohajan (2018), é uma forma de ação social que revela a forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências para compreender a realidade social dos indivíduos. Para Turato (2005), a pesquisa qualitativa possui um papel organizador que move as relações e a atividade humana, gerando frutos nas representações e no simbolismo partilhados entre os grupos sociais.

Dessa forma, ao lançar mão em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que realçam e modificam o mundo em uma série de representações simbólicas, a pesquisa qualitativa através do diário de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e lembretes (DENZIN; LINCOLN, 2006; ZOHRABI,

2013), em atuação com os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993), desvela seu principal componente ‘o significado’ (MINAYO, 2002; TURATO, 2005).

Nessa perspectiva, Minayo (2002, p. 21) afirma que a pesquisa qualitativa,

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores 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.

Nesse sentido, utilizar dessa abordagem objetiva a compreensão de fatores subjetivos, como sentimentos, pensamentos, desejos e opiniões, que expressam o significado individual.

Existem diversas possibilidades de se fazer pesquisa qualitativa, as mais comuns são as encontradas nas pesquisas em ciências humanas e sociais, as quais, frequentemente, utilizam métodos qualitativos tais como: entrevistas individuais, observação, pesquisa de estudo de caso, grupos focais, pesquisa etnográfica, pesquisa fenomenológica e teoria fundamentada (FREITAS, 2010; MOHAJAN, 2018).

Destaca-se, neste estudo, a utilização do estudo de caso na pesquisa qualitativa, por apresentar um potencial valioso ao explorar fenômenos contemporâneos, em seu contexto de vida real, especialmente nos limites não visíveis entre o fenômeno e o contexto (YIN, 2015; VRIES, 2020; HERCEGOVAC; KERNOT; STANLEY, 2020).

Neste estudo, refletimos sobre a relevância dos estudos de caso, os procedimentos de coleta dos dados e os objetivos pretendidos com esse tipo de estudo. Para tanto, recorremos a uma revisão narrativa da literatura, sendo considerado também alguns dos estudos desenvolvidos no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA), os quais foram coletados a partir de uma busca não sistematizada no banco de Teses e Dissertação do PPGP, disponível no site oficial do PPGP dos últimos 10 anos, de 2011 a 2020.

O ESTUDO DE CASO

O estudo de caso se caracteriza-se como uma pesquisa estruturada que pode ser usado em diferentes situações, a fim de pesquisar fenômenos individuais ou grupais (HEALE; TWYLCROSS, 2018; ANDRADE *et al.*, 2017), buscando alcançar um conhecimento amplo e detalhado sobre eles (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009).

O objeto de análise na pesquisa de estudo de caso pode ser um indivíduo, uma família, um lar, uma comunidade, uma organização, um evento ou até mesmo uma decisão (PRIYA, 2021; HEALE; TWYLCROSS, 2018).

E, apesar do estudo de indivíduos ser bastante utilizado nesse tipo de pesquisa, é necessário atentar-se para não confundir com a metodologia de pesquisa narrativa, na qual é feito um estudo minucioso da vida de indivíduos específicos, bem como de suas histórias de vida (PRIYA, 2021).

Priya (2021) ressalta que no estudo de caso, o foco está no estudo contextual, ou seja, o indivíduo em seu contexto mais amplo, nesse momento os métodos de coleta e análise dos dados são

altamente significativos, no qual a diversidade de fontes de evidência, tais como: entrevistas, documentação, registros de arquivo, observações diretas, observação participante e artefatos físicos (ALPI; EVANS, 2019), conferem maior rigor à análise.

A literatura (HARTLEY, 1994; PATTON, 2002; GIL, 2007; SANTOS, 2011) define os estudos de caso como estratégia metodológica que enfatizam a dinâmica das compreensões contextuais, reunindo as minúcias das informações do fenômeno e através da realização de uma análise exaustiva e aprofundada, que propicia o conhecimento vasto e detalhado das características singulares de um ou poucos objetos de estudo.

Para Yin (2005, p. 32), “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”, sendo, portanto, passíveis de sofrerem variações à medida que as condições que o afetam se modificam.

Pereira, Godoy e Terçariol (2009) afirmam ainda que o estudo de caso é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento.

Contudo, a percepção sobre o estudo de caso pode variar dependendo da abordagem metodológica e do referencial teórico aplicado (PERES; SANTOS, 2005). No entanto, a maioria dos autores especializados afirmam que as principais características do estudo de caso é a análise aprofundada do assunto e a preocupação com sua aparência uniforme (PERES; SANTOS, 2005).

Ressaltam Lüdke e André (1986), que os estudos de caso apresentam características próprias que realçam a ‘interpretação em contexto’ como forma de retratar a realidade plena e profunda, utilizando variadas fontes de informação, de modo que permitam generalizações ao mesmo tempo em que se apresentam as diferentes,

divergentes ou conflitantes opiniões presentes no contexto social e ainda utilizando ferramentas e linguagens mais acessíveis para se fazer pesquisa qualitativa.

Na compreensão de Andrade *et al.* (2017), a escolha pelo método Estudo de Caso em geral torna-se adequada quando o pesquisador busca responder as questões que esclarecem as circunstâncias atuais de um fenômeno social, na formulação de como ou por que tal fenômeno social funciona.

Historicamente, o estudo de caso, por muito tempo esteve associado às ciências da saúde, psicologia e ciências sociais, sendo utilizado para explorar casos individuais de pacientes e condições sociais, como desemprego, pobreza e imigração, ao longo do tempo, a partir das necessidades que emergiram de outras áreas do conhecimento e as lacunas de investigação que iam sendo identificadas, sendo ampliada sua utilização (VRIES, 2020; HERCEGOVAC; KERNOT; STANLEY, 2020).

Atualmente, reconhecido como uma abordagem de pesquisa pragmática e flexível é usado principalmente nas ciências sociais, psicologia e antropologia, mas não apenas, considerando que também é visto em pesquisas em economia, estudos ambientais, serviço social, educação, estudo de negócios e em áreas orientadas à prática (PRIYA, 2021; VRIES, 2020; HEALE; TWYLCROSS, 2018).

Assim como a maioria das abordagens qualitativas, o estudo de caso pode ser exploratório, descritivo, interpretativo ou explicativo (VRIES, 2020). Achados na literatura (GIL, 2008; PIOVESAN; TEMPORINI, 1995) apontam que para pesquisa exploratória é fundamental a investigação do objeto em seu contexto. Nesse, é comum a utilização do estudo de caso, pois possibilita uma investigação mais detalhada a partir de relatos de experiências práticas (AUGUSTO *et al.*, 2013).

Vale ainda considerar que pesquisa desenvolvida por meio do estudo de caso apresenta grande potencial de exploração, em temáticas que envolvem aspectos específicos, não observáveis e não quantificáveis do objeto de estudo, pois proporciona análise de fatores subjetivos em seu contexto natural de atuação, tornando possível um aprofundamento nas investigações que contribuirão para desdobramentos futuros no campo pesquisado.

TIPOS DE ESTUDOS DE CASO

Segundo a Yin (2005) existem 4 tipos de estudos de caso: *os casos únicos*, utilizados para testar uma teoria em casos raros ou extremos, em pesquisas longitudinais em que se acompanha o caso ao longo do tempo, em casos em que se assemelham a muitos outros casos ou quando o fenômeno é inacessível, considerando que os casos únicos não permitem generalizações.

Os casos múltiplos, são mais consistentes e generalistas comparados aos casos únicos, contudo demandam mais tempo e recursos do pesquisador; os casos de enfoque incorporado, quando o estudo de caso envolve várias unidades de análise e os casos de enfoque holístico, o qual examina o fenômeno em sua natureza global (YIN, 2005)

Yin (2005) aponta que a utilização de múltiplos casos permitem maiores generalizações e apresenta arcabouço teórico mais convincente diante da literatura. O autor descreve, ainda, que a escolha dos casos não deve ser pautada em número de amostra, mas sim no julgamento do pesquisador quanto aos padrões de comportamento (homogêneos ou heterogêneos) do objeto.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS EM ESTUDOS DE CASO

Para coletar e analisar dados em estudos de casos, geralmente, se utiliza a entrevista e o diário de campo. A entrevista é um dos métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa, partindo do pressuposto de que a perspectiva dos outros é significativa, alcançável e capaz de ser elucidada (CYPRESS, 2018).

Quanto ao seu formato, as entrevistas podem ser do tipo estruturadas (perguntas fechadas), semiestruturadas (perguntas abertas e fechadas) e não estruturadas (perguntas abertas) (AMADO; FERREIRA, 2013; GODOY, 2005; MANZINI, 2004; Busetto; Wick; Gumbinger, 2020).

A entrevista semiestruturada, permite a interação entre o pesquisador e o entrevistado, de modo a valorizar a presença do pesquisador que oferece suporte para a expressão espontânea do entrevistado, rumo ao enriquecimento da investigação, sem fugir da objetividade (Triviños, 1987, p. 146).

Para Manzini (2004), o roteiro da entrevista semiestruturada deve ser estabelecido de acordo com o foco principal do pesquisador, de modo que favoreça a descrição, compreensão e explanação do fenômeno em sua totalidade, e que contemple as demais questões peculiares ao contexto imediato da entrevista.

O grande diferencial da entrevista qualitativa, é que geralmente não se utiliza o formato escrito, priorizando o processo de interatividade entre o pesquisador e o entrevistado, o que confere abertura aos desdobramentos e fluidez dos relatos durante a entrevista (Busetto; Wick; Gumbinger, 2020), fator relevante para a entrevista semiestruturada, pois de acordo com Triviños (1987) “oferece amplo campo de interrogativas, fruto de

novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante”.

Na contemporaneidade, em meio ao avanço tecnológico e as diversas mudanças que ocorreram na sociedade após o enfrentamento da pandemia da Covid-19, tornou-se comum a realização de entrevistas em diferentes formatos, presenciais ou virtuais através das TICs (tecnologia da informação e comunicação) (FERNANDES, 2014), ainda que já existisse essas possibilidades mesmo antes do cenário epidêmico global.

O diário de campo constitui um instrumento de registro sistematizado das observações do campo de pesquisa, onde são feitas anotações descritivas de fatos, acontecimentos e percepções pessoais do investigador, nas sutilezas que não são registradas por outros meios, bem como na gravação e transcrição (OLIVEIRA, 2014; KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

Estudos destacam a importância desse tipo de registro, para o enriquecimento da análise dos dados coletados, pois permite um acompanhamento minucioso do percurso das ideias ao longo da trajetória da pesquisa, direcionando o olhar do pesquisador, para que elementos relevantes não passem despercebidos (OLIVEIRA, 2014; KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

CONFIABILIDADE NA UTILIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Para conferir validade e confiabilidade na utilização do estudo de caso, a utilização de múltiplas fontes e a triangulação dos dados e evidências, constituem critérios relevantes que credibilizam e dão fidedignidade aos resultados da pesquisa (MARTINS, 2008; YIN, 2005; CYPRESS, 2018).

Em suma, cruzar fontes distintas com perspectivas diferentes, em uma coleta sistematizada aumenta o nível de evidência das constatações (EISENHARDT, 1989; CYPRESS, 2018), mas para isso, é importante sempre confirmar a compatibilidade do conteúdo verbal com fontes da literatura, realizando um diálogo entre os conteúdos presentes nos dados e as teorias e conceitos presentes na literatura (ZANELLI, 2002, p. 86).

A triangulação trata-se de uma técnica usada para garantir a confiabilidade da pesquisa qualitativa, reduzindo a possibilidade de interpretações equivocadas. Sustentada, pela primeira vez em 1970, por Denzin (2006), a triangulação de dados impõe ao pesquisador a combinação de múltiplas fontes de dados, métodos de pesquisa e esquemas teóricos.

Que utilizando diferentes procedimentos de coleta e variadas fontes de percepção, esclarecem o significado e verificam a repetibilidade de uma observação ou interpretação, reduzindo o risco de que a conclusões enviesadas do pesquisador ou limitações sistemáticas de uma fonte ou método específico (CYPRESS, 2018). Assim, a garantia de qualidade da pesquisa depende do comprimento de 3 medidas: validação, generalização e confiabilidade (GUMMESSON, 2007; YIN, 2005).

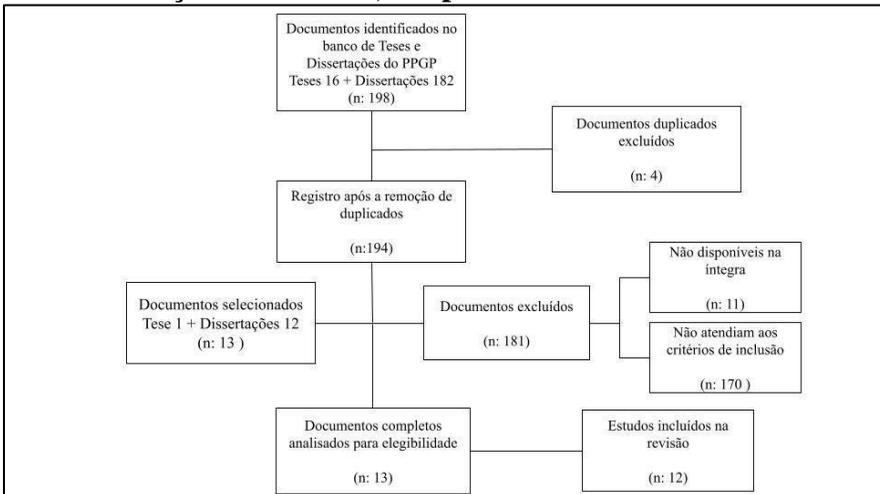
ESTUDOS DE CASOS: POSSIBILIDADES E RELEVÂNCIA

Buscando problematizar a utilização e a relevância dos estudos de casos em pesquisas qualitativas, realizou uma busca não sistemática no banco de teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP-UFPA), a qual se baseou nos procedimentos metodológicos da diretriz prisma, representada através do fluxograma a seguir (Figura 1).

Os estudos foram coletados e identificados, em agosto de 2022, no banco de Teses e Dissertações disponíveis no site do PPGP-UFPA. Após a identificação dos estudos, iniciou-se o processo de seleção, na qual foram excluídos 4 títulos duplicados (apareciam duas vezes nas turmas de 2016 e 2017), restando 194 títulos únicos que passaram para a próxima etapa de análise, a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão no resumo e palavras chaves.

Nesta etapa, foram excluídos 181 estudos, dos quais 170 não atendiam aos critérios de elegibilidade desta revisão e 11 não encontravam-se disponíveis na íntegra, sendo selecionados para análise na íntegra apenas 13 títulos, sendo 1 tese de doutorado e 12 dissertações de mestrado, das quais, após análise na íntegra, um estudo foi excluído, resultando em 12 títulos elegíveis para discussão desta revisão. O fluxograma (Figura 1), a seguir, apresenta o processo de seleção dos estudos desta revisão.

Figura 1- Fluxograma de seleção das teses e dissertações da revisão, adaptado da diretriz PRISMA



Fonte: Elaboração própria.

Dos 12 títulos incluídos, foram extraídos alguns metadados, sendo eles: autor, título e objetivo do estudo, considerados importantes para análise e discussão nesta revisão (Quadro 1).

Quadro 1 - Metadados dos títulos incluídos no estudo

Autor (ano)	Título	Objetivo
DIAS (2013)	A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a unidade mista de saúde de Barcarena.	Analisar a humanização, como um dispositivo tecnológico no cuidado em saúde utilizando como meio, a problematização das práticas de atenção, aqui exercidas pelos atores (gestores, trabalhadores e usuários), que realizam o cuidado na unidade mista de saúde de Barcarena.
AZEVEDO (2013)	Obesidade mórbida: estudo de caso do sofrimento psíquico na perspectiva psicanalítica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica	Analisar o sintoma adicção como portador de um sentido a ser apropriado pelo sujeito, cuja ingestão compulsiva do objeto comida corresponderia à tentativa ilusória de suprir a falha básica e a impossibilidade de introjetar o objeto primário.
FLEXA (2013)	A sexualidade de mulheres vivendo com aids: contribuições da psicanálise	Estudo do caso de Larissa, paciente do ambulatório do serviço de assistência especializada em HIV/AIDS do hospital universitário João de Barros Barreto.
BENTES (2014)	O idoso nas instituições de longa permanência: estudo de caso múltiplos	Analisar as percepções dos idosos não dependentes residentes em uma instituição de longa permanência pública.
MOTA (2014)	Desenlace de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos oncológicos no processo de morrer	Compreender como os pacientes hospitalizados em cuidados paliativos oncológicos vivenciam o processo de morrer, a fim de apreender o processo de desenlace do viver, desvelando os significados atribuídos à vida e a morte a partir do diagnóstico de uma doença grave, avançada e fora de possibilidades terapêuticas de cura.

COUTINHO (2014)	O processo de luto do idoso pela morte do cônjuge: memórias, emoções e vidas que seguem	Compreender a vivência do idoso no processo de luto diante da morte de seu cônjuge, a fim de desvelar os sentimentos, alterações biopsicossociais e ocupacionais associadas a este evento e os significados atribuídos à perda.
SOUZA (2014)	Análise na perspectiva genealógica do inquérito policial sobre estupro, nos arquivos da delegacia especializada no atendimento à mulher	Desenvolver uma pesquisa que problematize as práticas de saber poder produzidas pelos inquéritos policiais na DEAM, nos crimes de estupro, através de um estudo de caso realizado com quatro inquéritos que ocorreram entre os anos de 2010 e 2011.
SOUZA (2014)	Idosos hospitalizados e em cuidados paliativos oncológicos: possibilidades de fazer, ser e tornar-se na finitude	Compreender os significados da morte e do morrer e a relação com as ocupações na finitude do viver de idosos, hospitalizados e em cuidados paliativos oncológicos.
CRUZ (2014)	Dinâmicas familiares e rede de apoio social de adolescentes em acolhimento institucional e de suas famílias	Percepções de familiares e adolescentes em acolhimento institucional acerca da rede de apoio social e das dinâmicas familiares.
BARRETO (2017)	Contribuições psicanalíticas para a compreensão do preconceito racial: um estudo de caso	Estudo de caso sobre a contribuição da psicanálise para a compreensão do preconceito racial em estudantes na Universidade Federal do Pará (UFPA)
JERONIMO (2018)	Distúrbios alimentares no autismo e outros transtornos do desenvolvimento na infância: articulação entre corpo e linguagem	Analisar como se processa nestes quadros as disfunções do ato alimentar em sua articulação com a constituição psíquica do sujeito. a teórico clínico que associa o estudo de caso à pesquisa bibliográfica.
MESQUITA (2021)	O canto das mulheres: significados atribuídos ao tratamento de reprodução assistida e à técnica de recriação musical	Compreender quais significados as mulheres diagnosticadas com infertilidade atribuem ao tratamento de reprodução assistida e à técnica de recriação musical.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

A partir dessa breve revisão, delimitada pelos estudos realizados no PPGP, observou-se que a utilização do estudo de caso é bastante diversa e tem sido aplicada associada a outras estratégias metodológicas, como a pesquisa em psicanálise (FLEXA, 2013; BARRETO, 2017), a genealogia (SOUZA, 2014) e estudo teórico-clínico (JERÔNIMO, 2018).

Tal resultado corrobora com a literatura atual (PRIYA, 2021; VRIES, 2020; HEALE; TWYXCROSS, 2018), a qual aponta para a diversidade de utilização do estudo de caso como abordagem para investigações de diferentes áreas de atuação associada a outros métodos de pesquisa.

Quanto ao tipo de estudo de caso, destacam-se a utilização do estudo de caso do tipo casos múltiplos em 4 dos estudos (BENTES, 2014; COUTINHO, 2014; SOUZA, 2014; CRUZ, 2014; MESQUITA, 2021), os quais apresentam similaridades quanto aos objetivos dos estudos, ou seja, o de compreender percepções e vivências de sujeitos como objetos de estudo.

O desenvolvimento de tais pesquisas seguem o modelo proposto por Robert Yin, que apresenta em suas obras o protocolo de utilização dos estudos de caso, incluídos os casos múltiplos que de acordo com o autor, permitem maiores generalizações e apresentam arcabouço teórico mais convincente diante da literatura (YIN, 2014; YIN, 2005).

A utilização da abordagem do estudo de caso para a expressão de sentidos (AZEVEDO, 2013) e significados (MESQUITA, 2021; SOUZA, 2014), fez-se presente também em estudos, que envolveram a expressão da subjetividade como forte

variável em objetos de estudos, em que pouco se explora fatores subjetivos.

Tais resultados, demonstram o grande potencial de utilização, a considerar que o estudo de caso, se debruça em explorar em profundidade os aspectos subjetivos do objeto de estudo, sendo capaz de desvelar fenômenos imperceptíveis a outros métodos, alcançando as expressões subjetivas mais profundas que podem enriquecer teoricamente a literatura de achados, ainda pouco discutido, como os sentimentos, pensamentos, desejos, percepções e interesses singulares de objetos pouco explorados e/ou de difícil acesso, contribuindo cientificamente para o desenvolvimento das práticas em desenvolvimento humano, em processos terapêuticos, no cuidado em saúde, e em tantas amplas possibilidades de aplicações em diversas áreas de atuação.

Dos 12 estudos analisados, quatro deles (COUTINHO, 2014; SOUZA, 2014; CRUZ, 2014; MESQUITA, 2021), apresentam o estudo de caso que corroboram com Priya (2021), ao demonstrar foco no indivíduo em seu contexto mais amplo, preocupando-se com os métodos de coleta e análise dos dados por considerá-los altamente significativos.

Investindo na diversidade de fontes de evidência, tais como: entrevistas, documentação, registros de arquivo, observações diretas, observação participante e artefatos físicos (ALPI; EVANS, 2019), métodos valorizados por conferir confiabilidade à pesquisa. Seis dos estudos (DIAS, 2013; AZEVEDO, 2013; FLEXA; 2013; BENTES, 2014; MOTA; 2014; SOUZA, 2014; BARRETO, 2017; JERÔNIMO, 2018), tratam-se de pesquisas em psicanálise e apresentam um modelo particular de condução e escrita, característicos da pesquisa e teoria psicanalítica.

É importante ressaltar, que os estudos incluídos nesta revisão, em sua totalidade, constituem pesquisas de dissertação de

mestrado, o que pode ser justificado pois a coleta dos dados ocorreu quando do início do doutorado e conclusão da primeira turma ter ocorrido no final do período estudado, resultando na conclusão de um quantitativo menor de turmas do doutorado dentro do período analisado, no qual foram concluídas 10 turmas de mestrado e apenas três de doutorado.

Outro fator relevante é o quantitativo de vagas ofertadas nas seleções que o mestrado corresponde ao dobro de vagas em relação ao doutorado. A saber que o PPGP, instituído em 2005, inicialmente apenas com a oferta do Curso de Mestrado Acadêmico, desenvolveu suas atividades acadêmico-científicas ao longo de dez anos em diferentes construções teóricas e metodológicas nas áreas da Psicologia, Ciências Humanas e Sociais, alcançando a expansão ao doutorado em 2014, com a oferta das primeiras dez vagas.

A ampliação para o curso de doutorado, trouxe ao PPGP novos horizontes às tendências contemporâneas da psicologia, ampliando as perspectivas dos processos de pesquisa científica, através do desenvolvimento de projetos que atendessem as dimensões psicológicas, sociais e tecnológicas das demandas humanas.

Desse modo, ainda que, esta revisão tenha analisado apenas os estudos realizados nos últimos dez anos de existência do PPGP, é notória a ampliação no desenvolvimento de pesquisas que contribuam para as demandas sociais, sobretudo que favoreçam o desenvolvimento local e regional, observando as particularidades de cada comunidade e/ou população, e o estudo de caso tem feito parte dessas contribuições, não de forma linear, pois ao longo desses últimos dez anos, o ano de 2012 obteve o maior número de pesquisas que utilizaram o estudo de caso, superando o ano de 2011, o segundo maior, no período em questão.

Desde então, sua presença tem diminuído ao longo dos anos, mas acredita-se no potencial que o estudo de caso pode ter nas contribuições em pesquisas que podem oferecer retorno social, principalmente aos grupos mais vulneráveis e minorias sociais. Atualmente, os cursos de Mestrado e Doutorado do PPGP assentam-se no campo das ciências humanas, pluralmente fundamentados, em teorias da psicologia em 3 linhas de pesquisa: a psicanálise teoria e clínica, fenomenologia teoria e clínica e a psicologia, sociedade e saúde.

Nota-se que a presença da discussão teórica em ciências humanas e sociais marcam a maior parte dos estudos identificados, no entanto, é possível perceber a multidisciplinaridade presente nos estudos, uma vez que os autores são de diferentes disciplinas, das quais se destacam a história, filosofia, sociologia, psicologia, e profissionais da área da saúde, que tem crescido na linha de psicologia sociedade e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais achados demonstram que a abordagem do estudo de caso tem sido bastante utilizada no PPGP como método de compreensão da subjetividade do sujeito, bem como suas percepções, vivências e expressões de sentidos e significados, pelas mais diversas áreas do conhecimento, contribuindo para a multidisciplinaridade de abordagens.

A relevância da utilização desse método de estudo se mantém no foco que se dá à complexidade dos fenômenos da vida de pessoas, grupos ou organizações, permitindo aos pesquisadores das mais diversas áreas, investigá-los de forma intensiva e aprofundada,

contando com múltiplas fontes de evidência, valorizando o sujeito em sua integralidade.

Dessa forma, o estudo de caso, enquanto estratégia metodológica é um recurso importante de investigação qualitativa e vem sendo bastante utilizado nas pesquisas em psicologia que se debruçam sobre os domínios psicológicos e demandas sociais, tal como os estudos desenvolvidos pelo mestrado e doutorado do PPGP.

REFERÊNCIAS

ALPI, K. M.; EVANS, J. “Distinguishing case study as a research method from case reports as a publication type”. **Journal of the Medical Library Association**, vol. 107, n. 1, 2019.

ALVES, M. L. B. “Reflexões sobre a pesquisa qualitativa aplicada ao turismo”. **Revista Turismo em Análise**, vol. 22, n. 3, 2011

AMADO, J.; FERREIRA, S. “A entrevista na investigação educacional”. In: AMADO, J. (coord.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.

ANDRADE, S. R. *et al.* “O Estudo De Caso Como Método De Pesquisa Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa”. **Texto e Contexto - Enfermagem**, vol. 26, n. 4, 2017.

AUGUSTO, C. A. *et al.* “Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)”. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, vol. 51, 2013.

AZEVEDO, E. C. S. **Obesidade mórbida**: estudo de caso do sofrimento psíquico na perspectiva psicanalítica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2013.

BARRETO, R. M. **Contribuições psicanalíticas para a compreensão do preconceito racial**: um estudo de caso (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2017.

BENTES, A. C. O. **O idoso nas instituições de longa permanência**: estudo de caso múltiplos (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

BUSETTO, L.; WICK, W.; GUMBINGER, C. “How to use and assess qualitative research methods”. **Neurological Research and Practice**, vol. 2, n. 1, 2020.

COUTINHO, D. F. **O processo de luto do idoso pela morte do cônjuge**: memórias, emoções e vidas que seguem (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

CRUZ, E. J. S. **Dinâmicas familiares e rede de apoio social de adolescentes em acolhimento institucional e de suas famílias** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

CYPRESS, B. “Qualitative research methods: A phenomenological focus”. **Dimensions of Critical Care Nursing**, vol. 37, n. 6, 2018.

VRIES, K. “Case study methodology”. *In*: VRIES, K. **Critical Qualitative Health Research**. London: Routledge, 2020.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

DIAS, D. N. S. **A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a unidade mista de saúde de Barcarena** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2013.

EISENHARDT, K. M. “Building theories from case study research”. **Academy of Management Review**, vol. 14, n. 4, 1989.

FERNANDES, M. S. S. “Grupo de discussão e entrevista coletiva: a construção de dispositivos metodológicos em uma pesquisa discursiva”. **Abehache**, vol. 4, n. 6, 2014.

FLEXA, J. P. **A sexualidade de mulheres vivendo com aids: contribuições da psicanálise** (Dissertação de Mestrado em Filosofia). Belém: UFPA, 2013.

FREITAS, W. R.; JABBOUR, C. J. “O estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: fundamentos, roteiro de aplicação e pressupostos de excelência”. **Anais do XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. São Carlos: ABEPRO, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2007

GODOY, A. S. “Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa”. **Gestão Organizacional**, vol. 3, n. 2, 2005.

GUMMESSON, E. “Case study research and network theory: birds of a feather”. **Qualitative Research in Organizations and Management**, vol. 2, n. 3, 2007.



HARTLEY, J. F. “Case studies in organizational research”. *In*: CASSELL, C.; SYMON, G. (eds.). **Qualitative methods in organizational research: a practical guide**. London: Sage, 1994.

HEALE, R.; TWYCROSS, A. “What is a case study?”. **Evidence-Based Nursing**, vol. 21, n. 1, 2018.

HERCEGOVAC, S.; KERNOT, J.; STANLEY, M. “How qualitative case study methodology informs occupational therapy practice: A scoping review”. **Occupation, Participation and Health**, vol. 40, n. 1, 2020.

JERÔNIMO, A. C. **Distúrbios alimentares no autismo e outros transtornos do desenvolvimento na infância: articulação entre corpo e linguagem** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2018.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. “Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 20, n. 2, 2020.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora EPU, 1986.

MANZINI, E. J. **Entrevista: definição e classificação**. Marília: Editora da Unesp, 2004.

MARTINS, G. A. “Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil”. **Revista de Contabilidade e Organizações**, vol. 2, n. 2, 2008.

MESQUITA, M. E. M. **O canto das mulheres: significados atribuídos ao tratamento de reprodução assistida e à técnica de**

recriação musical (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2021.

MINAYO, M.; SANCHES, O. “Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade?” **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

MINAYO, M. C. S. “Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social”. *In*: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MOHAJAN, H. K. *et al.* “Qualitative research methodology in social sciences and related subjects”. **Journal of Economic Development, Environment and People**, vol. 7, n. 1, 2018.

MOTA, C. P. M. **Desenlace de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos oncológicos no processo de morrer** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

OLIVEIRA, R. C. M. “(Entre) linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (Auto) biográfica”. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, vol. 2, n. 4, 2014.

PATTON, M. G. **Qualitative Research and Evaluation Methods**. Thousand Oaks: Sage, 2002.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. “Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica”. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 22, n. 3, 2009.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. “Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia”. **Interações**, vol. 10, n. 20, 2005.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. “Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 29, 1995.

PRIYA, A. “Case study methodology of qualitative research: Key attributes and navigating the conundrums in its application”. **Sociological Bulletin**, vol. 70, n. 1, 2021.

SANTOS, F. M. “Estudo de caso como ferramenta metodológica”. **Revista Meta: Avaliação**, vol. 3, n. 9, 2011.

SOUZA, G. G. A. **Idosos hospitalizados e em cuidados paliativos oncológicos**: possibilidades de fazer, ser e tornar-se na finitude (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

SOUZA, G. S. S. **Análise na perspectiva genealógica do inquérito policial sobre estupro, nos arquivos da delegacia especializada no atendimento à mulher, em Belém/PA** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

TURATO, E. R. “Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 39, n. 3, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman, 2015.

YIN. R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005

ZANELLI, J. C. “Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas”. **Estudos da Psicologia**, n. 7, 2002.

CAPÍTULO 5

*Plantão de Escuta e Acolhimento Psicológico:
Relato de Experiência de Estágio em uma Escola Pública
da Rede Federal de Ensino no Município de Belém-PA*

PLANTÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA ESCOLA PÚBLICA DA REDE FEDERAL DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA

Bruna Katiara Soares Costa Cordeiro

Isabelle Laís Araújo da Costa

Niamey Granhen Brandão da Costa

Vanessa Queiroz Ferreira Guimarães

Este artigo é resultado da experiência de escuta nos atendimentos realizados no plantão psicológico no decorrer do estágio supervisionado em Psicologia Escolar e Educacional do curso de Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-IFCH da Universidade Federal do Pará-UFPA.

O estágio em psicologia escolar e educacional é uma das ênfases que pode ser escolhida pelo discente do curso de psicologia. A perspectiva é que com esse tipo de atividade seja oportunizada a aproximação e articulação teórico prática do discente com uma ou mais áreas de atuação de sua preferência.

Desde a regulamentação da psicologia como profissão, a educação e a escola vêm se desenvolvendo como campo fértil para atuação do psicólogo. Inicialmente, fundamentada e associada ao viés da clínica, a atuação do psicólogo escolar e educacional se caracterizava por avaliação psicológica para fins de psicodiagnóstico, atendendo a queixas escolares que sustentavam a ideia de aluno problema (SANTOS, 2007).

Concepção esta corroborada por Dias, Patias e Abaid (2014) ao destacarem que por muitos anos o psicólogo no contexto escolar utilizou como instrumento de trabalho os testes psicológicos visando medir as habilidades dos alunos e identificar problemas de aprendizagem e psicopatologias, reforçando um fazer que mensurava o sujeito atribuindo ao aluno de forma descontextualizada os problemas de aprendizagem e comportamento. Estudiosos da área consideram que:

Essas condições limitavam o fazer do PEE e foi fortemente criticada entre o final dos anos 1990 e começo dos anos 2000, as produções da área apontaram a importância de se considerarem os diversos aspectos históricos e culturais constituintes dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento dos sujeitos nos contextos educacionais (ARAÚJO; FEITOSA, 2018, p. 183).

No Brasil, de acordo com Petroni e Souza (2017) a década de 1980 marcou o início dos questionamentos e das reflexões acerca da inserção e da atuação do psicólogo na escola. Foi a partir dessa década que “foram formuladas críticas contundentes a práticas psicológicas que não favoreciam os processos de aprendizagem e desenvolvimento” (GUZZO, 2016 *apud* CAVALCANTE; AQUINO, 2019, p. 120).

Esse movimento de crítica protagonizado por Maria Helena de Souza Patto, impulsionou transformações importantes no papel do psicólogo escolar educacional (PEE). Dando um novo sentido e rompendo o paradigma estabelecido para seguir na direção de uma abordagem emergente, contextualizada, que, sobretudo considera todas as instâncias e segmentos educacionais. Nessa perspectiva Cavalcante e Aquino (2019) abordam que ações estratégicas como a

mudança do currículo do curso de psicologia, bem como o estágio em psicologia escolar foram pertinentes nesse processo.

Desse modo, nos amparamos nos escritos de Martinez (2010 *apud* GONÇALVES; VERAS, 2019, p. 86) que aponta para a complexidade da atuação do PEE.

A atuação do psicólogo na escola deve perpassar a construção do projeto político pedagógico, a coordenação de disciplinas e atividades direcionadas ao desenvolvimento global dos alunos, a caracterização da população escolar para o desenvolvimento de estratégias formativas específicas, dentre outras ações de cunho integral e interdisciplinar.

Essa descrição corrobora uma nova concepção no papel do PEE que o reconhece como um campo específico de conhecimento que não deve estar condicionado unicamente a oferecer um serviço clínico à escola. Mas, comprometido com todo processo educacional, considerando que os elementos pertinentes ao desenvolvimento e a aprendizagem ocorrem também extras muros das escolas, dentro de qualquer espaço físico ou instituição educacional.

À medida em que concebemos a escola como um espaço social e um local de diálogos e de construção do pensamento crítico e reflexivo para a transformação do mundo, é também compreendida como uma instituição onde se buscam conquistas de construções de saberes e redes de sociabilidade para enfrentamento de problemas de ordem pessoal e coletiva. O psicólogo atua dentro desse contexto, estabelecendo ações de maneira colaborativa com toda a equipe que compõe a instituição escolar.

Assim, a escola desempenha um papel importante na promoção do bem-estar e da saúde mental dos estudantes e de todos os envolvidos no processo ensino aprendizagem, pois sabe-se que num contexto escolar são várias demandas encontradas, desde dificuldades de aprendizagem, violência intrafamiliar, *bullying*, pensamentos e tentativas de suicídio, e o próprio suicídio em si, dentre outras (MOREIRA; PEREIRA, 2020). Desse modo, torna-se cada vez mais necessário propor ações de maneira coletiva que contribuam para o bem-estar de toda a comunidade escolar.

Lessa (2010 *apud* PIENIAK; FACCI; BARRETO, 2021, p. 2) versa que “historicamente, concepções teóricas em psicologia escolar e educacional têm sido permeadas, em algumas situações, por uma visão tradicional e em outras por uma visão crítica”. Frente a esse entendimento podemos refletir sobre qual papel o psicólogo vem desempenhando na escola e na educação na contemporaneidade.

Partindo desse pressuposto e, pensando a escola como um ambiente social crítico/ reflexivo e um espaço de acolhimento de diversas demandas emergentes dentro desse contexto, compreendemos o plantão psicológico como uma atividade relevante e necessária a ser desenvolvida no contexto escolar educacional e a ser inserida na formação do graduando em psicologia.

Na medida em que, o plantão psicológico vem se configurando uma prática importante no fazer profissional do psicólogo escolar educacional bem como é uma atividade curricular capaz de aproximar os graduandos dessa realidade, permitindo-lhes realizar intervenções e reflexões pertinentes a referida área.

Desse modo, o tema “plantão psicológico” vem sendo problematizado dentro do campo de atuação do psicólogo escolar educacional, pois já se pensava sobre a necessidade de se fazer

atendimentos fora da clínica, ou seja, um atendimento em que o profissional estivesse disponível a fazer uma intervenção imediata, no sentido de acolher o indivíduo no momento de sua urgência psicológica, fazendo com que este tenha uma melhor compreensão acerca de seu sofrimento (TASSINARI, 2003).

A criação desse serviço psicológico teve início na Universidade de São Paulo, na década de 60 mais especificamente em 1969, onde se fazia um serviço de aconselhamento psicológico no Instituto de Psicologia, que foi fundado por Rachel Rosenberg e orientado por Oswaldo de Barros Santos (TASSINARI, 1998). Ao longo dos anos, o plantão psicológico foi introduzido em várias áreas como: à comunidade, à escola, em clínicas-escola de Psicologia, hospitais psiquiátricos, do esporte, etc.

De acordo com Moura *et al.* (2000, p. 1)

O plantão psicológico visa trabalhar as demandas urgentes e imediatas levantadas pelo cliente no momento da tomada de consciência de seu sofrimento psíquico. Trata-se de um atendimento em nível emergencial, distinguindo-se, portanto, de uma psicoterapia tradicional cujas bases e procedimentos se caracterizam pelo estabelecimento de um “setting” específico: atendimento sistemático e de longo prazo com vistas a uma integração profunda e permanente na pessoa atendida.

Assim, o plantão psicológico como uma modalidade de atendimento clínico de caráter emergencial, tem como objetivo uma intervenção imediata. De acordo com Mahfoud (2012), o termo “plantão” diz respeito a um tipo de serviço, oferecido por profissionais que ficam disponíveis para quaisquer pessoas que deles

precisem, em intervalos de tempo anteriormente determinados e ininterruptos.

Rebouças e Dutra (2010) apresentam o plantão psicológico como um momento de compreensão do sofrimento apresentado pelo indivíduo, mas sem pretensão de resolução ou aprofundamento da questão trazida e sim de se tornar mais consciente e ter maior clareza sobre o que está experienciando, ou seja, “reorganizar sua vivência de modo que seja capaz de escolher como deve prosseguir o acompanhamento, se haverá retorno ou encaminhamento para outro serviço” (TASSINARI, 1999, p.123 *apud* BEZERRA, 2014, p. 135).

Mahfoud (2012) evidencia três características ao afirmar que o plantão psicológico é um desafio, tais características referem-se as perspectivas das partes que integram o serviço. A primeira, é a institucional, na qual “o atendimento de plantão pede uma sistematicidade do serviço oferecido” (p. 17), o que significa que deve existir um método a ser seguido na realização do serviço para que o mesmo não seja executado de modo desordenado.

A segunda é a perspectiva profissional de que deve haver “uma disponibilidade para se defrontar com o não-planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único” (p. 17), essa perspectiva mostra a importância de que o psicólogo esteja aberto às adversidades que podem emergir durante o processo, incluindo o que lhe difere da psicoterapia. Por fim, a terceira perspectiva, refere-se ao ponto de vista do próprio cliente que vê o serviço como “um ponto de referência, para algum momento de necessidade” (p. 17), o que reitera o objetivo do plantão.

No estágio supracitado nos damos conta que os limites da atuação do PEE devem perpassar a realidade escolar, bem como os processos educacionais. Sobretudo, nos interessa apresentar a prática desenvolvida no plantão psicológico realizado na escola sob a perspectiva do estágio em psicologia escolar e educacional.

ESTÁGIO EM PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL

No que diz respeito a formação do psicólogo no Brasil, podemos mencionar que as mudanças no currículo da graduação a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (2004) do curso de psicologia, e o abandono do currículo mínimo que estruturava a formação anterior, contribuíram para que boa parte das instituições de ensino superior (IES) dessem mais ênfase a estágios básicos e supervisionados, bem como disciplinas teóricas no âmbito da psicologia escolar e educacional.

Esse viés é bem delimitado no currículo de psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Pará (FAPSI/UFPA), que em seu projeto pedagógico conta com a oferta de várias atividades curriculares (disciplinas) obrigatórias e de livre escolha, voltadas ao conhecimento da psicologia escolar educacional.

O estágio supervisionado em psicologia é uma das disciplinas obrigatórias do curso, que na grade curricular da FAPSI/UFPA se distribui em 05 áreas de atuação do psicólogo a saber: a área escolar e educacional, a gestão, a pesquisa, a saúde e a clínica. Sendo obrigatório que o discente opte por uma dessas áreas, mas tendo também a possibilidade de cursar as demais se assim decidir.

Nessa direção é necessário considerar o caráter multidisciplinar da própria psicologia, bem como da educação e possibilitar ao estudante do curso de psicologia uma formação condizente com a estrutura do atual currículo. Subsidiada por essa ideia a Psicologia Escolar Educacional se tornou uma das áreas de atuação da psicologia que pode ser escolhida para se realizar estágio durante o curso. Sendo assim deve contemplar o ensino prático e

teórico das atribuições e competências que o psicólogo escolar educacional deve desenvolver.

Hodiernamente dotada de um fazer específico, que se ampara em reflexão teórica, pesquisa e intervenção profissional. Essa perspectiva mostra que o estágio supervisionado se faz necessário e oportuno para que o discente desenvolva as competências e habilidades específicas dessa área de atuação e que lhe seja oportunizado vivenciar nesse ambiente tais atribuições. Nesse contexto, o plantão psicológico tem se constituído uma possibilidade de prática recorrente no contexto escolar.

PLANTÃO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO ESCOLAR

A atuação do psicólogo no contexto escolar educacional possui amplas possibilidades, dentre elas a realização do plantão psicológico.

Segundo Bezerra (2014), o atendimento individual em psicologia escolar educacional pode ser visto como um retrocesso, porém é importante observar as demandas que surgem nesse ambiente, que por muitas vezes pode ser de forma “individual, espontânea e emergente ou quase emergente” (BEZERRA, 2014, p. 138), e que essas demandas são consideradas pré-requisitos para o atendimento em modelo de Plantão Psicológico.

Existe demanda para uma escuta clínica dentro da escola, porém não com propósitos psicoterápicos, e sim como um espaço de atenção psicológica a questões emergentes e espontâneas surgidas nesse contexto. Nos diversos momentos de procura do Serviço de Psicologia Escolar, era recorrente a demanda ser por uma escuta clínica pontual, sem que

necessariamente houvesse desdobramentos em direção a um acompanhamento psicoterápico (BEZERRA, 2014, p. 138).

Ainda de acordo com Bezerra (2014), o psicólogo deve atender de forma contextualizada e crítica, e levar em consideração outros elementos no ambiente escolar que podem ter influência na queixa apresentada.

Diante do exposto, apresentaremos a seguir uma experiência de estágio supervisionado em psicologia escolar educacional, a partir da prática do plantão psicológico realizado em uma escola pública da rede federal de ensino da região metropolitana de Belém, pela psicóloga da instituição e estagiários da Universidade Federal do Pará (UFPA) integrada ao acompanhamento da professora supervisora de estágio da UFPA.

A atividade de plantão psicológico já vinha sendo desenvolvida há mais de dez anos na referida escola, conduzida pela psicóloga da escola, pelos estagiários de psicologia e pela professora supervisora de estágio em psicologia escolar educacional da UFPA.

No ano pandêmico de 2020, essa atividade ocorreu de forma virtual na plataforma *Google Meet* e pelo *Whatsapp* e no ano de 2021, o plantão foi retomado de forma presencial e com a inserção da nova psicóloga escolar em função da aposentadoria da profissional anterior.

Em decorrência dos problemas psicológicos oriundos da pandemia do Covid-19, que potencializaram sentimentos como medo, ansiedade, insegurança, tristeza, desânimo e, em alguns casos, tornou-se fator desencadeador de transtornos mentais, percebeu-se a necessidade premente da retomada da implementação desse espaço de escuta e apoio psicológico no ambiente escolar.

O plantão na escola funciona as segundas, quartas e a sextas – feiras no horário de 08:00 as 12:00 horas, tendo como público-alvo alunos do 1º, 2º e 3º ano do ensino médio, seus pais e/ou responsáveis e docentes, pois é nesse segmento da escola que esse estágio vem se desenvolvendo. Esse serviço tem como finalidade atender às demandas psicológicas emergenciais que estão interferindo na qualidade de vida e na saúde mental dos alunos, pais/ou responsáveis e docentes.

Corroborando com a perspectiva de Lopes *et al.* (2017, p. 03) para o qual o plantão, “é destinado às pessoas que buscam um atendimento de apoio emergencial em situação de crise ou situações que tiram o equilíbrio momentâneo e necessitam de uma ação interventiva imediata”.

Destaca-se que apenas alunos do ensino médio buscaram o plantão. E que as principais demandas trazidas por esses alunos foram: ansiedade (crises de ansiedade); dificuldades de relacionamento interpessoal; questões referentes ao próprio ciclo da adolescência, como busca da identidade, flutuações de humor, angústia diante da identidade sexual, dilemas afetivos e problemas familiares.

Levando em consideração esse contexto, podemos esperar o surgimento das mais diversas queixas, relacionadas ou não ao ambiente escolar. O que reforça a necessidade desse tipo de escuta que possibilite encaminhamento, planejamento e a implementação de estratégias de intervenção frente a essas demandas.

O perfil dos indivíduos que procuraram o plantão foi: 100% de discentes do ensino médio, 80% do sexo feminino, faixa etária de 15 a 18 anos, sendo a maioria cursando o primeiro ano do ensino médio, contabilizando 60% da procura nesse nível de ensino, manifestando como queixa principal ansiedade.

De acordo com Bock (2007) a adolescência é um marco cultural, biológico e psicossocial, vista por diversos autores como um período conturbado, uma fase do desenvolvimento humano repleta de conflitos “naturais”. Aberastury e Knobel (2003) destacam a síndrome normal da adolescência, apontando que nessa fase são esperadas características peculiares como: a busca de uma identidade, as flutuações de humor, a separação progressiva dos pais que pode causar conflitos familiares, dentre outras características, as quais foram observadas no processo de escuta e acolhimento no decorrer do plantão psicológico.

Para Erickson (1976 *apud* Bock, 2007, p. 64) a adolescência é um período de confusão de papéis e conflitos de identidade que a caracterizam como “um modo de vida entre a infância e a vida adulta”. Além disso, também é uma etapa na qual os hormônios e a sexualidade começam a se expressar de modo mais incisivo. Com a adolescência se intensificam as pressões sociais a respeito do futuro profissional e as cobranças a respeito do desempenho escolar aumentam, o que pode desencadear sofrimento psicológico.

Diante da problemática vivenciada dos reflexos da pandemia da Covid-19 no contexto atual a qual vivenciamos, o Plantão psicológico tornou-se um serviço importante e necessário, como um espaço de acolhimento dos alunos e pais/ou responsáveis e um dispositivo de apoio ao processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Esse também foi considerado relevante na formação dos estagiários de psicologia escolar educacional, possibilitando a prática de escuta e acolhimento psicológico. Durante as supervisões, realizadas semanalmente e em grupo, era oportunizada a socialização das escutas e a integração da aprendizagem das competências e habilidades imprescindíveis a atuação profissional.

Diante do surgimento de múltiplas demandas que por vezes não são necessariamente da escola, mas que de alguma forma ocorrem nesse contexto e reverberam na vida escolar dos sujeitos da aprendizagem, Souza *et al.* (2019, p. 66) considera que,

[...] o Plantão Psicológico consiste num serviço de acolhimento em situações emergenciais que objetiva atender a uma demanda de ajuda psicológica, sendo um serviço abrangente, podendo ser aplicado em vários contextos, dentre eles o escolar.

Sobretudo, observa-se que essa modalidade de atendimento psicológico não é tão experienciada nesse espaço, mas que dado a relevância do aumento de casos de depressão, ansiedade, autolesão, *bullying* e outras naturezas e ocorrências de violência que acometem a escola, o psicólogo precisa se mostrar comprometido e se preparar teórica e tecnicamente para o enfrentamento de situações como estas.

Nesse aspecto o plantão psicológico se revela uma ferramenta possível para a escuta dessas problemáticas, bem como é uma prática relevante e significativa a formação do estagiário de psicologia. A importância da atuação do psicólogo na escola repousa na possibilidade desse profissional abordar as questões da subjetividade humana, as particularidades dos sujeitos e das relações psicossociais.

Assim, observamos a necessidade da implementação de espaços de escuta e acolhimento por parte do profissional da psicologia, tendo em vista, a grande demanda existente no contexto escolar e educacional. Dessa forma, o objetivo da atuação do psicólogo no plantão psicológico seria oferecer escuta e apoio especializado a comunidade escolar educacional, visando a reestruturação e a manutenção do equilíbrio dinâmico da pessoa

como um todo, através de um processo de conscientização e de acolhimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do psicólogo tem se caracterizado por uma vasta possibilidade de atuações que consideram múltiplas áreas como a clínica, a educação, a gestão, a investigação a saúde, dentre outras. A escola compõe um espaço importante desse fazer, mas que necessita que o psicólogo escolar educacional desenvolva uma formação sólida, contextualizada e específica para atender as necessidades da área.

O estágio como disciplina do curso de psicologia deve possibilitar um processo de aprendizagem em que seja possível analisar criticamente a psicologia escolar e educacional, integrando a teoria estudada em sala de aula com a prática. E que no decorrer da formação acadêmica o graduando possa incorporar conhecimentos teóricos, habilidades técnicas, interpessoais e éticas.

Nesse sentido cabe ressaltar as dificuldades e entraves que também se fazem presentes no processo de aprendizagem ao longo do estágio e na graduação, sendo importante destacar que o estágio como período de aplicação teórico técnica deve ser pautado por conhecimentos e práticas que visam proporcionar ao estagiário uma sólida formação geral e interdisciplinar.

Sobretudo concluímos que o estágio em psicologia escolar educacional é uma possibilidade de se apreender a atuação do psicólogo. E reafirmar a contribuição do estágio para a formação básica do graduando e futuro profissional. Considerando esses aspectos a psicologia escolar e educacional é uma área que cada vez

mais vem buscando uma atuação profissional que se relacione com as necessidades e demandas próprias do seu contexto.

O plantão psicológico se faz um serviço necessário e relevante no espaço escolar educacional e afins e isso se justifica pelas demandas que não relacionadas diretamente com a escola, reverberam no processo de ensino aprendizagem e na saúde mental de seus atores.

Em contrapartida, ressalta-se o processo de construção contínua da busca de uma identidade profissional pelo PEE que nos faz pensar em distanciar a escola de uma prática clínica a qual se apropriou no início de sua atuação. Contudo é preciso destacar a necessidade de se ter esse espaço de acolhimento e escuta psicológica, relevante na formação do graduando de psicologia, e, compreender que apesar de ser uma modalidade de atendimento clínico, o plantão psicológico é mais uma prática possível e que não anula as demais atribuições e possibilidades de atuação do psicólogo escolar e educacional.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.

ARAUJO, C. M. M.; FEITOSA, L. R. C. “O papel do psicólogo na educação profissional e tecnológica: contribuições da Psicologia Escolar”. **Estudos de Psicologia**, vol. 35, n. 2, 2018.

BEZERRA, E. N. “Plantão psicológico como modalidade de atendimento em psicologia escolar”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 14, n. 1, 2014.

BOCK, A. M. B. “A adolescência como Construção Social: estudos destinados a pais e educadores”. **Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 11, n. 1, 2007.

CAVALCANTE, L. A.; AQUINO, F. S. B. “Práticas Favorecedoras ao Contexto Escolar: discutindo formação e atuação de psicólogos escolares”. **Psico-USF**, vol. 24, n. 1, 2019.

DIAS, A. C. G.; PATIAS, N. D.; ABAID, J. L. W. “Psicologia escolar e possibilidade de atuação do psicólogo: algumas reflexões”. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 18, n. 1, 2014.

GONÇALVES, M. O.; VERAS, R. M. “Os desafios dos estágios supervisionados específicos em psicologia escolar”. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, vol. 71, n. 1, 2019.

LOPES, D. R. P. B. *et al.* “O adolescente e o plantão psicológico escolar”. **Portal dos Psicólogos** [2017]. Disponível em: <www.psicologia.pt>. Acesso em: 23/05/2023.

MAHFOUD, M. “A vivência de um desafio: Plantão Psicológico”. *In*: MAHFOUD, M. (org.). **Plantão Psicológico: Novos Horizontes**. São Paulo: Editora Artesã, 2012.

MOREIRA, K. S. F.; PEREIRA, E. C. “O projeto PDE.K como estratégia de ação em rede psicossocial nas escolas da rede pública da zona sul de Manaus”. **Anais do VII Congresso Nacional de Educação**. Maceió: CONEDU, 2020.

MOURA, I. F. C. *et al.* “Plantão Psicológico na Escola: O aluno como centro”. **Portal da UFOP** [2000]. Disponível em: <www.ufop.br>. Acesso em: 17/05/2023.

PIENIAK, J.; FACCI, M. G. D.; BARRETO, M. A. “Estágio em psicologia escolar e educacional: teoria e prática em um serviço-escola”. **Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 25, 2021.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. “Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade”. **Phenomenological Studies: Revista da Abordagem Gestáltica**, vol. 15, 2010.

SANTOS, D. C. E. *et al.* “Mapeamento de competências do psicólogo escolar”. **Psicologia Educacional e Escolar**, vol. 21, n. 2, 2017.

SOUZA, L. F. D. C. *et al.* “O plantão psicológico praticado na escola sob a perspectiva da abordagem centrada na pessoa: uma revisão narrativa”. **Caderno de Graduação -Ciências Humanas e Sociais**, vol. 5, n. 2, 2019.

TASSINARI, M. A. “Projeto de Plantão Psicológico na escola”. **JLBELAS Psicólogo** [1998]. Disponível em: <www.jlbelas.psc.br>. Acesso em: 06/06/2023.

TASSINARI, M. A. **A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos** (Tese de Doutorado em Psicologia). Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

CAPÍTULO 6

*O Itinerário Terapêutico de Mães em
Sofrimento Psíquico: Narrativas que Guiam o Cuidado*

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: NARRATIVAS QUE GUIAM O CUIDADO

Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti

Denise Machado Duran Gutierrez

Desde a Proclamação da República até o fim da ditadura militar, predominou-se no Brasil dois modelos de assistência à saúde: (a) o modelo médico assistencial privatista, voltado para a demanda espontânea, centrado no atendimento de doentes e predominantemente curativista; e (b) o modelo assistencial sanitarista, visando o enfrentamento dos problemas de saúde pública através de campanhas e programas. No entanto, nenhum dos modelos contemplava a integralidade da saúde dos indivíduos (PAIM, 2003).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS fizeram emergir a necessidade de se constituir um novo modelo de atenção centrado no usuário – e não na doença, uma vez que o sujeito passa a ser compreendido como alguém dotado de singularidades e construções sociais significativas para a sua saúde e qualidade de vida (MEHRY *et al.*, 2004).

À luz das novas concepções de saúde, entende-se que o sistema de cuidados de qualquer sociedade não pode ser estudado isoladamente dos outros aspectos, em especial da sua organização social, religiosa, política e econômica. Dentro dessas sociedades, há muitos indivíduos oferecendo aos demais seu modo particular de explicar, diagnosticar e tratar as inquietações na saúde, tornando amplo o leque de caminhos que podem ser percorridos por uma

pessoa em busca de cuidados terapêuticos. Desta forma, concebemos a existência de pluralismos nos cuidados de saúde (HELMAN, 2009).

Este estudo teve por objetivo analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com histórico de sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Muitas pesquisas sobre o tema trataram de avaliar os serviços de saúde e a qualidade dos profissionais envolvidos.

Deseja-se aqui, entretanto, conhecer os dispositivos de cuidados acionados por este grupo específico ao longo da vivência da maternidade e contribuir a análise do olhar ampliado sobre o universo cultural dos usuários, de forma a adequar práticas e a atingir resultados terapêuticos mais efetivos.

Assim, optou-se pela pesquisa de campo guiada pela abordagem qualitativa. Foram ouvidas 06 (seis) mulheres usuárias do serviço de saúde em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade. Os dados coletados foram analisados a luz da Psicologia Histórico-Cultural e Teoria da Subjetividade uma vez que se entende que os processos de saúde-doença não podem ser devidamente compreendidos quando separados do contexto em que estão inseridos.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

O conceito de Itinerário Terapêutico surge na literatura socioantropológica. Foi pensado a partir da necessidade de compreender o percurso dos cuidados em saúde. Para Alves e Souza (1999, p. 125) os itinerários terapêuticos visam “interpretar os

processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento”.

Contudo, os autores acrescentam que a análise do itinerário terapêutico não deve se limitar a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, pois esses elementos se mostram insuficientes para compreender o complexo processo de escolha.

Este adendo se torna significativo ao estudarmos o processo do surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos. No percurso das ciências sociais esse conceito foi batizado de diferentes formas, como “illness behavior”, “illness career” e “therapeutic itineraries”. Cada uma dessas expressões enfatiza alguns aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições/doenças (ALVES, 2015).

Termo criado por Mechanic e Volkart em 1960, o illness behavior, ou comportamento do enfermo, tratava de uma teoria baseada em uma “concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício” (ALVES; SOUZA, 1992, p. 126).

As teorias sobre o comportamento enfermo sofreram duras críticas ao longo das décadas, uma vez que se reconheceu que as ações dos indivíduos na busca de cuidado eram compreendidas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e na crença no modelo biomédico. A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais junto a análise acerca da procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais produziram uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento (CABRAL *et al.*, 2011).

Segundo Marteleto e Silva (2004, p. 41),

as redes são sistemas compostos por ‘nós’ e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações etc.) conectados por algum tipo de relação.

A compreensão das relações sociais estabelecidas por um indivíduo se faz de suma importância para a estudo dos processos de saúde-doença, bem como da organização dos serviços de tratamento.

No intuito de organizar as diferentes interpretações sobre doenças e seus tratamentos, foram sugeridas diversas classificações de sistemas terapêuticos. Dentre eles, destacou-se o modelo proposto por Kleinman (1980) de Sistemas de Cuidado em Saúde (*Health Care System*).

O autor sugeriu que, ao examinar qualquer sociedade complexa, pode-se identificar três setores sobrepostos e interconectados de cuidados em saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional. Cada setor tem seus próprios modos de identificar e tratar as aflições de saúde, de definir quem é a pessoa que trata e quem é o paciente, assim como especificar as formas de interação ao longo do encontro terapêutico (HELMAN, 2009).

O setor informal corresponde ao campo leigo, não-profissional, não-especialista da sociedade. É aqui que a má saúde é reconhecida pela primeira vez e onde iniciam os cuidados em saúde. Abarca todas as opções terapêuticas que as pessoas usam, sem qualquer pagamento ou sem consultas a especialistas. Entre as opções, é possível listar:

- (a) autotratamento ou automedicação;

- (b) indicações dadas por parentes, vizinhos ou amigos;
- (c) atividade de cura e cuidado mútuo em igreja ou grupo de autoajuda;
- (d) consulta com outra pessoa leiga que já possui experiência específica no tratamento de uma determinada aflição.

Estima-se que cerca de 70 a 90% dos cuidados de saúde ocorram nesse setor (ALVES; SOUZA, 1999; HELMAN, 2009). Este setor considera o seio familiar como o local real dos cuidados primários de saúde em qualquer sociedade.

O estudo feito por Gutierrez e Minayo (2009) concluiu que, no Amazonas, as mulheres são as principais provedoras de cuidados em saúde, corroborando com outras pesquisas a nível internacional (HELMAN, 2009) e nacional (MERINO; MARCON, 2007). Na Amazônia brasileira, as mulheres são consideradas protetoras do saber tradicional, armazenando conhecimento sobre uma ampla variedade de remédios que envolvem a utilização de plantas e ervas locais para o tratamento da má saúde (RODRIGUES, 2009).

Em geral, as pessoas doentes se movem livremente entre o setor informal e os demais setores, muitas vezes utilizando os três de uma vez, sobretudo quando o tratamento em um deles falha em atender as suas expectativas (HELMAN, 2009). O setor popular (*folk*) é formado por especialistas não-oficiais da cura, aqueles que detêm conhecimentos sagrados ou seculares.

Enquadram-se aqui os curandeiros, rezadores, puxadores, parteiras, espiritualistas, dentre outros. Embora não pertençam ao sistema médico oficial, ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (ALVES; SOUZA, 1999).

Os curandeiros e espiritualistas que operam no dia a dia são particularmente comuns e lidam com doenças supostamente causadas por punição divina ou feitiçaria. Sua abordagem é, em geral, holística. Lidam com todos os aspectos de vida do indivíduo adoecido, incluindo quaisquer sintomas físicos ou emocionais, assim como seus relacionamentos com demais pessoas, com o ambiente e com forças sobrenaturais.

Para aqueles que o utilizam, o saber popular pode oferecer diversas vantagens em relação à medicina científica, principalmente no que se refere ao envolvimento da família no diagnóstico e no tratamento. No entanto, assim como outras formas de cuidado, pode oferecer riscos à saúde do indivíduo ao ignorar, fazer um diagnóstico errado ou tratar indevidamente uma doença física ou mental grave (HELMAN, 2009).

O SUS brasileiro reconhece a importância da cultura e do saber popular no tratamento de doenças. Aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), veio afirmar o compromisso permanente do Estado em considerar não só os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (BRASIL, 2015).

O setor profissional compreende as profissões de saúde legalmente reconhecidas, como a medicina científica ocidental. Apesar do termo cunhado, este setor não é composto apenas pelas especialidades médicas. Faz-se presente as profissões paramédicas reconhecidas, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outras. No último século o setor se expandiu e tornou-se a forma dominante de cura encontrada em todo o mundo (ALVES; SOUZA, 1999; ALVEZ, 2015; CABRAL *et al.*, 2011).

O saber médico tem ajudado a recriar algumas das premissas culturais básicas, como a organização social, papéis sexuais e atividades em relação à doença e ao sofrimento. Foi o saber médico que valorizou a importância da mulher na formação biológica e social da criança e permitiu que ela tornasse sua constituição social em instrumento de poder feminino (BADINTER, 1985).

Apesar de todo prestígio, este setor oferece apenas uma pequena porção dos cuidados de saúde na maior parte do mundo (HELAMN, 2009). No Brasil, as inequidades de saúde e dificuldades no acesso a algumas regiões frequentemente tornam os recursos humanos e técnicos da medicina escassos.

O Amazonas contava, em maio de 2019, com um total de 754 (setecentos e cinquenta e quatro) equipes de saúde da família (eSF) implantadas nos seus 62 (sessenta e dois) municípios, estimando a cobertura populacional de assistência à saúde em 58,81%. Dentre este quantitativo, estima-se que 100 (cem) eSF atuem em Manaus, capital do estado. Este número tem capacidade para atender apenas 33,45% da sua população. Desta forma, é possível afirmar que, em boa parte da população amazonense, o cuidado acaba ocorrendo dentro dos outros dois setores.

Para entender como as práticas de saúde se dão em cada setor, Kleinman (1980) foi um pouco mais adiante e desenvolveu o conceito de Modelo Explicativo, que corresponde às noções que são empregadas tanto pelos pacientes quanto pelas profissionais de saúde acerca de um episódio da doença e seu tratamento. Segundo Helman (2009), este modo de examinar o processo oferece explicações que favorecem a orientação das escolhas entre terapias e terapeutas disponíveis e para projetar significados pessoais e sociais sobre a experiência do adoecimento.

Os modelos explicativos são fortemente moldados pelo contexto em que se inserem, permitindo o surgimento de várias

respostas para um mesmo episódio particular. Os modelos explicativos leigos, aqueles pertencentes ao setor informal, tendem a possuir características próprias, mutáveis e influenciados por fatores pessoais e culturais. Já os modelos explicativos do setor profissional baseiam-se na lógica e nos achados científicos. Em ambos os setores o objetivo é explicar, organizar e manejar os episódios de doença (HELMAN, 2009; ALVES, 2015).

A lógica explicativa sofreu algumas críticas no último século. Percebeu-se que explicar, organizar e manejar não é o suficiente para alcançar o sucesso terapêutico. Para Alves e Souza (1999, p. 131) “a atitude explicativa não leva em devida conta o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que os indivíduos desenvolvem suas ações”. As ciências sociais enfatizaram a necessidade de complementar a explicação com interpretação dos sentidos e significados do processo de saúde-doença do indivíduo.

Ao se estudar os processos de escolha de tratamento, é preciso considerar que esses processos não são meramente fatos que podem ser apreendidos com base em conceitos genéricos, mas ações humanas significativas, dependentes das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum (ALVEZ; SOUZA, 1999, p. 131).

Nesse sentido, torna-se necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos terapêuticos individuais elaborados dentro de um campo de possibilidades comprometido com a realidade histórica e cultural dos sujeitos.

METODOLOGIA

Os temas que englobam a subjetividade humana são melhores tratados pela metodologia qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem tem como enfoque principal a análise, interpretação e compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Destaca-se que a pesquisa de campo sob a ótica qualitativa tem ganhado espaço nas ciências da saúde, área onde prevalece a lógica positivista da pesquisa quantitativa. A partir da compreensão de que o processo saúde-doença apresenta múltiplas dimensões, Minayo e Minayo-Goméz (2003) afirmam que a abordagem qualitativa oferece profundidade e intencionalidade às relações e estruturas sociais que compõem esse processo, dando espaço ao sujeito e suas construções significativas.

Participaram deste estudo 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que utilizam os serviços de saúde do município e que vivenciam a maternidade. O local escolhido para alcançá-las foi o Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS- Sul), uma vez que esta é a instituição de referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico em Manaus-AM.

Para garantir o sigilo quanto a identidade das participantes, elas serão identificadas através do nome de flores, sendo elas: Azaleia, Alecrim, Jacinto, Violeta, Lotus e Orquídea. Para a coleta dos dados, optou-se pelo uso de três instrumentos:

- (a) questionário fechado para registro de dados sociodemográficos e de saúde;

- (b) associação livre de palavras, onde as participantes atenderam a seguinte instrução: “Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na ‘maternidade’”; e,
- (c) história de vida, definida como “*a narração, por uma pessoa, de sua própria experiência vivida*” (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 158).

Desta forma, tornou-se possível compreender as facetas do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais. Todo conteúdo foi gravado e posteriormente transcrito. A articulação destes instrumentos favoreceu a reflexão continuada acerca das múltiplas dimensões que envolvem a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

Após a preparação, descrição e recorte de conteúdo, os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e interpretados a luz da Psicologia Histórico Cultural de Vygotsky (2003) e da Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey (2003). Analisar dados é, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2011), decompor os dados e relacionar as partes decompostas. A interpretação, ainda de acordo com os autores, é buscar sentido nas falas para compreender ou explicar fatos ou teorias que vão além do descrito e analisado.

A vivência, traduzida do termo russo *pereživânie*, é parte integrante da afetividade – emoções e sentimentos. Vygotsky (2003) a define como a relação que o sujeito estabelece com a realidade. A ênfase está na relação e, assim, o conceito incorpora aspectos internos e externos, corroborando para a compreensão do ser humano enquanto biopsicossocial.

Devido ao caráter histórico do sujeito, torna-se impossível encontrar outro meio de estudar as vivências a não ser pelo método

dialético. Fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, a Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey permite o reconhecimento da pessoa como sujeito, sendo este capaz de gerar as mais diversas possibilidades de existência ao longo da sua história.

A subjetividade, desta forma, não pode ser entendida com base em dicotomias (indivíduo/social; razão/emoção), mas sim como um processo que considera o passado e o presente do homem e da sociedade e a forma se como se constrói o significado dessas relações.

Para o autor, a subjetividade é,

[...] um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionados: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro (GONZÁLEZ REY, 2004, p.141).

Assim, a subjetividade individual concebe os processos e as formas de organização da subjetividade que ocorrem nas diferentes histórias dos sujeitos, enquanto a subjetividade social permite que a categoria ‘social’ deixe de ser percebida como algo externo ao sujeito e passa a ser tratada em relação de reciprocidade permanente (GONZÁLEZ REY, 2004; 2003).

Este estudo foi desenvolvido atendendo as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e obteve a devida aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Além das normas reguladoras citadas, atentou-se ainda para a Resolução 580/18, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, que discorre acerca de pesquisas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa mulheres na faixa etária entre 30 e 52 anos. Todas vivenciaram a maternidade após o diagnóstico de saúde mental, seja na primeira gestação ou em gestações posteriores. Das entrevistadas, apenas uma não é natural do Amazonas, mas reside a maior parte da sua vida no estado e utiliza os serviços de saúde da região.

O Quadro 1, disposto na página seguinte, traz uma breve caracterização do perfil social e de saúde das participantes. Destacam-se as informações acerca do nível de escolaridade, estado civil e diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Aquelas com maior nível de escolaridade foram as mesmas que tiveram maior nível de aceitação da doença e melhor adesão à terapêutica estabelecida.

Ter uma relação conjugal de qualidade foi considerada fator essencial nas vivências da maternidade e no processo de sofrimento psíquico. Jacinto, Lotus e Orquídea vivem hoje em famílias reconstituídas e fizeram um comparativo entre as relações estabelecidas com base no apoio recebido.

Quanto ao diagnóstico de saúde, foi possível relacionar a presença de: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão, Ciclotimia, Transtorno do Humor Não Especificado, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno do Sono - Sonambulismo, Transtorno de Personalidade e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Independente do transtorno, todas consideraram a maternidade como um processo difícil de ser vivenciado. As falas das participantes Azaleia e Alecrim ilustram o sentimento do grupo.

Mas dizer que gravidez é fácil, não é não. Com transtorno ou sem transtorno, não é fácil. Pra ninguém é fácil. (Azaleia, 39 anos)

Uma gravidez, quando você tem problema de depressão, ela é muito ruim. É difícil (ALECRIM, 44 anos).

Quadro 1 - Perfil social e de saúde das mulheres participantes da pesquisa

Mulheres	Idade	Natural.	Religião	Grau de escolar.	Estado Civil	Nº filhos	CID	Ano do diagnóst.	Tipo de acomp.
Azaleia	39	Manaus AM	Evangélica	Pós-graduação	Solteira	1	F32 F60	2003	Psiquiatra + Psicólogo
Alecrim	44	Tefé AM	Evangélica	Fund. Incompleto	União Estável	5	F60 F42	1997	Psiquiatra + Grupo Terapêutico
Jacinto	52	Manaus AM	Cristã	Médio Completo	União Estável	2	F60.3 F39 F51.3	2007	Psiquiatra + Grupo Terapêutico
Violeta	30	Manaus AM	Católica	Superior Completo	Casada	3	F31 F20	2017	Psiquiatra + Psicólogo + Oficina de Esporte + Relaxamento
Lótus	52	Autazes AM	Evangélica	Médio Completo	União Estável	2	F32.2 F41.1	2016	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Patchwork
Orquídea	40	Rio de Janeiro RJ	Protestante	Mestrado	União Estável	2	F34 F42	2015	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Psicólogo

Fonte: Elaboração própria.

Observar o nível de escolaridade, a presença ou não de um companheiro, a religião e o ano do diagnóstico nos auxiliam a compreender a motivação das participantes quanto ao suporte escolhido nos processos de saúde-doença. Para facilitar a organização e compreensão dos resultados, eles foram divididos em 02 (duas) categorias: 1) Maternidade: sentidos e significados e 2) O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico.

Maternidade: sentidos e significados

Para entender o processo de escolha e as noções empregadas pelas participantes no cuidado em saúde é preciso, antes de tudo, compreender como elas percebem a sua vivência da maternidade. Conforme dito anteriormente, foi solicitado às mulheres que atendessem a seguinte instrução: “Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na ‘maternidade’”.

Não foi imposto o limite de tempo, o que permitiu espaço para a elaboração do termo a ser utilizado. Foram listadas 23 (vinte e três) palavras, sendo que algumas apareceram mais de uma vez. Para facilitar a análise, foram divididas em duas categorias: (a) Afetividade e (b) Atributos (Quadro 2).

Quadro 2 - Palavras relacionadas pelas participantes através da Associação Livre

Categorias	Palavras relacionadas
Positiva	Amor; Felicidade; Carinho.
Afetividade	Dor; Mágoa; Solidão; Raiva;
Negativa	Incapacidade; Angústia; Estresse; Cansaço.
Atributos	Doação; Renúncia; Dedicção; Cuidado; Preocupação; Maturidade; Paciência; Sabedoria.

Fonte: Elaboração própria.

A afetividade, um dos temas centrais na teoria de Vygotsky (2003), integra as emoções e sentimentos experimentados pelo sujeito. As emoções são entendidas como reação a um estímulo do ambiente. Já os sentimentos respondem às emoções e dizem respeito àquilo que o sujeito é capaz de sentir nas situações que vivencia. Ambos surgem com base na relação.

Foi possível elencar emoções/sentimentos com sentido positivo e negativo ligados às vivências. Sentido e significado, embora comumente utilizados como sinônimos, tem, para o autor, conceitos diferenciados.

O sentido de uma palavra é um agregado de todos os fatos psicológicos que surgem em nossa consciência como um resultado da palavra. O sentido é uma formação dinâmica, fluida e complexa que possui diversas zonas que variam em sua estabilidade. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto do discurso. É a mais estável, unificada e precisa dessas zonas. Em contextos diferentes, o sentido de uma palavra muda. Em contraste, o significado é um ponto comparativamente fixo e estável, o qual permanece constante com todas as mudanças do sentido da palavra que estão associadas ao seu uso em vários contextos (VYGOTSKY, 1987 *apud* DANIELS, 2011).

Por atributos entende-se as particularidades, as características que são próprias de alguém. Os atributos são, comumente, pré-estabelecidos pela cultura e permitem ao sujeito conferir sentido a sua vivência. Destacou-se, neste caso, as características da mulher-mãe e não da mulher-louca. Partindo do princípio vygotskyano de que toda ação é mediada pela cultura, a compreensão da vivência da maternidade só é completa quando a analisamos nos níveis cultural e histórico.

A mulher século XX atravessou a barreira do ambiente doméstico para o social e ganhou o direito de exercer os mais diversos papéis (FRANCHETTO; CAVALCANTI; HEILBORN, 1980). Percebeu-se, contudo, que ser mãe ainda é a principal característica da mulher. O papel materno foi visto de forma

diferenciada pelas participantes, posto que cada uma implicou a sua realidade e os seus conteúdos na experiência, tornando-a uma vivência subjetiva.

O corpo naturalmente destinado à maternidade nos leva a considerar o amor materno como algo espontâneo, inerente à mulher. Badinter (1985) define o amor materno como um sentimento complexo e imperfeito, podendo estar condicionado a vários fatores. Esperava-se que o amor fosse a principal palavra na fala das mulheres, representada pelo maior número de repetições.

Contudo, está não esteve presente na narrativa de duas participantes: Jacinto e Lotus. A primeira não aceitou a gestação e rejeitou os filhos e outra foi rejeitada pelos filhos após vivenciar anos de violência conjugal. Além do amor materno, a maternidade é culturalmente estabelecida como fonte de felicidade e de cuidados (MOURA; ARAUJO, 2004).

A felicidade foi um aspecto da afetividade que surgiu no discurso de outras duas mulheres: Alecrim, que vivenciou episódios sistemáticos de violência conjugal e encontrava nos filhos o refúgio do seu sofrimento; e Orquídea, que conta com o apoio do companheiro no cuidado dos filhos e da sua saúde mental. Acredita-se que, por que motivo, esta última elencou, também, o carinho como um sentimento característico da sua vivência.

Para além da antítese, a categoria afetividade quebra com o ideal de maternidade, pois o número de palavras com sentido negativo foi superior. Todos as emoções/sentimentos listados estiveram presentes no discurso das participantes Jacinto e Orquídea. Em comum, encontrou-se a palavra Dor. Para Jacinto, a dor fez referência ao sofrimento psicológico, ao processo de rejeição dos filhos, enquanto Orquídea utilizou o termo para descrever os impactos físicos da gestação no corpo.

Mágoa foi um sentimento elencado pela participante Jacinto e, ao relacionar com sua história de vida, percebeu-se que está diretamente vinculada a culpa pela rejeição. As demais palavras elencadas fazem um paralelo com a vivência materna do primeiro filho de Orquídea, fruto do casamento anterior, onde não foi assistida de forma satisfatória para si.

A atividade humana deve ser percebida numa relação direta com os sistemas dinâmicos de sentido (REY, 2007). A cultura e a sociedade associam alguns atributos ao ideal de maternidade. Esse conjunto de características permite a muitas mulheres viver a maternidade de forma gratificante, sentindo-se útil, alegre e orgulhosa da tarefa desempenhada.

Por outro lado, pode também desencadear sofrimento em outras mulheres, pois se sentem obrigadas a corresponder às expectativas sociais. A frustração no desempenho da função tem relação direta com o conjunto de emoções/sentimentos de sentido negativo por elas listados. Esses achados corroboram a pesquisa desenvolvida por Correia (1998), demonstrando que, mesmo após vinte anos, certos ideais de maternidade ainda perduram no meio social e influenciam diretamente nas suas vivências.

Vygotsky (2003) acredita que a fala é a principal ferramenta de expressão do sujeito. A compreensão da fala implica no reconhecimento do pensamento. Analisá-la em relação com a história pessoal de cada uma, incluindo a gestação, os aspectos conjugais e parentais, permite reconhecer e legitimar o sentido da afetividade expressa no seu discurso. González Rey (2007) atribui significativa importância a ordem do sentido pessoal, pois entende que essa se apresenta como a verdadeira produção psicológica.

O autor evidencia, então, o caráter de inseparabilidade entre pensamento, linguagem e processos afetivos individuais e reinterpreta os estudos de Vygotsky, definindo uma categoria de

sentido subjetivo. Esta nova categoria explica a “*relação inseparável do emocional e o simbólico, onde um evoca ao outro sem ser a sua causa*” (REY, 2002, p. 168). Por esta razão, o significado das palavras listadas pelas participantes gerou desdobramentos diferenciados nas narrativas e apareceram associados a múltiplas produções simbólicas emocionais.

Tomar conhecimento sobre as vivências da maternidade dessas mulheres se torna essencial para compreender a formação dos seus itinerários terapêuticos.

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Neste estudo, os itinerários terapêuticos foram analisados com base no sentido subjetivo definido por González Rey. Desta forma, entendemos que este,

[...] não representa uma expressão linear de nenhum evento da vida social, pelo contrário, ele é o resultado de uma rede de eventos e de suas consequências colaterais, que se expressam em complexas produções psíquicas (REY, 2007, p. 172).

Torna-se, assim, inseparável dos contextos sociais e culturais onde o sujeito está inserido. Tendo em vista que os Sistemas de Cuidado e os Modelos Explicativos são conceitos imbricados, optou-se por analisar as narrativas das participantes em constante relação com os dois conceitos.

Os modelos explicativos são fortemente moldados pelo contexto em que se inserem, permitindo o surgimento de várias respostas para um mesmo episódio particular (HELMAN, 2009). O

Quadro 3, disposto na página seguinte, apresenta um recorte das narrativas que apontam para as motivações das participantes no processo de escolha pelos sistemas acionados. Percebeu-se que as narrativas da maternidade são influenciadas e influenciam diretamente os múltiplos aspectos do sofrimento psíquico.

A partir do ponto de vista do sujeito, evidenciou-se a influência de fatores pessoais, sociais e culturais nos processos de escolha. Assim, listou-se 07 (sete) modelos explicativos:

- a) aparecimento de sintoma/crise;
- b) orientação de familiares ou amigos;
- c) ausência do suporte familiar;
- d) serviços disponíveis no SUS ou plano de saúde;
- e) encaminhamentos em rede;
- f) receio de internação psiquiátrica;
- g) satisfação quanto ao apoio recebido.

Destaca-se que tais modelos se encontram em vários momentos, evidenciando a complexidade presente na subjetividade humana descrita por González Rey (2007).

A subjetividade faz referência à perspectiva das participantes, incluindo suas opiniões, sentimentos, crenças e desejos. Seu reconhecimento mostrou que as mulheres estabeleceram uma relação recíproca com a sua realidade.

Os modelos explicativos justificam o uso dos setores inseridos nos Sistemas de Cuidado. Conforme apontado por Kleinman (1980), o sujeito em processo de adoecimento pode buscar auxílio em 03 (três) setores: informal, popular e profissional. Cada um desses setores possui distinta particularidade e contribui significativamente para o bem-estar daquele que recebe seu cuidado.

Quadro 3 - Modelos explicativos identificados nas narrativas das participantes

Participantes	Modelos Explicativos
Alecrim 44 anos	<p>“Eu ia mais no SPA (nota explicativa: Serviço de Pronto Atendimento) do que pro Eduardo Ribeiro (nota explicativa: Centro Psiquiátrico estadual). Eu não conseguia mesmo ir pra lá por conta do histórico de que as pessoas falavam que quem ia pra lá ficava”.</p> <p>“Quando eu ia tomar remédio eu tinha medo de prejudicar ela. E aí eu conversava com os médicos... eles me ajudam e tudo.”</p> <p>“Como eu não tinha ajuda de família, essas coisas, eu procurava as pessoas que me ajudassem”.</p>
Azaleia 39 anos	<p>“Eu tive que ir na casinha (nota explicativa: Unidade Básica de Saúde)... eu não, a mamãe. A mamãe ficou doida e saiu procurando um médico da casinha pra receitar. O importante é ter a receita, né?”.</p> <p>“Eu passei por fases que eu não levei muito a sério. Enquanto eu tava bem, tava tudo bem. Aí apareciam os sintomas e aí que eu procurava o médico”.</p> <p>“Po, tudo o que a minha amiga tá me falando tá dando certo. Então eu vou seguir tudo o que ela me fala”. Ela é uma mulher que tem bom exemplo”.</p> <p>- “Durante o pré-natal, já me encaminharam pra maternidade, porque lá que fazia o pré-natal de risco”.</p>
Jacinto 52 anos	<p>“O meu padraсто dizia que era espírito. Ele era espírita, então ele dizia que era espírito. Então pra tirar esse espírito, eu tinha que apanhar bastante”.</p> <p>“Mas ele me deu um encaminhamento psiquiátrico. Eu peguei esse encaminhamento e guardei na minha bolsa por uns 2 ou 3 anos”.</p> <p>“Eu tive uma crise tremenda dentro do hospital. Uma crise muito forte que me deixou muito debilitada, e eu fui parar lá no Eduardo Ribeiro”.</p> <p>“Porque cada obstetra que chegava no plantão era o meu médico do pré-natal. Porque, no caso, com os remédios do Eduardo Ribeiro eu praticamente tive que parar”.</p>
Lotus 52 anos	<p>“Eu não podia falar pro papai, eu não podia falar pra mamãe... Eu vivia trancada aqui. Quem me defendia e me ajudava era a família dele”.</p> <p>“O meu chefe me levou direto pra essa clínica que o médico cuidava de mim”.</p>
Orquídea 40 anos	<p>“Faço com o psicólogo particular. De vez em quando eu tô com umas situações muito minhas que eu acredito que não dá pra colocar no grupo. É muita gente”.</p> <p>“Ela me deu o encaminhamento pra eu ir pra maternidade. [...] Se não fosse o encaminhamento dela, eu nem teria conseguido vaga na maternidade”.</p> <p>“Através de conhecidos, eu fui lá no Francisca Mendes (nota explicativa: hospital público) e conversei com o médico de lá que eu queria fazer laqueadura”.</p>
Violeta 30 anos	<p>“Eu tinha meu plano de saúde, mas não cobria a maternidade. Como as minhas gravidez eram de risco, eles davam prioridade pra gente fazer o pré-natal nas maternidades que eles podem acompanhar”.</p> <p>“O meu marido me levou no CAPS, porque a cunhada dele já fazia tratamento lá”.</p> <p>“Porque se eu sento e vejo todo mundo no celular, vendo televisão, eu sinto que eu não tenho atenção, que eu não tenho ninguém pra conversar, que eu não tenho nada. No CAPS, não. Sempre tem alguém pra eu conversar”.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Dentre as narrativas, estiveram presentes os setores informal e profissional. O setor popular esteve presente apenas na fala da participante Violeta, que narrou a experiência da cunhada com um terreiro de macumba.

Mesmo sendo a vivência de uma terceira pessoa, a situação gerou impacto na vida da participante e, por tal motivo, será brevemente destacada.

A *D.*, a minha cunhada, já faz tratamento há 15 anos no CAPS. A madrinha do meu esposo, que era bandeira branca na macumba, disse que tinham feito macumba pra *D.* Magia negra. [...] Ela teve que tomar banho numa correnteza não sei das quantas, com o sangue do cordeiro. [...] E aí depois desse banho ela foi controlada. Aí a família descobriu o CAPS e levaram ela (VIOLETA, 30 anos).

Ressalta-se que o saber popular oferece como vantagem o envolvimento da família no diagnóstico e tratamento. Helman (2009), contudo, aponta que as formas de tratar pertinentes a esse setor podem oferecer riscos à saúde do indivíduo ao ignorar ou fazer um diagnóstico errado de uma doença física ou mental grave. Desta forma, é preciso estar atento para reconhecer o momento de buscar o auxílio do setor profissional.

Corroborando aos achados na literatura (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2009), o setor informal se mostrou o principal meio de cuidado. Foi onde os sinais do adoecimento foram reconhecidos e tiveram início os primeiros cuidados. Destacaram-se as indicações dadas por parentes ou pessoas próximas e as atividades de cura e cuidado mútuo em igreja.

No caso do adoecimento psíquico, é comum que as alterações de saúde sejam associadas a espiritualidade (HELMAN, 2009) ou

mesmo faz com que a pessoa seja vista como preguiçosa ou acomodada (TEODORO, 2010), o que dificulta a chegada do sujeito nos serviços de saúde adequados, mas, por outro lado, ajuda a fortalecer os laços afetivos e o apoio emocional. Nos casos de crise, a intervenção profissional se torna essencial e de urgência, tornando as instituições de saúde a referência no cuidado.

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental em 2001, a assistência àqueles vistos como loucos deixou de ser centrado no médico e passou a ser responsabilidade de todos a sua volta. Desta forma, todos aqueles que o circundam se tornam parceiros no cuidado. Nas narrativas analisadas, foi identificada a participação ativa dos seguintes membros: mãe, pai, esposo/companheiro, irmãos, tia, sobrinha, filhos, avó, sogra e cunhada.

Na ausência do suporte familiar, amigos, vizinhos e instituições comunitárias, tais como a igreja, também foram acionados. A manutenção do cuidado nos sistemas informal teve por base o nível de satisfação das mulheres com o apoio recebido. Esse processo se mostrou presente tanto nas vivências de mãe quanto de mulher em sofrimento psíquico.

Percebeu-se que o círculo familiar e de convívio social atuaram como um importante instrumento de apoio, uma vez que ofertaram suporte emocional, companhia social e ajuda material e de serviços. A espiritualidade também se mostrou um forte componente no que diz respeito ao cuidado em situações de desesperança ou mesmo quando o comportamento não poderia ser explicado pela lógica mundana.

Nas 06 (seis) histórias narradas, a fé, independente da religião, foi percebida como fator motivacional para o tratamento e recuperação da estabilidade emocional e, por tal motivo, a busca por instituições religiosas foi uma constância nos discursos. Inoue e

Vecina (2017), ao estudar a aproximação da saúde mental com a dimensão espiritual, perceberam que esta última estimula a autoconfiança, firmeza e favorecem a adaptação e maior aceitação aos processos de saúde-doença.

O setor profissional, formado pelas profissões devidamente reconhecidos na área da saúde e detentor do saber científico, foi valorizado na fala de todas as participantes. Foi possível listar os seguintes serviços utilizados: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e com Estratégia Saúde da Família (UBS-ESF), maternidades, policlínicas e clínicas particulares.

Para o cuidado em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram considerados referência. No entanto, 02 (duas) participantes foram diagnosticadas antes da inauguração do primeiro CAPS no município, em 2006, e, por isso, utilizaram os serviços ambulatoriais do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) ou de policlínicas.

Os principais profissionais acionados foram psiquiatras e psicólogos. As novas formas de fazer saúde mental permitiram, contudo, a inserção de outros profissionais na área. Assim, dentro da terapêutica individual das participantes também pode ser encontrado apoio de profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

O CPER encerrou suas atividades em 2014, tornando o Amazonas o estado mais atrasado no processo da reforma psiquiátrica (NAVARRO, 2007). A precariedade da estrutura e a assistência não humanizada do CPER quando somadas ao imaginário da loucura, suscitavam o receio de uma internação psiquiátrica. Desta forma, as participantes optaram, mais uma vez, pelo uso de policlínicas ou clínicas particulares.

Quando constatada a gestação, o psiquiatra do CAPS encaminhava a participante para a realização do pré-natal de risco, o que envolve a inserção de profissionais da atenção básica (UBS ou ESF) e da maternidade. Para aquelas que possuíam plano de saúde, outros serviços particulares também foram acionados.

O quadro 4 traz algumas falas das participantes que se destacaram e que sintetizam a vivência coletiva. É válido destacar que atuação do setor profissional não limitou o informal e vice-versa, mas que ambos atuaram de forma cooperativa. As mulheres puderam caminhar livremente entre eles, buscando o auxílio necessário para cada momento vivido.

Quadro 4- Setores acionados pelas participantes da pesquisa

Setor Informal	Setor Profissional
<ul style="list-style-type: none"> • “Não foi eu que notei, foi o meu marido. [...] E ele sinalizou que eu tava adoecendo”. (Violeta, 30 anos) • “E sempre ouvindo vozes, vendo vultos, pessoas. E eu sem saber explicar. O meu padrasto dizia que era espírito. [...] Então pra tirar esse espírito, eu tinha que apanhar bastante. Então eu me batia muito, principalmente nas orações, pra que esses espíritos maus saíssem”. (Jacinto, 52 anos) • “E essa depressão ela veio e eu não me cuidei. Eu tomava meus remédios, mas aí eu disse ‘Eu vou me tratar na igreja’. Aí eu fui pra igreja e foi quando as pessoas passaram a me ajudar”. (Alecirim, 44 anos) • “Eu só penso coisa negativa. Hoje eu vou todo dia pra igreja pra ajudar a me fortalecer”. (Lotus, 52 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu tive uma crise tremenda dentro do hospital que me deixou muito debilitada, e eu fui parar lá no Eduardo Ribeiro”. (Jacinto, 52 anos) • “Quando eu tava grávida, eu era muito nervosa. E quando eu ia tomar remédio eu tinha medo de prejudicar ela. E aí eu conversava com os médicos e eles me ajudavam e tudo”. (Alecirim, 44 anos) • “Eu não gosto nem de pegar remédio lá no CAPS. Mas eu internalizei que eu preciso tomar. A doutora me ajudou muito nisso. Por isso que eu digo que a psicoterapia é a chave do tratamento pra qualquer tipo de transtorno”. (Azaleia, 39 anos) • “Eu fui o centro das atenções durante todos os meses de gravidez. Ele me ligava, saía mais cedo do trabalho dele pra me acompanhar no médico, nas consultas”. (Orquídea, 40 anos)

Fonte: Elaboração própria.

A categoria de sentido subjetivo de González Rey (2002), apesar de ter como base a categoria de sentido de Vygotsky, distingue-se dela por dar ênfase na relação entre o simbólico e emocional, integrando a experiência social do sujeito.

No caso das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, tornou-se impossível separar a organização subjetiva da mulher-mãe da mulher em sofrimento psíquico, assim como os múltiplos contextos que se inseriram.

Corroborando ao entendimento do autor, reconhecer o sentido subjetivo mostrou-se essencial para entender as causas e consequências da vida social, dos processos de saúde-doença e da produção de cuidados sobre o grupo estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade não se resume a um evento biológico, mas a uma vivência inscrita num quadro sócio-histórico. A compreensão do conceito de sentido em Vygotsky e em González Rey, bem como o reconhecimento do sujeito, sua personalidade, motivações e afetos favoreceram identificar como se organizam estas vivências. Desta forma, observou-se que a relação entre afetividade e a cognição é processo que impulsiona a definição dos itinerários terapêuticos.

A vivência materna carrega consigo uma intensa carga afetiva que, quando associada aos modelos de maternidade pré-estabelecidos, pode potencializar ora o papel feminino e ora o sofrimento psíquico. A subjetividade não se esgota na experiência individual e tampouco é determinada apenas por processos sociais. Neste estudo, ela fez referência à perspectiva da pessoa, incluindo suas opiniões, sentimentos, crenças e desejos. A ênfase na categoria

subjetiva evidencia que todo sujeito estabelece uma relação ativa com o mundo.

A análise dos dados evidenciou a inseparabilidade entre as narrativas da maternidade, do adoecimento e do cuidado em saúde mental. As experiências são vividas de forma única e, deste modo, influenciam e sofrem a influência uma das outras. Neste sentido, os processos de escolha na produção de cuidados da mulher-mãe e da mulher em sofrimento psíquico se misturam e, avaliá-los individualmente pode prejudicar a compreensão do sentido por elas atribuído.

Desta forma, foi possível listar 07 (sete) modelos explicativos: a) aparecimento de sintoma/crise; b) orientação de familiares ou amigos; c) ausência do suporte familiar; d) serviços disponíveis no SUS ou plano de saúde; e) encaminhamentos em rede; f) receio de internação psiquiátrica; e g) satisfação quanto ao apoio recebido.

Observou-se, ainda, que estes modelos imbricavam a participação dos setores informal e profissional no cuidado em saúde. Destaca-se que tais modelos e sistemas se encontraram em vários momentos, atuando de forma complementar e evidenciando a complexidade presente na subjetividade humana, conforme aponta González Rey (2007).

Apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, os itinerários terapêuticos ainda são pouco reconhecidos e utilizados nas práticas de saúde mental brasileiras. Apesar da inclusão da família enquanto parceira ativa no cuidado, a centralidade na figura do médico e do medicamento, em especial do psiquiatra, impede o aproveitamento de potencialidades inerentes ao mundo vivido pelo sujeito em sofrimento.

Faz-se necessário atravessar as barreiras impostas por concepções naturalizadas e a-históricas de saúde para que seja possível compreender a complexidade que existe como pano de fundo do processo saúde- doença. Ao descartar os sentidos atribuídos e os processos de subjetivação, corre-se o risco de reduzir o cuidado a práticas que não dizem respeito às reais necessidades dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. “Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença”. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, 2015.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 2009.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília: Planalto, 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* “Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 11, 2011

CORREIA, M. J. “Sobre a maternidade”. **Análise Psicológica**, vol. 3, 1998.

DANIELS, H. **Vygotsky e a pesquisa**. São Paulo: Editora Loyola, 2011.

FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. “Antropologia e feminismo”. *In*: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, E. M. L. (orgs.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1981.

GONZÁLEZ REY, F. “As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural”. **Psicologia da Educação**, vol. 24, 2007.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Editora Thomson Learning, 2003.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. “Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde”. **Saúde Sociedade**, vol. 18, n. 4, 2009

HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e doença**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. “Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura”. **Journal of the Health Sciences Institute**, vol. 35, n. 2, 2017.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkley: University of California Press, 1980.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

LAVILLE, C.; DIDONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1999.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. “Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local”. **Ciência da Informação**, vol. 33, n. 3, 2004

MERINO, M. F. G. L.; MARCON, S. S. “Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60, n. 6, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDE, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teorias, métodos e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. “Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e métodos qualitativos nos estudos de problemas de saúde”. *In*: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. “A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos”. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 24, n. 1, 2004.

NAVARRO, R. M. “A história das políticas públicas de saúde mental no Amazonas”. *In*: SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **História e política pública de saúde na Amazônia**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PAIM, J. S. “Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde”. *In*: ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RODRIGUES, D. C. B. **Estudo para identificação de mecanismos de proteção aos conhecimentos das populações tradicionais: estudo de caso das comunidades Ebenézer e Mucajá em Maués/AM** (Tese de Doutorado em Biotecnologia). Manaus: UFAM, 2009.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente, alma**. Uberlândia: Editora Próprio Autor, 2010.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.

CAPÍTULO 7

*Experiências em Saúde Mental e Coletiva como
Dispositivo de Cuidado Psicossocial na Educação Popular*

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO PSICOSSOCIAL NA EDUCAÇÃO POPULAR

Flávia Cristina Silveira Lemos

Joana Maria Veiga de Lima

Jureuda Duarte Guerra

Silvanie Campos de Souza

Daniel Castro Silva

Melina Navegantes Alves

Lucíola Santana Pastana Silva

Este texto é um escrito coletivo de experiências da clínica ampliada, na atenção psicossocial, em saúde mental e coletiva como prática de cuidado, em uma perspectiva da Análise Institucional e da Psicologia Social-comunitária, articuladas à educação popular e à esquizoanálise.

PESQUISA-INTERVENÇÃO E OS ENCONTROS COMO TRAVESSIA PARA NOVOS MODOS DE VIDA

A metodologia da observação participante possibilita o contato direto do pesquisador com o objeto de estudo a ser observado, de forma a obter informações dos atores sociais em sua realidade de contextos diversos, assim, o observador modifica e é modificado pelas vivências. As situações captadas pela observação

direta transmitem o que há de mais verdadeiro e imensurável na realidade (CRUZ NETO, 2002).

A pesquisa-intervenção é uma metodologia que se baseia nas multiplicidades dos modos de viver e na busca da fomentação de analisadores com a finalidade de produzir análises críticas de acontecimentos e práticas. Assim, a pesquisa não é mais caracterizada como prática distante da atuação no campo do objeto de investigação (NASCIMENTO; LEMOS, 2020).

Ambas as metodologias são alternativas ao padrão de pesquisa convencional, de forma que o pesquisador é inserido diretamente no contexto da pesquisa, também adotando uma visão crítica e coletiva da prática (GORI, 2006). Os dispositivos utilizados buscam promover a participação ativa da comunidade, transversalizar conhecimentos e produzir análises criticamente. No estágio supervisionado de ênfase em saúde, foram utilizados diário de campo e rodas de conversa.

DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo é qualificado como instrumento metodológico utilizado para o registro de vivências dentro da atuação do psicólogo, dessa forma, sendo um suporte para a criação da identidade profissional (FREITAS; PEREIRA, 2018). A concepção desse dispositivo amplia campos e possibilidade de produção de recursos para análises, tanto para autoanálise, quanto análises em pesquisas (KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

Dessa forma, esse recurso articula teorias existentes com experiências no trabalho em campo. Os apontamentos coletados permitem reflexões e problematizações acerca dos temas trabalhados, assim como a promoção da escrita como prática de

liberdade, cuidado e criação de modos de pensar e agir ao favorecer processos de intervenção (LEMOS; NASCIMENTO; GALINDO, 2016).

No estágio supervisionado de ênfase em saúde, o registro das atividades propostas teve como fundamento descrições minuciosas e avaliações críticas da prática profissional e seu compromisso com as necessidades da sociedade.

A construção de sujeitos é atravessada pela reflexão do objeto saúde e suas relações, o que depende de valores sociais, subjetivos, históricos e culturais. O termo promoção de saúde é associado à combinação de estratégias do Estado e as políticas públicas, da comunidade e o reforço da ação comunitária, dos indivíduos e o desenvolvimento de habilidades pessoais, do sistema de saúde e a reorientação de suas estratégias, e das parcerias intersetoriais. Dentro disso, trabalhando com responsabilidade múltipla ao lidar com os problemas e buscar soluções (BUSS *et al.*, 2020).

A promoção de saúde na cidade de Belém, localizada no estado do Pará, foi um dos tópicos chave abordados no estágio. Os critérios analisados e registrados foram: saneamento básico, moradia, transporte, lazer, alimentação, trabalho, acessibilidade, urbanismo, higiene, coleta de lixo, violência e a violação dos direitos, estigmas e discriminações. Também, o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASFs) e a vigilância sanitária.

Com base na avaliação proposta, houve a compreensão de que promover saúde lida com estilos de vida, enfrenta a realidade sanitária, enfatiza a mobilização sanitária, busca a construção de espaços e relacionamentos saudáveis, reorienta os serviços de saúde e favorece a educação para a autonomia (BRASIL, 2002). A partir dos bairros de Belém que foram contemplados pela observação

participante e crítica da turma, conclui-se que o estigma e discriminação sofrido pela população de baixa renda é predominante na cidade.

A falta de políticas públicas, o sucateamento dos serviços públicos, a ausência de acessibilidade e transporte de qualidade, a carência de infraestrutura adequada, a insatisfação da população com o descaso, abandono e como essas demandas afetam a qualidade de vida dos habitantes são retratados diariamente.

O diário de campo também foi utilizado como forma de registro de uma visita a um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS). Em teoria, os CAPS são locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, sendo a estratégia principal para a transformação do modelo asilar de assistência à saúde mental e garantia de direito dos usuários, pois se configuram como articulador dentro da rede de saúde constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Além disso, são serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados que correlacionam questões de saúde coletiva e saúde mental (LEAL; ANTONI, 2013).

Importante para a compreensão desse modelo assistencial em saúde mental, é necessário explicar que classificados em CAPS I, II e III, em ordem crescente, de acordo com a complexidade e abrangência populacional, também, existem o CAPS Infantil (CAPSi) e o CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais são dedicados, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e pacientes com transtornos consequentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

A realidade prática constatou que as dificuldades encontradas na análise dos critérios de saúde coletiva também estão presentes nas reivindicações de saúde mental. A estrutura física do local era insatisfatória, apresentando riscos aos usuários, com espaços

precários e inutilizados, assim como os leitos, o que resultou na troca de localidade.

A demanda pelo serviço é grande, a ausência de remédios e escassez de recursos financeiros é pauta incessantemente nas reuniões entre gestores e funcionários, não sendo equivalentes a o que a comunidade solicita, isso sendo reflexo da precarização da rede de saúde pública, dessa forma, a insatisfação dos usuários é exposta constantemente. Apesar disso, a equipe multidisciplinar existente busca oferecer atendimento com o que é disponível e possível.

A observação e o registro crítico do cotidiano potencializam transformações da conduta profissional, a partir da análise da experiência do pesquisador com o objeto de pesquisa, seus participantes e as diversas possibilidades de intervenção ético-política na prática (FREITAS; PEREIRA, 2018).

Também, os modos de vida são afetados, modificados e construídos, ao passo que as experiências e os diálogos registrados, que levam a diferentes perspectivas e pontos de vista dentro da atuação em psicologia, passam a fazer parte do indivíduo.

RODAS DE CONVERSA

Roda de conversa é uma metodologia participativa que promove a emancipação humana, a autonomia dos atores que dela participam e a liberdade política e social de coletivos (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Esse instrumento de investigação permite uma visão crítica e ampliada em um diálogo horizontal, sem a imposição de autoridade sobre os participantes (PEREIRA *et al.*, 2018).

A fala é compreendida como a expressão do modo de vida do sujeito, no espaço da roda o diálogo é aberto e igualitário, sendo uma postura ético-política em sua conexão com a produção de conhecimento e a transformação social a partir da troca que acontece entre os participantes.

Dessa forma, objetiva a construção de novas possibilidades de pensar e agir, em que os participantes se percebem como responsáveis e guias de sua própria ação (SAMPAIO *et al.*, 2014). No estágio supervisionado de ênfase em saúde, rodas de conversa foram realizadas em visitas a espaços públicos, ao ar livre, como praças e freiras, de forma a oferecer o contato com o cotidiano coletivo.

A abordagem com as pessoas era realizada de forma convidativa e tranquila, sem pressão ou compromisso de permanência até o final, com o objetivo de oferecer um campo de conversa acolhedor e de escuta coletiva, com um discente como facilitador, dentro do tema escolhido pelos participantes.

Pandemia, Covid-19, experiências e discriminações nos serviços públicos de saúde, vacina, perda de entes queridos, medos e dúvidas sobre a situação do mundo foram assuntos que emergiram nas falas dos participantes.

Notou-se que a oferta da escuta foi importante, de forma que desabafos e emoções foram extravasados, assim, o acolhimento foi baseado no afeto e cuidado. Além disso, o desenvolvimento dos diálogos foi fundamental para a problematização de pensamentos e ações cristalizadas e opressoras, possibilitando reflexões e transformações ao serem externalizadas.

As rodas de conversa caracterizam a possibilidade de criar espaços libertários que permitem o exercício da cidadania e da autonomia. Dentro do que foi proposto, compreendeu-se que é plausível a existência de novas modalidades de cuidado atrelada a

efetivação da democratização do acesso à informação e ao saber (SAMPAIO *et al.*, 2014). Ainda, constatou-se que essa metodologia é capaz de ressignificar sentidos coletivamente.

OFICINAS TERAPÊUTICAS

As oficinas terapêuticas são caracterizadas pela promoção de convívio, estabelecimento de vínculo, trocas de experiências e afetos e valorizam a singularidade, a expressão e o próprio potencial criativo de cada um.

Dessa forma, a possibilidade de transformação é fundamental para o exercício terapêutico, em que novos modos de expressão são apresentados e estimulados (PICASSO; SILVA; ARANTES, 2020). Por intermédio das oficinas terapêuticas é possível produzir territórios existenciais e reinventar o cotidiano por meio de produções criativas (RAUTER, 2000).

No estágio obrigatório em ênfase em saúde, os discentes foram convidados a participar da “Oficina Desenvolvimento da Escuta” promovida pelo Núcleo de Cuidado ao Estudante Universitário do Semiárido (NuCEU).

Foram quatro encontros, uma vez por semana, com duração de duas horas, durante o mês de abril do ano de 2021. As atividades envolviam discussão de letras de músicas, produção de desenhos expressivos e rodas de conversa.

A exteriorização da singularidade e favorecimento do potencial criativo possibilitam a produção de novas formas de vida (PICASSO; SILVA; ARANTES, 2020). Para além do desenvolvimento da escuta e criatividade, na oficina proposta, a expressão de sentimentos e da própria subjetividade, a criação de vínculos e afetos e trocas de experiências foram facilitadas.

Constatou-se que as transformações ocorrem tanto no âmbito profissional como pessoal, que não podem ser dissociadas.

CLÍNICA AMPLIADA COMO DISPOSITIVO

A clínica ampliada é uma modalidade de atendimento em que o atendimento psicossocial é disponibilizado quando ocorre a demanda de escuta com a perspectiva de pensar modos de subjetivação.

A disponibilidade de acolhimento no momento de demanda favorece o processo de produzir possibilidades de existências. Também, é importante considerar que as ações de quem escuta são pautadas em atitudes facilitadoras e de cuidado integral de si e da cidade, portanto, as intervenções dependem da busca de um plano de composição dos encontros potentes e que visam romper com as lógicas mortíferas (DELEUZE, 1992).

O excesso de demanda por atendimento psicoterapêutico possibilitou o surgimento da clínica ampliada como proposta que sai da ideia do consultório como local fixo e do contrato de psicoterapia liberal, abrindo ações de acolhimento e cuidado que ampliam o acesso à saúde mental e coletiva de quem procura, historicizando as demandas e deslocando as encomendas.

Esse serviço é caracterizado como atendimento de acolhimento e escuta inicial, em que a demanda é esclarecida, e a partir disso, as condutas podem ser de encerrar a questão, de recomendar o retorno do usuário à escuta de uma clínica como dispositivo e não como espaço e medicalização patologizadora da dor.

Os encaminhamentos e andar junto com as políticas públicas é relevante e faz parte da travessia do cuidado, entre as que são

acionadas com certa frequência, é possível citar: CAPS, CREAS, CRAS e CIS, o que está articulado com a ideia de integralidade do cuidado, favorecendo o trabalho em rede, como é proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (GÓES; PORTO; FERNANDEZ, 2021).

No estágio supervisionado de ênfase em saúde, os discentes tiveram a oportunidade de atuar pela atenção psicossocial no Espaço Cultural Nossa Biblioteca, em um bairro de intensa desigualdade socioeconômica de Belém-PA. O serviço foi ofertado para a comunidade, sendo promovido nas redes sociais e no próprio espaço em que ocorreu. Foram quatro dias de atuação pela parte da manhã, nos meses de outubro, novembro e dezembro do ano de 2021.

Sendo assim, estudantes foram atuando de acordo com sua disponibilidade, ficando de três a quatro pessoas em cada dia, com a psicóloga responsável pela supervisão presente em todos os dias da atenção psicossocial na clínica ampliada. A procura pelo serviço teve um público de adolescentes e jovens, a maioria sendo usuário do espaço cultural em que o plantão estava sendo ofertado.

A demanda era espontânea e os atendimentos psicológicos não tinham duração de tempo determinada, ficando de acordo com as questões do paciente. A partir do fechamento em conjunto com as pessoas que eram ouvidas, os encaminhamentos poderiam ser realizados, encerramentos da questão em um único encontro ou a sugestão de retorno para o próximo encontro.

Ao final de cada atendimento, a psicóloga responsável pela supervisão se reunia com os discentes para discutir, analisar e dar o suporte necessário em cada caso. A possibilidade de vivenciar um trabalho de articulação com a comunidade, pois acontecia em uma biblioteca de iniciativa das lideranças de um território em que movimentos sociais se reuniram para montar este dispositivo à luz do que Paulo Freire denominou de centros culturais e que estão

também presentes na perspectiva da educação popular e na Rede de Atenção Psicologia, na Política Nacional de Saúde Mental, sob a racionalidade da Luta Antimanicomial.

ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS

A organização de eventos científicos promove a organização, trabalho em equipe, troca de saberes e formação de vínculos pelas experiências e insights compartilhados. Essencialmente para um bom funcionamento de qualquer evento, o tema e o formato devem ser bem definidos, é necessário um alinhamento com os palestrantes e um adequado alcance do público-alvo, além de estabelecer um mediador, o controle do tempo e as acomodações básicas (FIOCRUZ, 2021).

No estágio supervisionado de ênfase em saúde, a turma teve a oportunidade de fazer parte da comissão organizadora do evento “Colóquio Internacional (des)medicalização da Educação e da Saúde Coletiva - Centenário Paulo Freire e Psicologia Social-comunitária - Homenagem póstuma a Gregório Barenblitt”. O colóquio aconteceu virtualmente, com transmissão pelo Youtube através do canal “Transversalizando Grupo de Estudos e Pesquisas” nos meses de outubro, novembro e dezembro do ano de 2021.

O evento abordou temas relacionados à medicalização da sociedade e suas resistências, nos campos da saúde mental, educação, sexualidades, políticas sociais, desigualdades, feminismo, infância e juventude, luto, judicial, drogas, povos originários, ribeirinhos e tradicionais, saúde coletiva, tecnologia e nas redes de atenção primária. Além disso, homenageou autores da América Latina. Os discentes atuaram como mediadores e facilitadores das mesas de conversa, além de entrar em contato com os participantes.

Ao final de cada mesa, os discentes responsáveis direcionaram as perguntas dos ouvintes aos convidados. Compreender e se adaptar aos procedimentos inerentes à organização e execução de eventos científicos proporciona o desenvolvimento de habilidades e competências na condução do processo (FIOCRUZ, 2021).

O contato com as temáticas citadas favorece a integração da prática e reflexão acerca da atuação profissional, além de atravessar a sociedade. Fazer parte da comissão organizadora contribuiu com as experiências, vivências e trocas de saberes promovidas pelo evento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante delinear este relato de experiência como parte de práticas cotidianas de experiências potentes da vida afirmativa na produção da saúde mental e coletiva em uma fazer que é sempre em prol do bem-viver e da amorosidade na perspectiva de fazer comunidade e de tecer a trama do cuidado de si e da cidade como manejo de um trabalho vivo, na micropolítica dos encontros.

A força transformadora da escuta e dos dispositivos de cuidado pode ganhar visibilidade e ser inventiva na medida em que faz acontecer a transversalidade com a ampliação das possibilidades de existências na cidade enquanto território do bem comum e que só pode se materializar na atenção psicossocial a partir da relação entre clínica ampliada, saúde mental e coletiva, formação interprofissional em saúde na conversa com a Psicologia Social-comunitária e no plano dos deslocamentos de modelos e normas prontos para que de fato a estética e a política possam fazer prevalecer o cuidado na

integralidade, na equidade e na intersetorialidade com foco no bem-viver.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 27/05/2023.

BRASIL. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 27/05/2023.

BUSS, P. *et al.* “Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020)”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 12, 2020.

CRUZ NETO, O. “O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação”. *In*: MINAYO, M. *et al.* (orgs.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Guia Básico**: organização de eventos científicos. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2021.

FREITAS, M.; PEREIRA, E. “O diário de campo e suas possibilidades”. **Quaderno de Psicologia**, vol. 20, n. 3, 2018.

GÓES, B.; PORTO, N.; FERNANDEZ, E. “O plantão psicológico na clínica psicossocial uma alternativa de acesso à saúde mental na

saúde pública do Brasil”. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 4, n. 2, 2021.

GORI, R. “Observação participativa e pesquisa-ação: aplicações na pesquisa e no contexto educacional”. **Itinerarius Reflectionis**, vol. 2, n. 1, 2006.

KROEFF, R.; GAVILLON, P.; RAMM, L. “Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 2, 2020.

LEAL, B.; ANTONI, C. “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade”. **Aletheia**, n. 40, 2013.

LEMOS, F.; NASCIMENTO, M.; GALINDO, D. “Escrita, psicologia e produção de cuidado: ética, estética e política”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 68, n. 1, 2016.

NASCIMENTO, M.; LEMOS, F. “A Pesquisa-Intervenção em Psicologia: Os usos do Diário de Campo”. **Barbarói**, n. 57, 2020.

PEREIRA, E. *et al.* “Rodas de conversas dialógicas: O espaço da liberdade para dizer a palavra”. In: DEL GOBO, J. (org.). **A Psicologia Frente ao Contexto Contemporâneo**. Ponta Grossa: Editora Atena, 2018.

PICASSO, R.; SILVA, E.; ARANTES, D. “Oficina terapêutica, Psicologia e arte: experiência de estágio no centro de atenção psicossocial”. **Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity**, vol. 12, n. 3, 2020.

RAUTER, C. “Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas”. In: AMARANTE, P. (org.).

Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SAMPAIO, J. *et al.* “Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 18, n. 2, 2014.

CAPÍTULO 8

*Caracterização do Perfil dos Agressores
de Femicídio a Partir da Análise de Casos Ocorridos
no Município de Ananindeua – Pará de 2016 a 2019*

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS AGRESSORES DE FEMINICÍDIO A PARTIR DA ANÁLISE DE CASOS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA – PARÁ DE 2016 A 2019

Dirlen Guerreiro dos Santos

Nivia Pinto Costa

Barbara Araújo Sordi

Marcio Bruno Barra Valente

A violência contra a mulher atravessa a história das sociedades há séculos sendo caracterizada como problema de domínio de saúde pública, podendo ser ela do tipo econômica, patrimonial, religiosa, racial, étnica, moral, psicológica, física, que pode evoluir para efeitos bem mais graves, como a morte dessas mulheres pela condição de serem mulheres.

Essas verberações históricas contínuas ocorrem até hoje no âmbito público e, principalmente, no privado das relações estruturadas sobre o patriarcado, em que as violências deferidas contra as mulheres eram neutralizadas pelos autores e pela sociedade, que culpa a vítima e naturaliza o domínio masculino (BARBOSA, 2015; TOLOSA, 2017).

Mudanças nos cenários político e sociais sob influência dos movimentos feministas permitiram conquistar espaços e leis que visam combater a desigualdade de poder e violência de gênero no Brasil. As lutas feministas reconhecem a reprodução da assimetria de poder e de violência como reflexo das dinâmicas estruturais da sociedade brasileira.

Vasconcelos e Souza (2016) esclarecem que o problema de desigualdade entre gêneros é estrutural e que precisam de um enfrentamento amplo, em diversas esferas educacionais, de saúde, institucionais, não sendo resolvido apenas com endurecimento de medidas penais, nas quais são repressivas e não previnem a violência de gênero.

É inegável os avanços diante da promulgação da Lei Maria da Penha e Lei do Feminicídio, uma vez que torna possível que a violência doméstica e de gênero passem a serem identificadas, evidenciadas e promovam ampliação para políticas públicas, contudo ao considerá-las como apenas como qualificadoras de crime hediondo, usando-se do populismo punitivista, cria a falsa sensação de proteção da mulher (BRASIL, 2011).

Na tentativa de conhecer o cenário para mulheres em relação aos crimes de feminicídio em Ananindeua, região metropolitana, próxima a Belém do Pará, e visando reconhecer as reivindicações dos movimentos feministas, este capítulo propõe discorrer sobre desdobramentos da luta para uma abordagem da legislação e do Estado acerca dos impactos dessa violência na sociedade e nos mais oprimidos a partir de dados encontrados de feminicídio (VASCONCELOS; SOUZA, 2016).

Frente a essas nuances, esta pesquisa nasceu a partir da divulgação da mortalidade de mulheres por agressões violentas entre até o ano 2015, intitulado Mapa da Violência em 2017. Descrevendo em que parâmetro estava a violência perpetrada contra a mulher brasileira em todos os estados, em que o município de Ananindeua aparece como um dos que mais matava mulheres no estado do Pará.

A cidade de Ananindeua é localizada na região metropolitana de Belém, no estado do Pará. O município segundo o IBGE (2019) apresenta 190,451 km² com 471.980 habitantes. E em março de

2017, foi divulgado os resultados do levantamento do Ministério da Saúde.

Apresentando o município de Ananindeua com maior índice de mortes de mulheres em 2015, com uma taxa de 730% de morte de mulheres em 10 anos, com 3,1 mortes para cada 100 mil habitantes em 2005, e em 2015 esse quantitativo aumenta para 21,9 mulheres mortas por agressões para cada 100 mil pessoas que vivem e moram na cidade de Ananindeua-Pará (WHAISELFISZ, 2015).

Dada essa assimilação conceitual e estrutural, pode-se entender de qual ponto partiram as leis que garantem e respaldam a mulher em situação de violência, partindo dessa ótica, questiona-se, quantas mulheres morreram em decorrência do crime de ódio em condição de gênero no município de Ananindeua - Pará? Quem são esses homens que mataram suas (ex)companheiras? Quais as características socioeconômicas permeiam os casos estudados?

Diante de tais questionamentos busca-se compreender o panorama do feminicídio em Ananindeua no período de 2016 a 2019, averiguando o quantitativo de homicídios qualificados como feminicídio, identificando aspectos acerca do contexto em que cada caso ocorreu.

A partir das seguintes especificidades: verificar a reincidência criminal dos autores, conhecer o histórico violento dentro da relação dos agressores com as suas vítimas, analisar as motivações do crime estudado e por fim, conhecer o perfil socioeconômico destes agressores.

A análise proposta considera a literatura feminista e assume a compreensão de que o feminicídio é uma resposta concreta da base patriarcal das relações de gênero, pela imposição de dominação masculina sobre os corpos de mulheres, que ousaram transgredir o idealismo de submissão às vontades do dominante.

PATRIARCADO E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A historiografia ocidental das mulheres é pautada em um contexto doméstico, com características de confinamento, segregação, violência e custódia, haja vista que a história do mundo, os valores e as leis regentes são escritos “por homens, para homens e sobre homens” (SIMÕES, 2015, p. 14).

Não havendo espaço para as mulheres colocando-as em segundo plano, como meras coadjuvantes das descobertas, fatos históricos e construção sociocultural que marcam a humanidade. Sendo assim a estrutura social e de relações de gênero são sustentadas pelo sexo biológico, patriarcado e divisão sexual do trabalho (LOBO, 2017).

Para Scott (1995) as teorias do patriarcado defendiam que as mulheres deveriam ser subordinadas e que o homem tem a necessidade de dominá-las. Para a autora a categoria de gênero caracteriza como os símbolos e representações culturais do binarismo sexual solidificando conceitos normativos, embates políticos, organização social e identidade subjetiva, eram (e ainda são) moduladas e construídas.

Desta forma a violência de gênero contra a mulher é envolta em múltiplos fatores e complexidades que se firmam como controle do homem sobre os corpos e direitos femininos, dando ao masculino o direito naturalizado de castigar, punir, agredir e até matar (GRIEBLER; BORGES, 2013; RAFAEL; MOURA, 2014; SIMÕES, 2016).

A violência de gênero se constituiu e se consolidou com base na divisão dos sexos e atividades sexuais (sexo social) masculinas e femininas, nas quais se tem uma dicotomia de dominação-exploração reproduzidas em um sistema de oposições, ou seja, as

performances sociais são determinadas por atividades e características que cada sexo está destinado a realizar, logo se entende que gênero está ligado a construção biológica e aspectos construtivos social em que homens dominam e exploram o feminino (SAFFIOTI, 2001; BOURDIEU, 2012; VASCONCELOS; SOUZA, 2016).

Partindo do prisma do sexo biológico, as autoras Vasconcelos e Souza (2016) postulam que mulher foi definida naturalmente inferior ao homem. E sob os aspectos construtivos social, a mulher seguiu marginalizada, “vista como débil e inferior, não tendo capacidade para gerir a própria vida” (p. 37).

Sob o prisma do patriarcado, elaborou-se e sustentaram-se verdades e conceitos normativos que legitimaram o sistema sociocultural patriarcal racial e a dinâmica de poder nas relações entre homem e mulher, do homem e de seus subalternos, como esposa, filhos, mães, idosos e regimentos políticos, religiosos e jurídicos (SIMÕES, 2015; RAFAEL; MOURA, 2014; LOBO, 2017).

Perante verdades e práticas discursivas de saberes formulado para manter a desigualdade hierárquica, foram sustentadas pelos dois pilares centrais: o saber e poder, construindo uma gama de discursos misóginos e práticas políticas e sociais que legitimavam a repressão e controle do feminino, em especial de corpos negros, tanto nos espaços público e principalmente no privado (SIMÕES, 2015).

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI)

Os construtos socioculturais patriarcais permitem ter uma noção de como se estabelece a configuração de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, definida por Almeida (2014) como

um dispositivo para manter o controle sob domínio masculino e conter transgressões da mulher do regimento de gênero, que mesmo em dias atuais, segue vigente e atualizado de acordo com as novas configurações sociopolítico-econômico-cultural, graças às lutas feministas e sociais (ALMEIDA, 2014; LOBO, 2016).

Saffioti (2004) define violência de gênero como uma categoria de violência mais geral, que pode abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar, ou seja, o agressor pode ser membro da família da vítima ou do núcleo familiar sendo consanguíneo ou de afinidade, podendo ter ou ter tido relacionamento afetivo e sexual com a vítima.

As mudanças identitárias das mulheres com relação aos seus papéis e expectativas sociais oriundas das transições e inserção do feminino na vida pública, no mercado de trabalho e no remodelamento das atividades por elas praticadas, têm causado rupturas de escala grandiosas que exige e gera modificações diretas e indiretas nas estruturas sociais, emergindo “um contexto de hibridação cultural também em matéria de gênero, que mistura formas e tendências diversas no campo da sexualidade e das identidades de gênero” (ALMEIDA, 2014, p. 333).

Zanello (2018) demonstra que a masculinidade se sustenta no dispositivo da eficácia, em que homens precisam ser eficazes laboral e sexualmente. Neste processo de pedagogização dos afetos, aprendem o ideal de masculinidade em uma espécie de casa dos homens, onde julgamento, reconhecimento social acontece entre homens sendo um polo identitário de subjetivação.

Desta maneira, homens desenvolvem menos capacidade de lidar com frustrações, aprendem a serem servidos, são mais cuidados e menos responsabilizados quando erram em relacionamentos amorosos e cuidados domésticos, aprender a valorizar outros homens ou a opinião masculina sobre ser homem, repudiar

características femininas, além de desenvolverem a ideia de propriedade, objetificando mulheres a partir da posse, onde são vistas como território conquistado.

Diante disso, as violências voltadas contra as mulheres são concebidas como uma forma reativa e emocional masculina na tentativa de manter ou até mesmo recuperar fronteiras historicamente estabelecidas,

[...] mantendo ou defendendo as prerrogativas e os privilégios masculinos diante do rebaixamento que representam as margens da imposição do empoderamento físico, econômico e político conquistado pelas mulheres (ALMEIDA, 2014, p. 333).

Pois tais comportamentos e microviolências que configuram as relações abusivas são vistas pelos autores como um método naturalizado pelos homens como forma de erradicar irritações e lidar com as frustrações diante de situações transgressivas, sentindo satisfação em discriminar, manipular e diminuir como forma de se fortalecer (PEREIRA; CAMARGO; AOYAMA, 2018).

Dentro desse contexto das relações hierárquicas de poder e naturalização de condutas normativas de punir mulheres, fomentou juntamente com as reconfigurações sociais pós-revolução industrial e francesa, abriu campo para o surgimento dos movimentos sociais lutassem em busca direitos civis e melhorias de trabalho e de políticas públicas em prol dos trabalhadores.

Dentre destes movimentos, o movimento feminista, escancara a violência contra mulher, retirando do domínio patriarcal privado, para o espaço público, problematizando relações de poder, dominação e exploração, buscando conter e evitar novas violências

na busca e conquista de legislações, alterações socioculturais em prol a igualdade entre homens e mulheres, reafirmando garantias de direitos e de proteção de mulheres que passaram por qualquer tipo de violência de gênero no domínio familiar e doméstico e no mercado de trabalho (SIMÕES, 2015).

LEI MARIA DA PENHA – 11.340/2006

A promulgação da Lei Maria da Penha de nº 11.304 em agosto de 2006, vista como um dos maiores marcos históricos do movimento de mulheres, nasceu em homenagem à biofarmacêutica Maria da Penha que concentrou a atenção e pressão internacional para a falta de lei que efetivasse o que estava presente na constituição brasileira cidadã de 1988, além de políticas públicas para efetiva proteção das mulheres brasileira contra a violência (VASCONCELOS; SOUZA, 2016).

A respectiva Lei Maria da Penha tornando-se o principal artifício de enfrentamento da violência contra mulher, o que segundo o Art. 1º reitera como “mecanismo para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (BRASIL, 2011a, p. 15), tendo como principais pilares a configuração dos tipos de violência, os contextos em que ela ocorre, as medidas de assistência e de prevenção às mulheres em situação de violência, medidas protetivas, atuação e atendimento multidisciplinar do Ministério Público e de órgão competentes.

Assim passa a definir os cinco tipos de violência de gênero contra a mulher e os contextos em que podem ocorrer. Sendo elas a física, a sexual, psicológica, moral e patrimonial. Tais violências podem ocorrer em três contextos definidos pela lei como: violência doméstica ocorridas em espaços onde há convívio permanente entre

pessoas que possuem ou não vínculos familiares, abarcando membros agregados casualmente.

Já as violações ocorridas em contexto familiar, são compreendidas como aquelas em que os indivíduos formam uma comunidade que agrega parentes, pessoas de laços naturais ou por afinidade. E por fim, a que os autores denominam de violência por parceiro íntimo, ocorrendo quando o agressor conviva ou já tenha convivido com a vítima, havendo todo e qualquer tipo de relação de afeto íntimo com ela, independente da coabitação (BRASIL, 2011a).

A Lei Maria da Penha retira do poder masculino e preconiza a tutela dos direitos da mulher e da entidade familiar ao poder público, havendo a violação de tais direitos constitui uma violação dos interesses do Estado. Cabendo a ele desenvolver políticas públicas de gênero com a finalidade de garantia dos direitos fundamentais das mulheres nas relações domésticas e familiares “para protegê-la de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CARAMÊS; CHAVES, 2017, p. 77).

Santos *et al.* (2016) ressalta que a promulgação da lei Maria da Penha trouxe avanços para o enfrentamento feminino na luta contra a violência de gênero em mulheres brasileiras. Porém após a efetivação da lei, o número de mulheres que sofrem violência de gênero no seu seio familiar e morte de mulheres violentas por (ex-) parceiro ainda se mantém de maneira significativa. Levando a compreender que os instrumentos políticos auxiliam, mas não reverteram tendências violentas praticadas no contexto interfamiliar (SOUSA, 2016).

Diante disso, constatou-se que os desdobramentos da lei não conseguiram mudar paradigmas, fazendo-se necessário estabelecer uma qualificadora de feminicídio no Código Penal para punir os agressores que matam mulheres pelo motivo de serem mulheres em

uma sociedade que legitima e naturaliza desigualdades de gênero, com a opressão e morte destas.

CARACTERIZANDO O FEMINICÍDIO

O termo feminicídio foi concebido como uma forma de intitular uma prática de ódio contra as mulheres. Tal termo vem de base teórica feminista, na qual se difundiu para destacar problemas que, hoje se reconhece como um conjunto de crimes contra a humanidade, apresentando-se como um ponto final aos abusos que as mulheres sofrem continuamente, resultando no extermínio de sua vida.

A teoria atualmente parte do princípio de que tal prática de extermínio de mulheres se estende no tempo, evidenciando a fraqueza do Estado de direito, favorecendo a impunidade, a violência ilimitada e assassinatos de mulheres caracterizando um colapso institucional (CAMPOS, 2015; SOUSA, 2016).

O feminicídio se estabelece como o “extremo de um padrão sistemático de violência, universal e estrutural, fundamentado no poder patriarcal das sociedades ocidentais” (PASINATO, 2011, p. 37). É preciso ter cuidado com a noção de universalidade, pois os dados demonstram que as principais afetadas são mulheres negras e periféricas.

A teoria atualmente parte do princípio de que tal prática de extermínio de mulheres se estende no tempo, evidenciando a fraqueza do Estado de direito favorecendo a impunidade, a violência ilimitada e assassinatos de mulheres caracterizando um colapso institucional (SOUSA, 2016).

Assim as noções de culpa e de insignificância das práticas violentas contra as mulheres dentro do seio familiar e doméstico

fundamentam a naturalização e normalização destes comportamentos no contexto privado e toleráveis no âmbito público, o que reflete na atuação do Estado na coibição da prática de ferir e matar mulheres. Essa postura abrange as instituições ao ponto em que,

[...] o cenário de feminicídio perpetua-se através das práticas violentas e disseminadas sobre a mulher, na impunidade, na cumplicidade do poder público e na ausência de políticas de permitam preveni-lo e combate-lo (SOUSA, 2016, p. 2).

Com base no relatório da CPMI (2013) define-se o feminicídio como última instância de controle do homem sobre a mulher, que vai do controle da vida e da morte. Nesse sentido promulgou-se a Lei 13.104 de 2015, a Lei do Feminicídio, alterando o Código Penal, colocando tal prática de no rol dos crimes hediondos, caracterizado como homicídio qualificado contra a mulher por razões de gênero, pois possui características de atividades de grupo de extermínio, mesmo que autor cometa sozinho o homicídio (BRASIL, 2013).

Porém, a autora Tânia Sousa (2016) faz críticas ao estabelecimento de punição no sistema penal para agressores de feminicídio é uma forma que o Estado representa como a sociedade que se omite em assumir o seu papel político para reversão de mecanismos que legitimam a hierarquia imposta pelo patriarcado.

O que de acordo com Simões (2015) define o poder punitivo como um modelo vertical, pra promover a manifestação de poder sem a realmente solucionar os problemas da sociedade. Em acordo, Sousa (2016) afirma que o uso da punição exemplar individual para os agressores de violência de gênero, seja ela via Lei Maria da Penha

e/ou Lei do Feminicídio, inibe práticas isoladas, mas não quebra ou leva a desconstruir padrões e papéis sociais em que o agressor e Código Penal brasileiro se constituíram (SOUSA, 2016; VASCONCELOS; SOUZA, 2016).

Uma vez que o Sistema Penal Brasileiro com base no Código Penal de 1940 foi construído com base nas normas penais do Direito, elaboradas em um modelo androcêntrico, sexista com bases no patriarcado, de modo em sua aplicação reproduz o machismo, reforçando a dicotomia assimétrica entre homem e mulher, pois:

[...] enquanto que em relação ao homem opera-se a criminalização primária, em desfavor da mulher opera-se a seleção vitimizante, assim observando-se que o Direito Penal opera sua seletividade também com base no gênero (VASCONCELOS; SOUZA, 2016, p. 36).

Ressaltando que o a legislação penal atua como mecanismo de controle social, controlando condutas e sexualidade feminina (SIMÕES, 2015; VASCONCELOS; SOUZA, 2016).

Partindo desse prisma, considera-se que a busca de leis e punições aos agressores tem falhado drasticamente na proteção e prevenção da violência de gênero no âmbito familiar, doméstico, principalmente ao que tange a violência por parceiro íntimo.

Pois mesmo após a efetivação da Lei Maria da Penha as mulheres continuavam a sofrer violações que levavam a desdobramento penal punitivo para agressores não promoveu a proteção das mulheres, pois criar leis sem discutir e efetivar projetos que levem a quebra de padrões fundamentados no patriarcado é a maneira em que a sociedade em forma de Estado se omitir na reversão de mecanismos de reprodução de hierarquias entre homem

sobre a mulher, como é subdividida a sociedade patriarcal em forma de pirâmide: “homens brancos no topo, homens negros em segundo lugar, mulheres brancas em terceiro e, abaixo de todos os demais, as mulheres negras” (SILVA, 2018, p. 20).

METODOLOGIA

Esta pesquisa documental tem por caráter qualitativo com análise descritiva de dados, com exploração de boletins de ocorrência e buscar características sociais e econômicas de vítimas e agressores a partir de casos registrados e tipificados como crime de feminicídio nos limites do município de Ananindeua – Pará. Ocorridos no período de janeiro de 2016 a setembro de 2019 para classificá-las e analisá-las a fim alcançar “o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

A abordagem qualitativa permite analisar variáveis do crime para construção do perfil dos agressores, na caracterização do contexto em que ocorreram os crimes e de (possíveis) situações de violência que resultaram na morte de (ex)companheiras, ou seja, feminicídio íntimo.

A coleta de dados ocorreu com levantamento de boletins de ocorrência registrados na Polícia Civil como feminicídio, ou seja, dos crimes em que homens matam mulheres por motivação de contexto de cultura de violência e discriminação pelo gênero feminino (SIMÕES, 2016).

Consolidados pela Secretaria Adjunta de Inteligência e Análise Criminal - SIAC, com pesquisa no banco de dados da Diretoria de Estatística e Análise Criminal – DEAC, através do Sistema Integrado de Segurança Pública – SISP – WEB,

subordinados a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Pará – SEGUP – PA.

Sendo incluídos casos que atendam marcadores pilares desta pesquisa, tais como homens maiores de 18 anos, que tenham praticado o crime analisado dentro dos limites geográficos da região de Ananindeua. Podendo haver histórico de agressões, violência doméstica e tentativa de feminicídio do agressor para com sua vítima.

Eliminando casos em que o agressor seja menor de idade (menor de 18 anos), crimes em que o contexto não se enquadrasse no tipo feminicídio íntimo e casos que ainda estão sendo investigados, sendo assim, ainda não solucionados. Com base nos registros analisados foram identificados oito casos de feminicídio, sendo dois que não atendiam o caráter de feminicídio íntimo, critério de inclusão desta pesquisa.

Pois foram praticados por terceiros que não possuíam vínculos com as vítimas, retirados da análise. E o terceiro, o agressor era menor de idade, ou seja, categorizado no critério de exclusão no levantamento dos boletins de ocorrência. Assim totalizando cinco casos caracterizados e qualificados como feminicídio.

Os dados analisados foram coletados com leitura de peças do boletim de ocorrência e procedimentos aplicados em cada caso, principalmente, no depoimento das testemunhas e do agressor.

Atendendo aspectos socioeconômicos comuns as vítimas e aos autores, como: idade, nível de instrução, e se há (ou não) filhos fruto desse relacionamento; ao que tange ao crime são analisados: ano, local do fato e tipo de arma utilizada; os aspectos referentes ao autor como motivação, histórico de violência e comportamento violento, atuações criminais enquadradas na Lei Maria da Penha e/ou Lei do Feminicídio anteriores ao crime.

Não podendo considerar a variável raça/cor de pele, devido à falta de informação no momento em que o procedimento policial era confeccionado, assim não sendo analisado. Além de algumas falhas na construção do Boletim de Ocorrência e Procedimentos usados, quando não preenchem a profissão de vítimas e autores em algumas peças, mas em outras há, mesmo tendo o requisito a ser preenchido.

Roberta Gregoli, Roberta Silva e Henrique Ribeiro (2018) afirmam que há dificuldade de integração de dados devido a desafios à operacionalização dos registros, pontuando que precisa muito a ser feito para garantir que os dados registrados seja o retrato fidedigno da realidade brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o levantamento dos Boletins de Ocorrência e dos procedimentos utilizados notou-se a ausência da cor de pele/raça das mulheres mortas em Ananindeua, uma vez que tal demarcador traz visibilidade das vivências e mazelas que afetam diretamente a mulher negra, colocada em último nas escalas da divisão social (SILVA, 2018).

As autoras Lourdes Maria Bandeira, Larissa Vieira e Sofia Campos (2018) e Ana Amélia Nascimento e Luciana Cantalice (2018) reforçam dificuldade em identificar a cor de pele dos atores principais do feminicídio na mídia brasileira e em João Pessoa, respectivamente.

A falta de demarcador raça/etnia de mulheres e agressores nos levantamentos por elas realizados deixa claro o estado de invisibilidade de mulheres negras em situação de violência, pois a condição de “silenciamento” é um indicativo que o preconceito é

marcado pela negação da sua existência e o não reconhecimento de tal questão reforça ainda mais a desigualdade racial no Brasil.

Porém no Mapa da Violência de 2015, em um recorte de cor de pele, 33 mulheres brancas morreram em território paraense, em comparação, 189 mulheres negras morreram no mesmo período. Waiselfisz (2015) evidencia na pesquisa que desde a efetivação da Lei Maria da Penha as mulheres negras tornaram-se maiores vítimas com relação às mulheres brancas.

Desta maneira as negras são:

[...] aquelas que mais sofrem pelo crime de feminicídio, são inviabilizadas, de forma que essa parcela da população feminina, uma vez, é privada de reconhecimento e suporte (BANDEIRA, VIEIRA; CAMPOS, 2019, p. 7).

Apesar desse cenário, os casos que foram selecionados são: um (caso 1) no ano de 2016, um (caso 2) em 2017 e 3 (caso 3, caso 4, caso 5) em 2018, identificados de acordo com a ordem cronológica dos fatos. Inicialmente sendo selecionadas variáveis que configuram aspectos econômicos de vítimas foram identificadas e organizadas em tabela com idade, escolaridade, vínculo empregatício e filhos com o agressor mencionados nos autos (tabela 1).

Quanto aos autores identificaram-se as variáveis dispostas na seguinte sequência: idade, escolaridade, vínculo empregatício, comportamento agressivo e histórico de violência (tabela 2). Em análise foram identificadas características individuais de cada crime, como: o tipo de arma utilizada, local e a motivação. Vítimas e agressores identificados de acordo com o número do caso: caso 1, V1, A1; caso 2, V2, A2, caso 3, V3, A3; caso 4, V4, A4, caso 5, V5, A5.

Quadro 1 - Aspectos socioeconômicos das vítimas

Vítimas	Idade	Escolaridade	Vínculo Empregatício	Filhos com o Agressor
V1	30 anos	Fundamental Incompleto	Feirante	Não
V2	25 anos	Fundamental completo	Empregada doméstica	Sim, dois
V3	24 anos	Fundamental Incompleto	Vendedora autônoma	Não
V4	21 anos	Fundamental Incompleto	Estudante	Sim, dois
V5	51 anos	<i>Não informado</i>	<i>Não informado</i>	Não

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: SIAC (2019).

No que tange aos aspectos socioeconômicos dos autores têm-se que:

Quadro 2 - Aspectos socioeconômicos dos autores

Autor	Idade	Escolaridade	Vínculo Empregatício	Comportamento Agressivo	Histórico de Violência
A1	24 anos	Médio incompleto	Desempregado	Sim	Não
A2	34 anos	Fundamental completo	Não informado	Não	Não
A3	35 anos	Superior Incompleto	Não informado	Não	Foi preso por Violência Doméstica
A4	48 anos	Analfabeto funcional	Pedreiro	Sim	Esfaqueou um homem e agrediu violentamente uma ex-mulher
A5	53 anos	Fundamental completo	Desempregado	Não	Homicídio

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: SIAC (2019).

O vínculo empregatício é uma variável pouco informada em todos os procedimentos, porém, foi identificado que apenas uma vítima exercesse atividade registrada de empregada doméstica (V2),

duas exerciam atividades informais de feirante (V1) e vendedora autônoma (V3) e uma era estudante (V4). Dentre os autores dois encontravam-se desempregados (A1 e A5), um exercia a atividade autônoma de pedreiro (A4), contudo não sendo informada a existência de exercício profissional da vítima V5 e dos agressores A2 e A3.

É visto nos crimes apresentados que a variável baixa escolaridade com nível fundamental das vítimas é marcada em todos os casos (sendo incompleto ou completado) com atividade remunerada informal ou assalariada. No que tange aos agressores, apenas dois possuíam nível acima de instrução: o A1 tem nível médio e o A3 possui superior, ambos incompletos. E um possuía o analfabetismo funcional (A5).

As autoras Stela Meneghael e Vania Hirakata (2011) pontuam que a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho informal abre espaço para a conquista da independência financeira, gerando assim conflitos com homens que perdem o papel de provedores familiar, que reagem de forma agressiva por estarem perdendo monopólio de manipulação sobre a mulher. A variável idade é representada por quatro casos em que há uma diferença significativa entre as partes analisadas (diferença acima de cinco anos): no caso 1 (ocorrido em 2016) é de seis anos, sendo a mulher mais velha que o autor.

Já nos seguintes casos há uma crescente na diferença de idade do autor com relação à vítima, no avançar cronológico dos fatos: com nove anos (caso 2), ocorrido em 2017; onze anos (caso 3) e vinte sete anos (caso 4) ocorridos em 2018 (quadro 3). No trabalho de Thársia Carpanez, Lélío Lourenço e Fernanda Bhona (2019) as mulheres jovens são majoritariamente as que mais sofrem violência de gênero, em outra pesquisa descreve que em 61% do total dos feminicídios ocorridos no Brasil com faixa etária de 18 a 45 anos (BANDEIRA; VIEIRA; CAMPOS, 2018).

Segundo Charlize Griebler e Jeane Borges (2013) os homens mais velhos e com menos escolaridade são os que mais perpetraram violências, em uma análise psicológica, afirmam que homens em situação de agressão sentem a necessidade de controle e com dificuldades de lidar com a frustração, partindo assim para comportamentos agressivos.

Quadro 3 – Diferença de idade das vítimas e agressores

Ano	Caso	Idade da Vítima	Idade do Autor	Diferença
2016	Caso 1	30 anos	24 anos	6 anos
2017	Caso 2	25 anos	34 anos	9 anos
2018	Caso 3	24 anos	35 anos	11 anos
	Caso 4	21 anos	48 anos	27 anos
	Caso 5	51 anos	53anos	2 anos

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: SIAC (2019).

Em análise notou-se que os crimes ocorreram em três bairros considerados de alta periculosidade com a maioria da população pobre: Águas Lindas, Curuçambá e Icuí-Guajará. Visto isso os antecedentes criminais do agressor A3 e A4 por violência doméstica contra suas outras ex-companheiras, além de lesão corporal (facada) a uma pessoa do sexo masculino deferida pelo agressor A4 e homicídio de um homem pelo autor A5.

Nos estudos de Meneghel e Hirakata (2011) e Meneghel *et al.* (2013) demonstraram que o feminicídio íntimo é maior em mulheres pobres e jovens, procedente de áreas faveladas ou irregulares, demarcando vulnerabilidade social, em que mulheres com baixo nível de instrução tendem a sofrer mais violências. Afirmam também, que homens desempregados usam de violência para impor a sua autoridade frente à mulher, colocando o desemprego masculino como um dos principais fatores de risco para a prática de feminicídio.

Laura Burufaldi *et al.* (2017) afirmam que a vulnerabilidade de mulheres é um produto da violência estrutural e da desorganização social, sendo maiores em territórios onde há disputa por tráfico de drogas e conflitos armados apresentam maiores incidência de crimes de gênero.

Em destaque o caso 3, no qual se ver o uso da violência em resolver as consequências da agressão sofrida pela vítima, situação destacada no depoimento das testemunhas, em que uma ao ver o agressor subir e esfaquear o corpo da vítima buscou um “terçado” para socorrê-la, e a outra, afirma que o pai da vítima ameaçou atirar em quem tivesse na casa, se acontecesse alguma coisa a filha dele.

Corroborando com Stela Meneghel *et al.* (2017) defendendo onde há extrema desigualdade social e em circunstâncias onde vigora a lei de um segundo estado, o feminicídio passa a ser praticado como forma de punição exemplar pra validar o poder masculino sobre as mulheres que não se comportam ou atendem aos desejos do homem.

No que se refere a filhos é destacável que no caso 2 e caso 4 os relacionamentos foram mais longos, apresentam um casal de filhos como fruto dessa relação que moravam com os autores após separação, em ambos os casos, os crimes ocorreram na presença de um dos filhos do casal. Somente no caso 1 mãe e filho são mortos pelo então companheiro e padrasto, também na presença do filho mais novo da vítima.

Sendo que quatro dos cinco casos os autores eram ex-companheiros das vítimas, apenas no caso 3 vítima e agressor conviviam juntos. Estudos afirmam que mulheres que terminam o relacionamento sem que o parceiro concorde e aceite, correm maiores riscos de morrer, ainda mais naqueles relacionamentos em que havia ameaças anteriores (MENEGHEL; MARGARITES, 2017).

Destacando o que segundo testemunhas relataram, no caso 1 e no caso 4 havia histórico de violência doméstica, marcado por violência física, psicológica e até ameaça de morte. Diante disso as motivações do crime são marcadas por ciúmes (caso 1 e caso 2), não aceitar o termino da relação (caso 4) e vingança ou ódio no caso 5, não sendo informado a motivação no caso 3 (quadro 4).

Quadro 4 – Violência doméstica e motivações dos crimes

Casos	Violência Doméstica	Motivações
Caso 1	Violência psicológica e física	Ciúmes
Caso 2	Não	Ciúmes
Caso 3	Não	Não informado
Caso 4	Violência psicológica, física e ameaças de morte	Não aceitava o término do relacionamento
Caso 5	Não informado	Vingança ou Ódio

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: SIAC (2019).

O feminicídio íntimo é uma das práticas mais utilizadas por ex-companheiros, da separação até ao ato de matar, o processo se dava inicialmente com a negação da separação, ameaças de morte e por fim, o feminicídio.

Havendo registros em que os autores invadem casas, arrumam emboscadas e encontros que terminaram com a morte da mulher, por vezes na frente de familiares e filhos da vítima, como, nos casos 1, caso 2 e caso 4, dos quais as mulheres morreram na frente/presença de seus filhos, após agressores usarem dos filhos como motivo para se aproximar da vítima (MENEGHEL; MARGARITES, 2017).

No mesmo estudo das autoras Stela Meneghel e Ane Margarites (2017) afirmam que a maioria das mortes por parceiros íntimos ocorreram dentro dos domicílios e metade possuíam histórico de violência doméstica. Diante disso as mulheres foram

mortas em sua residência nos casos 1, 2 e 4, porém as vítimas V3 morreu na rua de sua casa e V5 em um estabelecimento comercial (motel).

Vanessa Gonçalves (2016) aponta que 83,48% dos casos de feminicídio foram praticados dentro da casa da vítima e 41,7% já havia registro de outros delitos que antecederam o crime. Dos quais, para cada 10 mulheres que morreram, 6 possuíam filhos. Em comparação a outro estudo, 77 % dos feminicídios ocorreram na residência da vítima, com as vítimas de pouca instrução (58,8%), sem registro policial contra o agressor (76,2%), sendo este com pouca instrução também (63,4%) (GILLO, 2018)

Autores como Machado (2015) e Fernandes (2019) afirmam que em muitos dos casos os agressores partem para a prática de feminicídio por não aceitarem a separação e inconformismo com o término do relacionamento, resumidos na frase “se não for minha, não vai ser de mais ninguém” (MACHADO, 2015, p. 45).

Isso mostra que o autor do crime possui a ideia de que a vontade e desejo da mulher em se separar devem estar em função das decisões do companheiro. Visão está naturalizando a posse sobre a mulher a ponto de 74% dos Feminicídios no Brasil são motivados após romper o relacionamento (SIVA; ALBERTON, 2019).

Com base nesse prisma, as Diretrizes Nacional de Feminicídio defende em que o,

[...] sentimento de posse sobre a mulher, controle sobre o corpo, desejo, autonomia da mulher, limitação profissional, econômica, social ou intelectual da mulher, tratamento da mulher como objeto sexual, manifestações de desprezo ódio pela mulher e o feminino (BRASIL, 2016, p. 43).

São condições estruturais para a morte violenta de mulheres em razão do gênero, pois escancara a desigualdade na relação homem e mulher, em que ficam marcadas pela morte em razão de gênero com partes do seu corpo afetadas de maneira violenta.

Diante disso o meio aplicado, ou seja, o tipo de arma usada para tirar a vida de suas vítimas, somente o autor A5 usou uma corda, que levou ao local do crime. Nos outros crimes foi usado de objetos cortante e contundentes como: peixeira (caso 2); dois tipos de faca, descritas nos registros como de mesa e de cortar pão (caso 2); nos casos 1 e 4, foi utilizado um modelo de faca, sem especificidades. Os casos, 1, 2 e 3 somam várias perfurações nos corpos das vítimas (quadro 5).

Quadro 5 – Características dos crimes nos casos 1, 2, 3, 4 e 5

Caso	Local	Arma Utilizada	Área do Corpo Afetada
Caso 1	Residência da vítima	1 Faca	Várias partes (mãe e enteado)
Caso 2	Residência da vítima	2 facas	Várias partes
Caso 3	Via Pública (rua da residência do casal)	1 faca	Pescoço e abdômen
Caso 4	Residência do autor	1 faca	Abdômen e costela
Caso 5	Estabelecimento Comercial (motel)	1 corda	Pescoço

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: SIAC (2019).

Estudos como de Gonçalves (2016), Grillo (2018), Bandeira e Vieira (2018), apresentam que a faca é o principal instrumento utilizado pelos agressores para matar suas vítimas.

O uso da arma branca e a quantidade de golpes são verificados de maneira expressiva no caso 1 e caso 2, havendo em

processos judiciais em que mulheres foram atingidas por dezenas de facadas, por muitas vezes tão profundas que atravessam o corpo da vítima. Marta Machado (2015) afirma que a intenção do agressor é “provocar aflição suplementar anterior à morte quando o desejo de aniquilar fisicamente a mulher” (p. 41).

O que segundo a autora Claudia Maia (2019) trata-se de um mecanismo de eliminar signos do feminino, nesse tipo de crime, os corpos onde se tornam território de inscrição e afirmação da dominação e de poder masculina, justificando serem comuns os requintes de crueldade para confirmar e intensificar a morte da sua vítima. Havendo casos em que os golpes foram para atingir partes específicas do corpo feminino, como seios e vagina, em cada golpe são expressos o ódio, desprezo e punição às mulheres, desfigurando seu corpo (MACHADO, 2015; MAIA, 2019).

Em suma, os agressores de feminicídio em Ananindeua apresentam-se como homens de baixa escolaridade, moradores de bairros periféricos, onde há a presença marcante de violência e segregação social. Dos quais matam suas ex-companheiras por não aceitarem o fim do relacionamento e ciúmes, em que metade dos casos apresenta situações de agressões física, psicológica e ameaça de morte, perpetuados de modo como forma em que morreram, com uso de faca ou corda, demonstrando como o curto período de tempo entre o término e morte das vítimas, é marcado pela presença de homens na rotina das vítimas.

Tal panorama permite entender que a falta de investimento do Estado em levar a política pública até a áreas marcadas por mazelas sociais e econômicas, onde impera a submundo da criminalidade e periculosidade. É marcado por um sistema que pune todas as transgressões de regras sociais latentes e de dominação do mais forte, agressivo e viril, usando dos seus privilégios masculinos de homem de pouca instrução para validar seu domínio através da violência, colocando mulheres em maiores riscos.

E quando o investimento governamental chega até a essa população aqui descrita, é de forma precarizados a ponto de ver a falta de instrução de vítimas e autores deste crime, por exemplo. Usando de um aparelho jurídico que reconhece a violência de gênero vai além de problemas isolados, limitados a um (ex)casal, tratando-se de um problema de saúde pública de uma sociedade que usa de violência para firmar desigualdades, seja ela social, econômica, de raça e de gênero.

Uma vez que usa de uma legislação punitiva e simbólica como é vista a lei do Feminicídio por autores como Vasconcelos e Souza (2016), Cruz (2016), Santos Junior e Fraga (2015), Nascimento e Cantalice (2018), a partir do momento em que lança mão no Código Penal, tal aparelho assume o papel penal simbólico, com a função de abrandar violações sociais ocultando problemas que perpassam a violência de gênero, pois não se debruça a discutir e trabalhar questões raciais, de gênero e masculinidades para trazer a falsa sensação de segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser mulher em uma sociedade dominada pelo machismo e misoginia tornou-se mais evidente quando, nós, autoras e jovens mulheres moradoras de Ananindeua, estávamos diante dos dados do Mapa da Violência quanto a realidade do feminicídio no município.

Foi então que buscamos nesta pesquisa conhecer em qual contexto e como se estabelece esse tipo de violência na nossa cidade, pertencente a uma região onde pouco se explora um tema atual com dados alarmantes, que nós enquanto cidadãs ainda estão mergulhadas na desinformação acerca da temática.

Portanto se vê a necessidade gritante de se discutir e quebrar sistemas discriminatórios que afastam mulheres pobres em situação de vulnerabilidades dos seus direitos, primordialmente, tirar o foco das vítimas como única maneira de enfrentar o feminicídio, onde tem a rede de assistência social abarrotadas de mulheres em situação de violência e vulnerabilidade social.

Pois acreditamos que cuidar e oportunizar espaços para empoderamento é um meio de escancarar violações fortalecendo mulheres. Contudo a outra face deste crime demonstra que cuidar de mulheres vítimas de violência sem falar de homens e da nociva masculinidade tóxica é algo paliativo dentro de um sistema sociopolítico que não quer quebrar estruturas de poder androcêntrica.

O que conforme as diretrizes da Lei Maria da Penha defendem a promoção e intervenção em escala de União, Estados, Distritos e Municípios no enfrentamento da violência doméstica, com uma abordagem multidisciplinar que abracem mulheres e homens, pontuando que agressores participem de programas de recuperação e reeducação, buscando atender a complexidade em que o feminicídio se estaciona, muitas dessas mortes advêm de um *continuum* de violências simbólicas e estruturais que mulheres enfrentam.

Tal a inserção de homens na política de enfrentamento oportuniza a eles serem ouvidos, entender a finalidade que ele tem em agredir e matar sua (ex)companheira, fazendo repensar sobre o que é ser macho dentro da sua perspectiva. Haja vista que atualmente, homens vêm sendo inseridos em grupos reflexivos como alternativa para trabalhar desigualdade de gênero, implicando ao que é defendida por Suxberger e Ferreira (2016).

A comunidade masculina deve ser ouvida e igualmente ser assistida por ações de prevenção à violência doméstica, pois “é

importante que comecem a compartilhar problemas e afetivos e familiares, que reconheçam as dificuldades em manter essas relações” (p. 257) repensando em papéis sociais, os valores e visão de mundo que regem seus comportamentos, ampliando-os na busca do reconhecimento e de igualdade de gênero. Uma vez que menos de 2% dos homens agressores de violência doméstica no Rio de Janeiro que participavam de grupos reflexivos voltaram a agredir suas (ex)companheiras.

Investir em reeducação quebra paradigmas e reflete na desconstrução da identidade masculina dominante e agressiva, para criação de novas perspectivas de ser homem dentro das relações ensinando a nova geração sobre os efeitos destrutivos do macho opressivo e misógino, para que não seja necessário que mulheres sejam agredidas para que haja ação em (re)educar homens.

Remetendo o quão é importante investir em educação, falando de respeito, sexualidade e resiliência dentro das escolas e fora delas, atingindo a comunidade que a rodeia, chegando aos vários níveis econômicos e sociais.

Para que haja mudanças é necessário, primordialmente, evidenciar opressões, escancarando, sistemas discriminatórios na busca e conquista de espaços e garantias de direitos protegidos e ofertados dignamente para quem sofre, além de ir muito além de cuidar somente das vítimas, mas oportunizar a quebra de paradigmas, de doutrinações e crenças que diminuem a mulher.

Valores que devem ser desconstruídos e reconstruídos em cima da busca da igualdade para todas as mulheres e para todos (masculino e feminino), fazendo perceber que não são somente mais um ou mais uma que transgrediu, mas que é alguém que quer respeito, voz ativa, garantias e ser dona do próprio corpo e da própria vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. M. C. “Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial”. **Revista Sociedade e Estado**, vol. 29, n. 2, 2014.

BANDEIRA, L. M.; VIEIRA, L.; CAMPOS, S. G. **O enquadramento midiático dos crimes de feminicídio no Brasil: O padrão de reprodução e a invisibilidade das mulheres assassinadas**. Brasília: Editora da UnB, 2018.

BARBOSA, B. C. **Autores de homicídios passionais: narrativas do crime, histórias de vida e dos relacionamentos** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). São Leopoldo: Unisinos, 2015.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra a mulher: relatório final**. Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em: <www.senado.legv.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Diretrizes nacionais feminicídio: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: <www.tj.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. Lei Maria da Penha e legislação correlata. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <www.senado.legv.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CAMPOS, C. H. “Feminicídio no Brasil: uma análise crítico-feminista”. **Sistema Penal e Violência**, vol. 7, n. 1, 2015.

CARAMÊS, B. R.; CHAVES, A. M. “A ameaça à luz da lei Maria da Penha: um panorama do acesso à justiça em Belém/PA”. **Revista LEVS**, vol. 19, n. 19, 2017.

CARPANEZ, T. G.; LOURENÇO, L. M.; BHONA, F. M. C. “Violência entre parceiros íntimos e o uso de álcool: estudo qualitativo com mulheres da cidade de Juiz de Fora – MG”. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, vol. 14, n. 2, 2019.

CRUZ, A. R. “Feminicídio: necessidade ou populismo penal?”. **Revista Bibliomar**, vol. 14, n. 1, 2016.

FERNANDES, V. D. S. **Raio X do feminicídio em São Paulo: é possível evitar a morte.** São Paulo: Ministério Público de São Paulo, 2018.

GONÇALVES, S. A. “Morte violenta de mulheres: Uma análise acerca das ocorrências de feminicídio na cidade de Santa Maria/RS”. **Conversas e Controvérsias**, vol. 3, n. 2, 2016.

GONÇALVES, W. C. “Violência contra a mulher: contribuições da vitimologia”. **Sistema Penal e Violência**, vol. 8, n. 1, 2016.

GREGOLI, R.; SILVA, R. V.; RIBEIRO, H. M. **Desafios para o acesso e sistematização dos dados de violência contra as mulheres no Brasil:** a experiência de implementação do

Observatório da Mulher contra a Violência. Brasília: Ministério da Justiça, 2018.

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. “Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da lei Maria da Penha”. **Psico**, vol. 44, n. 2, 2013.

GRILLO, H. S. **Fatores associados com a mortalidade de mulheres em situação de vulnerabilidade por violência doméstica**: uma aplicação do modelo de Poisson com variância robusta (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Estatística). Porto Alegre: UFRGS, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. “Cidades e Estados: Ananindeua”. **IBGE** [2019]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11/05/2023.

LOBO, C. S. **Violência doméstica cometida contra a mulher no município de Marabá** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Direito). Marabá: UNIFESSPA, 2017.

MACHADO, M. R. A. (org.). **A violência doméstica fatal**: o problema do feminicídio íntimo no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, 2015.

MAIA, C. “Sobre o (des)valor da vida: feminicídio e biopolítica”. **História**, vol. 38, 2019.

MENEGHEL, S. N. *et al.* “Feminicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 9, 2017.

MENEGHEL, S. N. *et al.* “Feminicídios: narrativas de crimes de gênero”. **Interfaces**, vol. 17, n. 46, 2013.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. “Feminicídios: homicídios femininos no Brasil”. **Revista Saúde Pública**, vol. 45, n. 3, 2011.

MENEGHEL, S. N.; MARGARITES, A. F. “Feminicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer”. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 33, n. 12, 2017.

NASCIMENTO, A. D. E.; CANTALICE, L. B. O. “O crime de feminicídio e a violação do direito à vida das mulheres: um estudo na cidade de João Pessoa”. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Vitória: UFES, 2018.

PASINATO, W. “‘Feminicídios’ e as mortes de mulheres no Brasil”. **Cadernos Pagu**, vol. 37, 2011.

PEREIRA, D. C. S.; CAMARGO, V. S.; AOYAMA, P. C. N. “Análise funcional da permanência das mulheres nos relacionamentos abusivos: um estudo prático”. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. 22, n. 2, 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Rio Grande do Sul: Editora da Feevale, 2013.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. “Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno”. **Jornada Brasileira de Psiquiatria**, vol. 36, n. 2, 2014.

SAFFIOTI, H. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Editora Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero”. **Caderno Pagu**, n. 16, 2001.

SANTOS JUNIOR, E. G.; FRAGA, T. C. “O feminicídio (lei nº 13.104, de 9 de março de 2015) no ordenamento jurídico brasileiro como norma penal simbólica”. **Revista Idea**, vol. 6, n. 1, 2015

SANTOS, M. C. *et al.* “Violência contra a mulher no Brasil: algumas reflexões sobre a implementação da lei Maria da Penha”. **Ciências Humanas e Sociais**, vol. 3, n. 3, 2016.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1995.

SILVA, V. A. **A discriminação das mulheres negras no Brasil e seu impacto na educação, no trabalho e na violência** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Direito). Santa Rosa: Unijuí, 2018.

SIMÕES, H. V. **A tutela penal patriarcal e o paradoxo do feminismo punitivista** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Direito). Curitiba: UFPR, 2015.

SOUSA, T. T. L. “Feminicídio: uma leitura a partir da perspectiva feminista”. **Ex æquo**, n. 34, 2016.

SOUZA, M. C. *et al.* “A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha”. **Âmbito Jurídico**, vol. 13, n. 77, 2010.

SUXBERGER, A. H. C.; FERREIRA, N. N. A. “Políticas de intervenção no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher”. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, vol. 2, n. 1, 2016.

TOLOSA, T. S. R. **Violência de gênero**: caracterização do feminicídio no município de Belém (Dissertação de Mestrado em Segurança Pública). Belém: UFPA, 2017.

VASCONCELOS, I. C. C.; SOUZA, L. C. “A desigualdade de gênero na lei penal brasileira”. **Revista Eletrônica de Direito Penal e Política Penal**, vol. 4, n. 1, 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAPÍTULO 9

*Cohpê Mor XY: O Número de
Suicídios Entre os Povos Indígenas Maranhenses*

COHPÊ MOR XY: O NÚMERO DE SUICÍDIOS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS MARANHENSES

Débora Sampaio Martins

Roberta Castro Campos Borba

As sociedades, sejam elas de qualquer tempo e lugar, partilham algo em comum e imutável: “o morrer”. Essa é uma certeza para quem está vivo, e não é possível evitar, no entanto, há quem resolva, por vários motivos diferentes, antecipar esse momento, através do suicídio.

Esse fenômeno, embora seja uma ação individual autoprovocada, é um ato complexo e de sérias dimensões sociais. Para Albert Conus, em seu livro *O mito de Sísifo*, “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia” (p. 8).

Como fator multifacetado que é, o suicídio ocorre ao longo de toda a história da humanidade. Mas, atualmente, tem trazido muitos questionamentos sobre o sofrimento e/ou adoecimento mental das sociedades modernas, já que os números têm crescido de forma assustadora.

Para tentar entender ao máximo esse fenômeno e as formas como ele se apresenta, é fundamental o diálogo aberto e franco sobre essas questões, na tentativa de quebrar alguns tabus e desmistificar conceitos baseados no senso comum, trazendo informações e dados relevantes para o enfrentamento desse mal que já ganhou envergadura epidemiológica.

Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, por ano, uma média de 800 mil pessoas no mundo tiram a própria vida, e no Brasil são cerca de 12 mil pessoas, sendo, portanto, a 3ª maior causa de mortes entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Esse fenômeno, tem crescido e já se tornou um problema crônico de saúde pública no Brasil, que está no ranking dos países com maior número anual de suicídio. Esse mal tem assolado o povo brasileiro, do Oiapoque ao Chuí, e os povos originários, pelo aumento considerável do número de suicídio, têm chamado a atenção das mais diversas áreas de interesse e pesquisa, dentre elas, a psicologia.

O suicídio, como problema social que é, tem sido foco de muitos estudos e levantamentos, na perspectiva de entender e assim, pensar alternativas de controle e prevenção. Os casos entre os indígenas pedem um olhar ainda mais urgente, posto que suscita e discute o papel da aculturação pelo *cohpê* (“branco” na língua krikati).

E este estudo, em particular, tem como objetivo principal, apontar o número de suicídios entre os povos indígenas do estado do Maranhão, no recorte temporal dos últimos dez anos (2012-2021), identificando os troncos e as etnias com maior número de casos, e a faixa etária em que o suicídio é mais prevalente.

Mas, antes de entrar na questão do suicídio propriamente dita, será feito um panorama histórico sobre os povos originários brasileiros e sua divisão em quatro grandes troncos principais (Marco-Jê, Tupi, Aruák e Karib), sobre a criação e papel da Funai (Fundação Nacional do Índio), sobre a não tutela por parte do estado a partir de Constituição de 1988, adesão à Convenção 169, da OIT – Organização Internacional do Trabalho (2002) e por fim, sobre a criação da SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena (2010).

POVOS DAS TERRAS BRASILEIS

Na época da invasão do Brasil, pelos portugueses, a população nativa era cerca de cinco milhões, distribuídos em quatro trocos linguísticos (Marco-Jê, Tupi, Aruák e Karib), e daí, em diversas etnias. Ao desembarcarem na Ilha de Vera Cruz, os primeiros encontros se dão com povos que, segundo Tessuto Júnior e Navarro (2016, p. 02) “desde a chegada dos portugueses, constatou-se que, em toda a costa brasileira falava-se uma mesma língua, não obstante houvesse dela algumas variantes dialetais”.

Isso faz referência à gama de dialetos da grande língua Tupi, troco que habitava o litoral, e as etnias dos primeiros contatos foram, principalmente, os Guarani, Tupumanbá, Tupinikim, Tamoio e Tabajara. Enquanto os Tupi viviam no litoral e praticavam a caça, a pesca e a agricultura (mandioca, milho, batata-doce etc.), os *Tapuya* (inimigos dos Tupi) viviam na região mais central do Brasil. Erroneamente, se atribui ao povo Jê a alcunha de *Tapuya*, mas sobre isso, Schwerin (2017, p. 7-8) nos traz:

O exame dos dados etnográficos mostra, contudo, que nesta designação se incluíam tanto povos verdadeiramente marginais empurrados pela expansão dos povos Tupi quanto os Jê propriamente ditos, dos campos do Brasil central desde a costa, para dentro do planalto litorâneo.

Assim, dentre os povos denominados *Tapuya*, ou “os de língua travada” (assim chamados pelos Tupi) estavam os Jê, mas também outros povos, derrotados pelos Tupi, e que foram desterrados por eles. Esses habitantes do interior do Brasil, não praticavam a agricultura, mas buscavam sua subsistência na caça,

pesca e coleta de frutos, e procuravam fazer suas habitações próximo as cabeceiras dos rios.

Portanto, não é possível falar em cultura, mas em culturas indígenas distintas, e segundo Baniwa (2006, p. 47),

[...] podemos concluir que não existe uma identidade cultural única brasileira, mas diversas identidades que, embora não formem um conjunto monolítico e exclusivo, coexistem e convivem de forma harmoniosa.

E dessa miríade cultural de etnias dos primeiros nativos brasileiros, restam hoje, segundo o IBGE (Censo 2010, IBGE), quase um milhão de pessoas autodeclaradas indígenas, dessas, 517.383 vivem em terras indígenas. E sobre esses povos, desde os primeiros contatos até os dias de hoje, têm recaído o peso da aculturação infligida pelos invasores, e umas das formas que essa aculturação se transfigura pode ser a do suicídio.

A POLÍTICA INDIGENISTA NO BRASIL

Desde a invasão portuguesa e ao longo dos séculos, os indígenas passaram por vários períodos bárbaros, e sobre isso, Baniwa (2006, p. 17) traz que “a história é testemunha de que várias tragédias ocasionadas pelos colonizadores aconteceram na vida dos povos originários dessas terras”, ou seja, povos inteiros foram exterminados, alguns desterrados, outros escravizados e muitos abortados das suas culturas e por conseguinte, de suas práticas religiosas.

Para o colonizador, os “índios” (forma simplista de categorizar como única as quase mil etnias existentes naquela época) não eram considerados seres humanos, questionavam-se até mesmo se tinham alma. É terrível esse pensamento, mas ele teve reflexos ainda por muito tempo depois das famosas “missões”.

Mesmo com a organização mínima do Estado Brasileiro, os indígenas não eram tidos como cidadãos nem como sujeito autônomos e donos de sua história, pelo contrário, eram tutelados pela União, que lhes assistia e tomavam as decisões em seu nome, a partir de perspectiva branca. Mesmo com o surgimento da FUNAI – Fundação Nacional do Índio, os indígenas continuaram sendo tratados em regime de tutela. Quanto a FUNAI:

É o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil (FUNAI, 2020).

Como se pode notar, a FUNAI foi criada para promoção e proteção dos direitos, mas, por alguns anos, ela atuou com a política do protecionismo assistencialista, pois mesmo esse órgão não previa ainda o indígena como sujeito de direito.

Foi somente com a Constituição Federal (1988) em seu artigo 232, que diz que “os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.”, que os povos originários ficaram livres da tutela oficial do Estado, que passou a acolher os indígenas como cidadãos brasileiros, reconhecendo sua autonomia.

Ainda sobre esse artigo, Silva (2014, p. 1) declara “com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve inovação no entendimento sobre a capacidade civil dos cidadãos indígenas, passando estes à condição similar aos demais brasileiros”. Com isso, os indígenas obtiveram, no papel, o reconhecimento como parte integrante da sociedade brasileira, e tiveram a garantia constitucional do direito as suas terras e as práticas de toda sorte de manifestações culturais próprias de sua gente.

Somou-se ao artigo 232 da Constituinte, a adesão do Brasil, em 2002, à Convenção 169, da OIT, que reza:

Conscientes da sua importância e sob a orientação de sólidas organizações de promoção de seus interesses e proteção dos seus direitos, esses povos passaram a assumir, eles próprios, o direito de reivindicar, acima de tudo, sua identidade étnica, cultural, econômica e social, rejeitando, inclusive, serem chamados de “populações (CONVENÇÃO 169 - OIT, 2011, p. 06).

Assim, os povos originários ganharam reforços internacionais para sua autonomia e seguridade dos seus direitos, o que ainda está muito aquém do que sofreram com anos de opressão e massacre por parte dos *cohpê*, mas que já representou um grande avanço nas políticas indigenistas.

Por fim, como política pública, diretamente ligada ao interesse desse estudo, é importante citar a criação da SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena, pelo Decreto 12.314/2010, vinculada ao Ministério da Saúde. Essa Secretaria está distribuída no Brasil com a seguinte configuração: os DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena – estaduais.

Os Polos de Saúde, que podem estar dentro das aldeias ou em municípios próximos e; as CASAI – Casa de Saúde Indígena, que ficam nos grandes centros, para receberem os pacientes que precisam de tratamento mais complexo e fora do município e dentro da Rede do SUS.

Vale ressaltar que, em cada estado, a saúde indígena é gerenciada com a coparticipação dos indígenas, através do CONDISI – Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Formado por representações indígenas dos segmentos e povos dentro de cada estado.

A RESISTÊNCIA

Segundo a última contagem da população (Censo 2010, IBGE), no Brasil existem 896 mil pessoas autodeclaradas indígenas, dessas, 35 mil indígenas no estado do Maranhão, pertencentes a sete grupos étnicos diferentes. Classificam-se em dois troncos linguísticos: Tupi-Guarani e Macrojê (FUNAI, 2021). E dentro desses dois grandes troncos, aqui no Maranhão tem-se as seguintes etnias: Tupi (Guajajara, Ka'apor, Awa-Guaja e Gamela) e Macrojê (Krikati, Gavião, Kanela, Krenyê e Krepyn)

Ricos em tradições, ritos e religiosidades, os remanescentes dos povos tradicionais, de acordo com Baniwa (2006, p. 18),

[...] os povos indígenas não são seres ou sociedades do passado. São povos de hoje, que representam uma parcela significativa da população brasileira e que por sua diversidade cultural, territórios, conhecimentos e valores ajudaram a construir o Brasil,

E figuram a resistência e a força dessa gente, que apesar de anos de agressão, tanto direta quanto indireta, através de invasão de seu território, depredação ambiental, exploração de recursos e a negação de novas demarcações de suas terras, têm lutado bravamente para preservar suas culturas, línguas e costumes.

Mas, resistir aos impactos da aculturação branca não têm sido uma tarefa fácil, principalmente para os jovens, que vivem numa corda bamba de identidades. O vazio trazido pelo sentimento de não pertença à cultura branca, enquanto muito da sua própria cultura foi perdida, leva os jovens indígenas a uma angústia muito grande. Isso pode ser um gatilho estressor para desencadear sofrimento e/ou adoecimento mental, que aliados a muitos outros fatores, pode resultar em suicídio entre esses povos.

Aqui, nesse trabalho, não compete definir as causas, mas refletir sobre os números que se apresentam e que, mantidas as proporções populacionais, tem crescido e de forma descontextualizada culturalmente, sobretudo entre os jovens indígenas. O suicídio é um fenômeno de interesse de estudo da psicologia, uma vez que seu objeto de estudo é o ser humano e toda a sua subjetividade enquanto sujeito, com suas potencialidades, capacidade de resiliência e adaptação, mas também, seus sofrimentos e adoecimentos psicológicos.

O NÚMERO DE SUICÍDIOS INDÍGENAS NO MARANHÃO NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

No Brasil, a cada hora uma pessoa morre por suicídio. É um número assustador, e segundo o CFP – Conselho Federal de Psicologia:

Os países de baixa e média renda são os que têm a maior parte da carga suicida global, isso inclui o Brasil – cujo índice anual ultrapassou os nove mil em 2011. Estes locais estão relativamente menos equipados para impedir o suicídio, pois estão pouco capacitados para acompanhar a demanda crescente que vai da assistência à saúde, em geral, até a assistência especializada em saúde mental (CFP, 2013, p. 10).

Assim, o país caminha na contramão, enquanto o restante do mundo passa por uma queda desses números, no Brasil crescem os casos. Isso se configura um problema social grave e que precisa urgentemente de políticas públicas de prevenção e conscientização sobre esse tema, ainda tão cheio de estigmas e tabus.

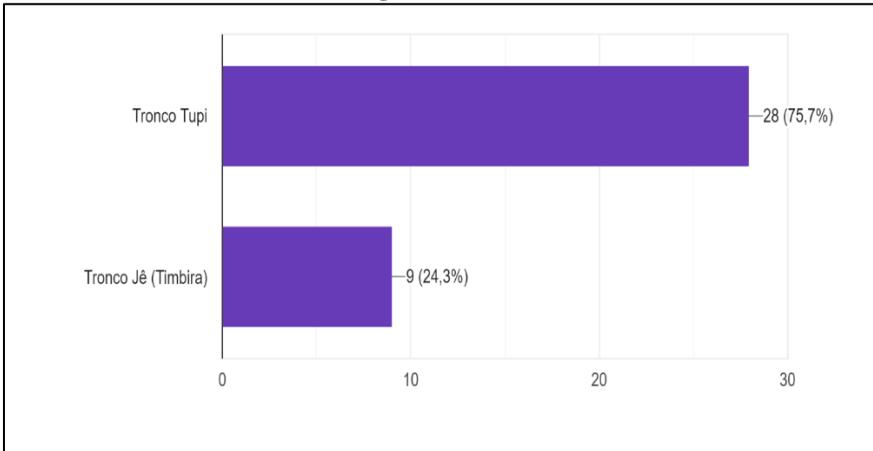
Se esses números, na comunidade em geral, já são preocupantes, nos povos originários são ainda mais acentuados, e sobre isso, aponta a SESAI (2018):

Povos indígenas têm maiores taxas de suicídio em diversos países (Canadá, Nova Zelândia, Austrália, Chile). Brasil: indígenas têm taxa de mortalidade por suicídio quase três vezes maior que a população em geral: – Pop. Geral: 5,5 por 100 mil hab. – Indígenas: 15,2 por 100 mil hab.

Dessa maneira, não é possível analisar esses dados de forma macro e generalizada, e sim fazendo uma observação ainda mais minuciosa e que traga à tona a reflexão sobre o porquê dos povos indígenas, em especial os maranhenses, recorrem, cada vez mais, ao suicídio.

Para trazer o quantitativo da forma mais fidedigna possível, de acordo com os dados disponibilizados pela SESAI com fins a efetivação deste artigo, serão apontados os números de suicídios indígenas no Maranhão nos últimos dez anos (2012 – 2021) conforme ilustração dos gráficos que dispomos a seguir. Ressaltando que para esse trabalho, interessa destacar os troncos, as etnias, a faixa etária e o ano com maiores índices.

Gráfico 1 - Suicídios indígenas no Maranhão (2012 a 2021)

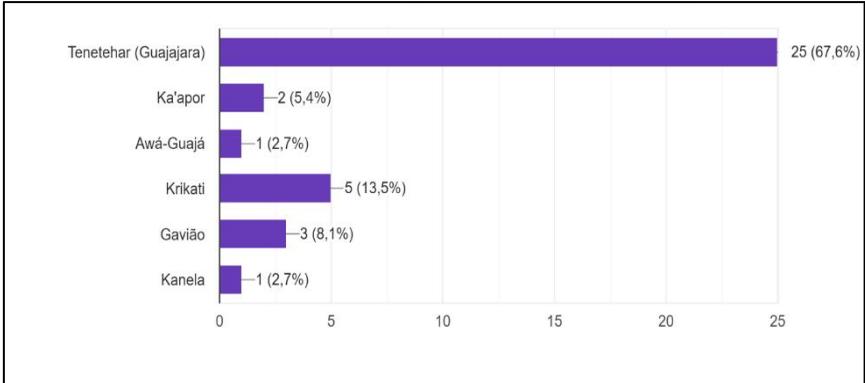


Fonte: SESAI-MS (2021).

Em se tratando do tronco, como é possível observar, o Tupi aparece com maior prevalência de casos, e esses números são proporcionais, ou seja, o maior número de casos de suicídios é exatamente no maior tronco indígena do Maranhão.

É interessante ressaltar que os Tupi, quanto ao número de etnias, são menos, mas em número absoluto da população, são mais. Isso se dá pelo fato de os Guajajara, maior nação indígena maranhense, fazerem parte do tronco Tupi.

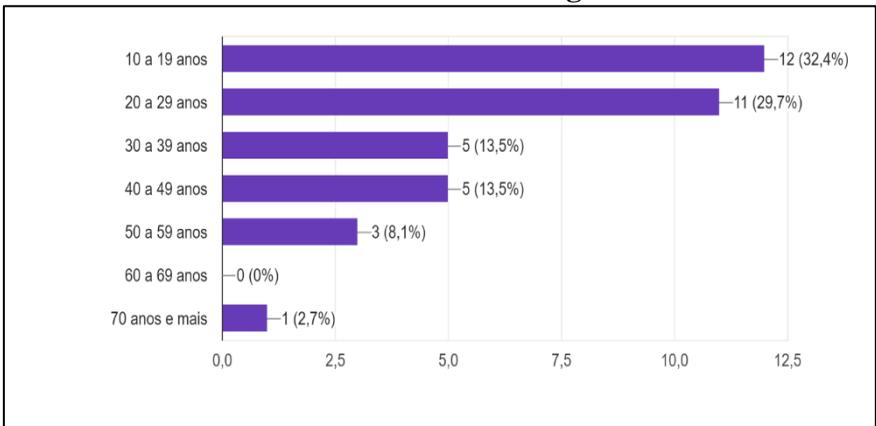
Gráfico 2 - Suicídios indígenas no Maranhão por etnia



Fonte: SESAI-MS (2021).

Quanto às etnias, a Guajajara sobrepõe-se às demais, sendo a de maior população indígena no estado do Maranhão e uma das maiores do Brasil, segundo o Instituto Socioambiental (2021). Essa etnia destaca-se ainda por ser predominantemente maranhense.

Gráfico 3 – Faixa etária do indígena suicida



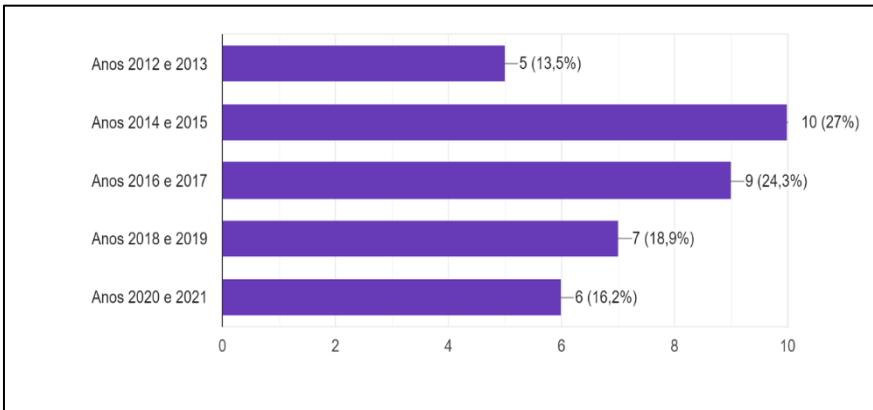
Fonte: SESAI-MS (2021).

É alarmante o número de suicídios entre crianças e adolescentes indígenas maranhenses. Souza (2019, p. 2) traz que

[...] evidências apontam ainda que, em determinadas minorias étnico-raciais, como os indígenas (aborígenes ou populações nativas), o suicídio entre crianças apresenta taxas bem mais elevadas do que a observada na população geral [...]

Daí a necessidade urgente de mais estudos e pesquisas sobre esse grupo, especificamente, na tentativa de pensar meios para prevenção desse fenômeno tão assolador.

Gráfico 4 – Anos da ocorrência do suicídio



Fonte: SESAI-MS (2021).

E por fim, nesse recorte temporal dos últimos dez anos (2012 – 2021) há um destaque para o biênio 2014/2015, seguido por 2016/2017, com taxas mais elevadas de suicídio. Já nos anos de 2020

e 2021, período que corresponde a pandemia da Covid-19, houve uma queda significativa nos casos de suicídios entre indígenas maranhenses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados expostos acima, e de todo cenário envolvendo essa temática, ressalta-se que, no contexto indígena, o suicídio está relacionado com fatores socioculturais específicos, o que exige um trabalho de envergadura muito maior, haja vista que o suicídio já é, por si só, complexo e multicausal.

Fazendo uma ponte entre o título desse trabalho “*COHPÊ MOR XY*” (rastros de branco, na língua Krikati), as raízes da aculturação e o declínio de casos entre os indígenas maranhenses, justamente no período de quarentena, chama a atenção por levantar algumas hipóteses.

Dentre elas a de que, em razão do recolhimento e isolamento social, os indígenas puderam passar por uma espécie de “limpeza” da influência branca, e com isso, vivenciar e fortalecer laços com sua própria cultura? E assim, fortalecerem-se, enquanto sujeito e comunidade, e que isso foi fator protetivo no sofrimento e/ou adoecimento mental?

Essas hipóteses vão de encontro ao restante da população “branca”, que nesse período teve uma considerável elevação dos níveis de ansiedade, sofrimento e adoecimento mental, devido à pandemia e ao isolamento.

Considerar as causas não é especificamente o objetivo direto desse trabalho, mas uma vez que se colocam os números, e que se pondere sobre eles, depreende-se que é necessário e urgente o aprofundamento desse estudo, no sentido de mensurar mais os

danos, na medida em que se entende as razões e circunstâncias, que por certo são muitas, que levam um sujeito a recorrer ao suicídio como ato último para aplacar o sofrimento e a dor.

REFERÊNCIAS

BANIWA, G. S. L. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

BRASIL. **Análise descritiva dos óbitos por suicídio na população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena entre 2010 e 2017**. Brasília: Secretaria Nacional de Saúde Indígena, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

BRASIL. **Dia mundial de prevenção ao suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <www.cfp.org.br>. Acesso em: 30/05/2023.

FUNAI - Fundação Nacional do Índio. **Povos indígenas no Maranhão**. Brasília: FUNAI, 2020. Disponível em: <www.funai.gov.br>. Acesso em: 30/05/2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. “Censo Demográfico”. **IBGE** [2010]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30/05/2023.

ISA - Instituto Socioambiental. “Povo: Guajajara”. **ISA** [2021]. Disponível em: <www.socioambiental.org>. Acesso em: 30/05/2023.

NAVARRO, E. A.; TESSUTO JÚNIOR, E. “Breve história da língua tupi”. **Revista Metalinguagens**, n. 5, 2016.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. **Convenção n. 169**: sobre os povos indígenas e tribais. Brasília: OIT, 2011.

SCHWERIN, Karl H. “Aruák, Karib, Jê, Tupi: adaptação cultural e história da cultura da floresta tropical”. **Fundação Araporã** [2017]. Disponível em: <www.fundacaoarapora.org.br>. Acesso em: 30/05/2023.

SILVA, J. J. A. “A capacidade civil dos cidadãos indígenas após o advento da Constituição Federal de 1988”. **Portal Jus** [2014]. Disponível em: <www.jus.com.br>. Acesso em: 30/05/2023.

CAPÍTULO 10

*Escuta Clínica das
Vivências de Prazer – Sofrimento na
Organização do Trabalho de Policiais Militares*

ESCUITA CLÍNICA DAS VIVÊNCIAS DE PRAZER - SOFRIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE POLICIAIS MILITARES

Hanna Izabel Ferreira Marçal

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schindwein

Edcarlos Alfaia Galeno Barbosa

Mariana Oliveira da Silva

A segurança pública é um tema que vem sendo muito discutido, seja pela criminalidade que se agrava a cada dia ou pelas mudanças que estão ocorrendo no setor político e econômico do país. O Atlas da Violência publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019) demonstra o crescimento das taxas de homicídios no Brasil em 2017 - cerca de 31,6 mortes para cada 100 mil habitantes; a maior taxa de mortes violentas intencionais registradas.

Os dados são preocupantes e demonstram que a violência vem se tornando um fenômeno crescente no país. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019) demonstra a problemática em cena e aponta que, em média, morre um policial para cada 18 mortes cometidas pela polícia, sendo que as mortes decorrentes de intervenção policial aumentaram em torno de 20% em 2018.

Portanto, é preciso um olhar urgente e compromissado dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) para o fenômeno da naturalização da violência, visto que as transformações políticas e econômicas também reverberam em dificuldades para a classe policial e a falta de investimentos nos próprios profissionais representa risco à saúde e à vida desses trabalhadores e da sociedade brasileira.

O trabalho na segurança pública brasileira é uma atividade complexa, pois coloca o policial em uma conjuntura de forças distintas, entre o dever de assegurar (a custo da própria vida) a segurança pessoal e patrimonial da sociedade e a necessidade de se manter vivo.

Ademais, conforme o Art. 2º do Decreto-lei nº 09-A de 1982 a polícia militar é uma instituição voltada para a “[...] preservação da ordem pública e execução de atividade de defesa civil [...]”. Assim, indivíduos que estão na linha de frente devem defender a população da violação do seu direito à segurança, no qual se asseguram as garantias e as liberdades de todos (HONÓRIO; SILVA, 2018).

Além de ser uma instituição com regime próprio de trabalho, a polícia militar subordina-se aos governos dos Estados (BRASIL, 1988) enquadrando-se em um dos serviços públicos essenciais à população. Apesar de essencial, a realidade de trabalho da polícia militar enfrenta muitos desafios concretos e subjetivos.

Os estudos de Derenusson e Jablonski (2010), Benevides *et al.* (2014), Almeida *et al.* (2016) e o de Azevedo (2017) apontam que a precarização das condições de trabalho dos policiais militares (PM) reflete o descaso com àqueles que encararam uma atividade de alta complexidade, proporcionando maior probabilidade ao sofrimento e adoecimento no trabalho.

Então, a violência cotidiana não é o único fator que favorece o sofrimento e adoecimento dos PMs, a precarização do trabalho também contribui para tais vivências. Os trabalhos de Amador (2000), Basílio (2009), Minayo, Assis e Oliveira (2011), Souza *et al.* (2012) e o de Magalhães (2015) legitimam que os impactos das mudanças sociais e econômicas neste setor, como a falta de investimento na segurança pública, a falta de reconhecimento do trabalho policial por parte dos Estados e da sociedade, as condições

precárias de trabalho, os baixos salários, o alto nível de estresse, entre outros tornam a problemática ainda mais grave. As consequências são amplamente discutidas por vários pesquisadores (as) no Brasil como Silva e Vieira (2008), Muller (2012), Fonseca, Oliveira-Silva e Naves-Silva (2014), Paulino e Lourinho (2014), Machado, Traesel e Merlo (2015), Coelho *et al.* (2016), Ferreira (2016) e Cunha (2017).

Estes (as) afirmam que as vivências individuais e coletivas dos (as) trabalhadores (as), quando submetidos às condições precárias, têm maiores chances de provocar sofrimento/adoecimento. Em contrapartida, quando as condições dadas pela organização do trabalho são especiais, com treinamento contínuo e atuação em grupo (diminuindo a vulnerabilidade a imprevistos) maior serão as possibilidades de construção de um espaço de escuta coletiva, onde o sentimento de prazer se faz presente, contribuindo no melhor desempenho e satisfação socioprofissional.

Para Dantas *et al.* (2010), Oliveira e Bardagi (2010), Couto, Vandenberghe e Brito (2012), Liz *et al.* (2014) o estresse do policial está relacionado às exposições como a má qualidade do sono, falta de preparo físico, riscos de violência e morte, tomada de decisões imediatas, evento traumático, atuação na área de emergência e operacional, relações hostis com níveis superiores e outros.

Ao se defrontarem cotidianamente com situações estressoras e fatores de riscos como estes, os policiais apresentam condições favoráveis ao desenvolvimento de patologias, sendo os transtornos mentais os mais comuns (CÂNDIDO, 2013; PAULINO; LOURINHO, 2014; LIMA; BLANK; MENEGON, 2015; BRAVO; BARBOSA; CALAMITA, 2017). Assim, tornam-se relevante as discussões sobre as vivências de prazer-sofrimento dos profissionais da polícia militar, atividade em que o risco físico e psicológico é elemento estruturante da própria profissão, uma vez que o trabalho

do policial envolve processos que podem gerar experiências de fracasso/frustração (produtores de sofrimento) ou permitir a autorrealização e o desenvolvimento, possibilitando o sentimento de prazer e autorrealização (DEJOURS, 1992; MENDES, 2007; FERREIRA, 2013; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

E para entender como se dão os vínculos da organização do trabalho com a dinâmica prazer-sofrimento, faz-se necessário observar e escutar os indivíduos inseridos no contexto de sua atividade. Pois, a possibilidade de falar das intempéries do trabalho suscita a reflexão e, posteriormente, a compreensão daquilo que é exposto. A partir da compreensão, o sujeito abrirá caminhos para mobilizar-se e transformar o sofrimento.

Dessa forma, para o desenvolvimento do estudo, aplicou-se o método de ação-intervenção indispensável em pesquisas de cunho teórico-metodológico Dejouriano, com o objetivo de analisar as vivências de prazer-sofrimento dos PMs na organização de trabalho de um batalhão da região Norte do Estado brasileiro. O objetivo também foi compreender como a dinâmica prazer-sofrimento interfere na execução das atividades. Espera-se, a partir dos resultados, alcançar subsídios para a análise de ações voltadas à saúde dos PMs, podendo contribuir para a organização do trabalho da polícia militar e para a sociedade como um todo.

MÉTODO

Este artigo trata dos resultados de uma pesquisa de cunho qualitativa descritiva com aporte teórico-metodológico da Psicodinâmica do Trabalho (PdT). A proposta de intervenção baseou-se numa escuta clínica das vivências dos trabalhadores no contexto de trabalho, de suas expressões coletivas sobre a

organização do trabalho (MENDES, 2007; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

A análise perpassa a compreensão das situações concretas de trabalho, dos processos psíquicos, das relações intersubjetivas e ainda busca formular possíveis intervenções por meio de um processo de elaboração e perlaboração, que acontece a partir da expressão coletiva dos trabalhadores.

É por meio da reflexão coletiva que os trabalhadores se tornam capazes de se reapropriar do seu trabalho, ressignificando suas vivências e mobilizando-se para transformar aquilo que faz sofrer (MEDEIROS, 2012).

LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um batalhão da Polícia Militar na cidade de Porto Velho - capital de Rondônia com os policiais da Força Tática (FT) a partir da autorização do comando geral do BPM/RO. Na época da pesquisa, o grupo da FT contava com 21 policiais, porém, foram excluídos os que estavam de férias, afastados ou em missão, então, participaram dos encontros 17 policiais da FT, sendo 14 homens e três mulheres.

Os participantes tinham idade entre 25 a 48 anos. A jornada de trabalho da FT é de 12h de trabalho por 60h de folga, mas, quando solicitados, devem comparecer ao trabalho. Além do período trabalhado, os policiais têm atividades físicas todas às segundas-feiras e incluem as idas, quando convocados, nas audiências de Ofício e Custódia, muitas vezes este processo legal se dá nos períodos de folga.

COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Conforme proposto pela metodologia de pesquisa em PdT, foram realizadas duas reuniões com o Comando Geral do BPM/RO para apresentação e aceite da proposta. Utilizou-se a observação participante e escuta clínica coletiva como técnica de registro à produção de diários de campo.

Foram realizados seis encontros, com duração de aproximadamente 01 hora cada. Uma psicóloga (mestranda) conduziu as sessões e dois bolsistas de iniciação científica (graduação em psicologia) realizaram os registros, tendo em vista que o grupo não permitiu a gravação com a justificativa de que “tudo vira denúncia contra policial” [sic].

Como procedimento complementar, foram efetuadas visitas à Central de Polícia, ao Fórum Desembargador Fouad Darwich Zacharias e na 25ª Promotoria de Justiça do Ministério Público de Rondônia com o objetivo de compreender os relatos sobre *audiência de ofício e audiência de custódia*. Estes procedimentos serão melhor detalhados nos resultados e análise do estudo.

No primeiro encontro utilizou-se de uma pergunta disparadora: “Como é o trabalho, o ingresso e as atribuições da Força Tática?” Cada membro do grupo foi convidado a dar seu ponto de vista, o que permitia iniciar uma discussão de suas vivências no trabalho dentro da corporação. Antes de cada encontro, utilizou-se da observação clínica dos registros das contradições (ideias diferentes) e zonas de conflitos entre os membros.

Assim, cada nova sessão se iniciava pela restituição de alguns comentários ou falta de comentários registrados no encontro anterior. Desta forma, facilitou-se a retomada e restituição de alguns temas suscitados pelo grupo, permitindo a expressão de todos e a

tomada de consciência dos conteúdos abordados. As interações e as reações que surgiram no encadeamento das discussões foram consideradas elementos subjetivos de análise e foram retomadas no desenvolvimento das posições e reposicionamentos dos participantes.

Ao final de cada encontro, os pesquisadores se reuniam no grupo de pesquisa da universidade para a análise e interpretação do material colhido. Os temas mais discutidos no grupo foram: identidade do policial da força tática, reconhecimento, condições de trabalho, imagem do policial, ofício de justiça, audiência de custódia e mecanismos de defesa diante do sofrimento.

No último encontro, foi apresentada uma análise com o objetivo de debater e realizar a validação do material produzido durante a pesquisa. No final do estudo foram entregues aos participantes um relatório final escrito e algumas propostas de mudanças ao sargento e ao major da corporação.

Como procedimento ético, os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que assegura a postura ética do pesquisador mediante as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a proteção dos participantes em pesquisas científicas que envolvem seres humanos e o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da universidade.

ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor organização do material coletado, os dados obtidos foram tratados com uma das técnicas do campo das comunicações, a análise temática de Bardin (2011). O método de

análise de conteúdo consistiu em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise envolve a organização de todo o material da pesquisa, sistematização das ideias iniciais em consonância com o referencial teórico e formulação de hipóteses a partir dos indicadores para interpretação do material.

A exploração do material se deu essencialmente pela construção de operações de codificação, a partir de recortes de todo o material analisado, formando unidades de registros que, posteriormente, formaram as categorias iniciais. O tratamento dos resultados e interpretação consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes, nessa etapa as categorias foram refinadas e os resultados brutos se transformaram em significados, algo falante e válido (BARDIN, 2011; SILVA; FOSSÁ, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Condições precárias de trabalho

As condições de trabalho é um dos elementos destacados nas reflexões com o grupo de policiais e motivo de constante reclamação entre eles: “[...] olha esse telhado, vai cair na sua cabeça [...], a falta de estrutura física do batalhão é visível aos visitantes, não possuem local adequado para reuniões, a academia está abandonada, possui uma estrutura inacabada onde seria o alojamento dos policiais da FT e tem obras que estão paradas há dois anos.

Além disso, relatam outras dificuldades quanto às condições de trabalho “[...] temos dificuldades quanto aos instrumentos [...]”, um participante chegou a comentar uma situação que aconteceu com

ele, onde o criminoso o ameaçou com uma arma branca e a munição dele não funcionou, ou seja, correu risco de ser atingido sem meios para se defender.

Os treinamentos de defesa pessoal, imprescindíveis na atuação policial, também são precários, uma participante relata que só participou uma única vez de treinamentos e não recorda de ter acontecido outros, o que dificulta a atuação dos policiais quanto às técnicas de abordagem.

Outra participante comenta sobre as péssimas condições em que desempenha suas atividades na Central de Polícia, ressaltando os problemas com repórteres, advogados, presos, materiais/objetos apreendidos, bem como as péssimas condições estruturais, o sistema moroso e as burocracias: “Lá é tudo sujo, não é limpo, se alguém vomitar lá ou estiver ensanguentado e isso ficar no chão, vai ficar lá mesmo, vai sumir conforme as pessoas vão passando e pisando”. Outro participante comenta “Em outros estados, é o policial civil que redige a ocorrência, mas, nós que precisamos fazer isso por aqui”.

Outros participantes debatem: “Acho que as condições de trabalho melhoraram uns 90%, vendo o que eu vi antes, não tenho o que reclamar. Antes não tinha colete, não tinha arma, usava colete suado”, “Eu só tenho 11 anos de Polícia e acho que melhorou muito, falta só o material”.

Ainda sobre a central de polícia “Tem a questão do sistema, a gente reclama muito, mas já mudou algo”, se dirigem a pesquisadora “Você poderia ir lá conhecer, não é tudo isso aqui não”. Diante da solicitação de alguns participantes, os pesquisadores se comprometeram em conhecer a Central de Polícia e os policiais participantes do grupo verbalizaram que a guarnição que estivesse de serviço iria acompanhar a visita.

A Central de Polícia é um órgão da Polícia Civil (PC) onde são registradas as ocorrências das prisões. A principal atribuição da

PC é apurar as circunstâncias do evento criminoso e identificar os responsáveis. De acordo com os PM, a atribuição de registrar a ocorrência seria de um escrivão de polícia, profissional que compõe toda unidade de PC, mas, neste caso quem faz esse papel é o próprio PM. Situação que demonstra que as suas atribuições vão além das atividades prescritas.

Embora a Central de Polícia tenha passado por uma reforma na época das visitas, a estrutura física ainda necessitava de ajustes, não havia nenhum nome de identificação na frente do órgão público, os instrumentos de trabalho eram antigos, dificultava o registro das ocorrências, o ambiente não era arejado, nas celas onde ficam os presos exala um cheiro muito forte de falta de limpeza e cuidado com o espaço.

O sistema de registro da ocorrência demorava cerca de 40 min, segundo os policiais: “o sistema cai direto”, quando existem muitas ocorrências no mesmo dia, eles têm que fazer uma fila na parte externa junto ao preso para aguardar a vez de fazer o registro. Apenas três computadores no momento da visita estavam funcionando. Após registrarem a ocorrência, eles se dirigiam a um policial civil que avaliava o estado físico do indivíduo e conferia o material/objeto apreendido, caso estivesse tudo certo, os PMs eram liberados.

Para proteção contra injúrias, por parte dos presos, alguns policiais utilizavam uma câmera acoplada na farda para trabalhar nas ruas. Em conversa com o comandante, este explicou que é um instrumento utilizado por poucos como respaldo contra as denúncias. Esse instrumento foi comprado com recursos dos próprios policiais. Destarte, observa-se pelas narrativas dos policiais que há evidente precarização do sistema de segurança pública brasileiro e as questões enfrentadas são emergentes e requerem melhores condições de trabalho e equipamentos suficientes e adequados para o exercício profissional.

Perfil do policial da Força Tática

As narrativas dos policiais em torno do perfil/identidade da profissão foram muito recorrentes tendo em vista que as exigências para o ingresso no pelotão da FT são rígidas e não estão definidas nos documentos normativos da corporação. Para os PMs fazer parte da FT, é preciso ter características individuais distintas, como ter afinidade, disponibilidade e prontidão, pois a qualquer momento podem ser acionados, mesmo estando de folga.

Para estar aqui é necessário ter um perfil. A questão do perfil é avaliada pelo tempo que estão conosco. A pessoa vai se moldando conforme nossa doutrina. Damos pouco trabalho para o tenente, temos dificuldades quanto aos instrumentos e somos nós quem mais trabalhamos, somos de certa forma sugados. Temos horário para entrar, mas, às vezes, não temos horários para sair.

Como não há um regimento que defina estas características e nem um curso específico que os capacite, fica a critério do PM que deseja fazer parte desse grupo se voluntariar e aguardar a apreciação dos superiores. Um deles destaca: “aqui somos voluntários e aqui tem mais demandas”, “[...] estamos aqui porque gostamos”. Mesmo não tendo critérios claros, o grupo enfatizou que dois requisitos são necessários para integrar a FT: a aprovação do grupo e a palavra final do comandante.

Assim, observou-se que as qualidades e habilidades necessárias ao policial que integrará a FT são: Física (bom condicionamento físico e postura profissional); Psicológica (coragem, identificação com a farda, capacidade de resolução de

conflitos pessoais e no trabalho, tolerância à frustração, à imprevisibilidade e à tensão); Social (respeito à farda, disciplina, disponibilidade, obediência às ordens superiores, boa capacidade de adaptação, capacidade para trabalhar em equipe e para suportar as tensões, ser solícito, ser leal e dar suporte aos demais colegas).

O reconhecimento dos pares, dos superiores e da sociedade

A dimensão do reconhecimento foi motivo de discussões e divergências entre os participantes, um deles desabafou: “[...] eu não espero mais nada, reconhecimento é besteira, venho e faço o meu trabalho, não ligo mais para isso”, acrescentou que já havia sofrido algumas decepções, não revelando quais e por isso não almejava mais reconhecimento, apenas cumpria com as suas obrigações.

Nesse momento, alguns PM passaram a discordar e questionaram: “não é que reconhecimento é besteira, quem não gosta de ser elogiado, né? Mas, acredito que você tem que fazer por si e por onde, tem que mostrar algo”, “Com certeza, o reconhecimento é importante”. Os participantes concordaram que o reconhecimento dos pares, da própria organização do trabalho e da população é importante.

Com relação ao reconhecimento dos pares, percebeu-se que há conflito velado entre os policiais da FT e os policiais da Rádio Patrulha (RP) (que trabalham na rua). Segundo alguns participantes: “Na cabeça dos outros, nós temos alguns privilégios”, “[...] não somos bem vistos pelos policiais externos, mas, por estes aqui do grupo sim, aí sim há reconhecimento”. Um avanço importante nas discussões foi a ênfase na importância do reconhecimento e na cooperação entre os membros da FT, segundo eles: “O que acontece com um afeta todo mundo”.

Contudo, quando se referem ao reconhecimento da instituição, os PMs demonstram sentimento de invisibilidade, no sentido de que seu trabalho não é visto em sua totalidade, “Nos doamos 24 horas para o comando, saímos no jornal com elogios e o comando não faz nada, continua ali fazendo o trabalho deles”, “[...] tem uns que nem têm 4 horas de sol e ganham medalhas”.

Vários outros comentários surgem com respeito à condecoração das medalhas “[...] tem gente aqui que está há anos e não tem medalhas que um cara do administrativo, como eu mesmo vi, que fica no ar condicionado tem”, “Tem elogios em ficha e medalhas do batalhão que muitas vezes não chegam até nós”.

Após os comentários sobre as medalhas, os pesquisadores questionaram o grupo se existiam critérios para a entrega das mesmas, os participantes responderam que sim, porém, na visão deles o processo de entrega de medalhas tem problemas: “A maioria das medalhas do batalhão são por tempo de serviço. Essa está banalizada, tem gente que nem tempo de serviço tem e ganha”. Ser condecorado com medalhas é um dos critérios que favorecem a progressão de carreira dentro da instituição, além de representar simbolicamente o reconhecimento da organização do trabalho.

Ao analisar um documento cedido pelo Recursos Humanos da instituição, observou-se que um dos critérios para receber medalhas é não possuir nenhum processo administrativo corrente, ou seja, aquele PM que está respondendo processo fica impedido de ser condecorado. Os PMs que ficam na atividade-fim (trabalho de rua) são mais suscetíveis a responderem processo administrativo do que aqueles que trabalham no administrativo, logo, observa-se que essa disparidade possa ser devido a este fator.

O Promotor da 25ª Promotoria de Justiça do Ministério Público de Rondônia, da qual compete o julgamento dos crimes cometidos por militares, relatou que o processo instaurado após a

denúncia contra um policial pode levar cerca de dois a quatro anos para ser apurado. Então, neste período o policial fica impossibilitado de ganhar medalhas.

Assim, o reconhecimento é um julgamento qualitativo sobre o trabalho e repercute na subjetividade do trabalhador, podendo mobilizar a satisfação e impulsionar a conquista do prazer. Nesse sentido, os PMs afirmam: “Acho que é só por isso que nós trabalhamos, pelo reconhecimento da população [...]”.

Os participantes relatam que a interação com a população nem sempre é fácil, “[...] os papéis se invertem quando se fala da PM”, “Às vezes, a população não gosta muito... assim, do nosso trabalho [...]”, mas, quando conseguem efetuar seu trabalho de forma profícua, principalmente nas intervenções que salvam vidas ou recuperam bens roubados/furtados, a população reconhece e agradece.

Em suma, o reconhecimento representa um julgamento de utilidade, sendo significativo na subjetividade do policial da FT, interferindo diretamente nas expectativas do sujeito, na realização pessoal, sendo um processo subjetivo primordial dentro das organizações.

Prazer-sofrimento no Trabalho

Embora o ambiente de trabalho dos PM seja rígido e regida por dois princípios basilares: hierarquia e disciplina, eles sentem prazer no exercício de sua função na FT.

O serviço é voluntário, ou seja, os PMs podem escolher se entram ou não na FT e, segundo eles, somente os que gostam de trabalhar escolhem fazer parte desta categoria: “[...] Estamos aqui

porque gostamos”, “[...] tem suas vantagens, temos maior liberdade e possibilidades na área do batalhão e isto traz satisfação”.

Os participantes afirmam ainda que é preciso se identificar com o serviço da polícia, gostar de abordar ladrão, ter coragem e disponibilidade, “As vantagens são de doido, eu gosto é de ver o ladrão se dando mal”. A efetivação de uma prisão significa, para os policiais, redução de riscos direcionados à população.

De fato, a experiência vivida no real do trabalho representa o “prazer de ter cumprido seu trabalho”, a cena do “(...) ladrão se dando mal” [sic] ressoa na subjetividade do sujeito no trabalho, dá movimento a possibilidade de cumprir sua missão e transformá-la em processo sublimatório.

Temos aqui um exemplo de como uma experiência de risco à vida pode transformar-se em estratégia de defesa entre os policiais. Esta dinâmica é entendida como mecanismo defensivo e sublimatório, forma encontrada para lidar com o sofrimento e buscar gratificação e prazer no trabalho (MACÊDO, 2013).

Outro fator de prazer aos policiais é o sentimento de pertencimento no grupo, dentro deste, há uma forte relação social que os motiva e possibilita o sentimento de prazer: “A gente é uma família [...]”. Relatam ainda que o batalhão em si é flexível, sendo que quando precisam se ausentar, o comandante consente. Observa-se que na FT a cooperação fortalece os vínculos no trabalho, proporcionando vivência de prazer.

Já o sentimento de sofrimento, quando enunciados por alguém, gerava certo desconforto e eram sempre rebatidas com ironias, brincadeiras e/ou posturas esquivas, como uma forma de negar o sofrimento. A partir dessa percepção, os pesquisadores decidiram não mais pronunciar a palavra sofrimento, mas, falar dos constrangimentos vividos na profissão. Dessa forma, foi possível falar do sofrimento mesmo de que de forma velada entre eles.

Um dos constrangimentos descritos pelos policiais foi o constante conflito entre as prescrições do trabalho e o que podem fazer na prática do dia a dia (trabalho real). Sobre o trabalho real destaca-se uma fala: “Lá no papel, na apostila que recebemos, é tudo lindo. É uma coisa maravilhosa. Quando vamos para a prática, é completamente diferente [...]”.

Afirmam que na prática, cada ocorrência demanda uma atuação diferente e nem sempre é viável obedecer ao que está definido no papel. “A lei, por exemplo, diz que temos o amparo psicológico e jurídico, mas, isso ficou só lá no papel, na apostila e na Lei. Pois, na verdade, a gente não tem nada disso”. Na opinião dos participantes, a lei deveria passar por uma reforma que ficasse mais condizente com a realidade que eles vivenciam, abrindo maiores possibilidades de atuação.

A discussão surge em torno dos relatos de constrangimentos/sofrimento no trabalho durante as Audiências de Custódias, onde alguns PM relatam que têm de se submeter após alguma apreensão ou abordagem que realizam. Este procedimento é obrigatório e constitui um ato do direito processual estabelecido em 2015 pelo pacto internacional – Pacto San Jose.

A audiência de Custódia consiste na garantia do acusado por um crime, preso em flagrante, de ser apresentado a um juiz ou juíza que tem por função analisar, sob o aspecto da legalidade, a necessidade e adequação da continuidade da prisão ou da eventual concessão de liberdade, o juiz ou juíza avaliará também as ocorrências de torturas, maus-tratos, dentre outras irregularidades no ato da prisão (BRASIL, 2019).

Quando um sujeito denuncia um policial, ele passa por uma perícia no Instituto Médico Legal (IML), havendo comprovação de maus-tratos, essa denúncia será tramitada na 25ª Promotoria de Justiça do Ministério Público de Rondônia. Quando a agressão

alegada é apenas verbal, fica a critério do juiz ou juíza formalizar ou não a denúncia.

Toda vez que o PM efetua uma prisão em flagrante, este tem que comparecer na audiência de custódia no Fórum Criminal para relatar novamente como foram os procedimentos adotados por eles no momento da operação. Sobre o procedimento, o grupo destaca: “Tem que estar lá, sendo escutado ou não, às vezes eles nem te ouvem, mas é preciso que esteja lá até nos dias de folga”.

Uma das dificuldades para eles é como se o primeiro depoimento (na Central de polícia) não tivesse validade. Como o grupo é direcionado para a repressão do crime, ou seja, são acionados quando de fato já existe um conflito de alta complexidade, a exigência dos comparecimentos nas audiências de ofício torna-se recorrente, pois “a força tática atende conflitos mais complexos, que fujam da normalidade, [...], vamos à caça”.

As audiências de custódias realizadas no Fórum Criminal, no município de Porto Velho, funcionavam da seguinte maneira: o preso chega e passa pela primeira fase do processo que é a qualificação, a mesma se constitui na identificação do preso e todos os dados são inseridos em um sistema unificado.

A segunda fase é a parte do questionário (elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ) sobre a abordagem que recebeu da guarnição, onde são feitas perguntas sobre maus-tratos, violência física e psicológica. Quando ocorre alguma denúncia contra os PM, o processo é encaminhado para a 25ª Promotoria de Justiça do Ministério Público de Rondônia, a partir desse momento não é mais competência deles. O questionário e as ações realizadas na audiência de custódia estão pautados pela Resolução nº 213/2015 do Conselho Nacional de Justiça.

No entanto, para os policiais e promotores de justiça o grande paradoxo existente nesse procedimento é que existem casos de

presos que denunciam o policial por raiva, vingança ou até mesmo como uma forma de tentar o relaxamento da prisão. Até que o fato seja devidamente apurado, o policial fica respondendo processo administrativo, impedido de receber gratificações por seu trabalho.

O policial militar quando precisa responder um processo judicial pela sua atuação no trabalho é diferente de um cidadão comum que responde pelos seus atos apenas na esfera cível. Segundo o grupo, o militar fica respondendo dois processos, um na esfera civil como pessoa comum e outro que é mais rígido e penoso no âmbito da corregedoria militar.

A audiência de custódia é algo que mobiliza um conflito no policial, afinal, efetuar uma prisão em flagrante é um dos motivos de prazer da profissão, pois, acreditam que estão minimizando os danos à população, porém, relatam que a “A audiência de custódia amargou os policiais [...]”, “Hoje, o agente perdeu aquela condição da fé pública, o bandido é mais ouvido”. Outro participante rebate “A audiência não é nenhuma amargura, amargura é prender o bandido e ele estar solto logo. Isso que é revoltante, não a audiência”.

Percebe-se que os policiais vivenciam uma linha tênue entre o prazer e o sofrimento, no mesmo tempo que se sentem satisfeitos em realizar um ato em prol da população, que de fato é o que produz o reconhecimento, logo em seguida têm que lidar com a frustração ao perceber que muitas vezes aquele esforço não levará a nada, o criminoso pode retornar à sociedade dentro de algumas horas. “É tipo, ter a certeza que ele (o bandido) está solto no dia seguinte. É como enxugar gelo, é essa a sensação”.

Nesse caso em específico, a subversão do sofrimento está comprometida, pois, a mobilização subjetiva se encontra limitada no que se refere ao poder de alterar a legislação vigente. Pode então surgir o sofrimento patogênico, aquele que o indivíduo demonstra um esgotamento de seus recursos internos para transformar o

sofrimento, comprometendo o equilíbrio psíquico (MACÊDO, 2013).

As defesas contra o sofrimento

No decurso das narrativas, os participantes utilizavam algumas estratégias de defesa para lidar com os constrangimentos da profissão. Desde o início, os policiais recorriam à estratégia de *negação* do sofrimento, banalizando a própria realidade e minimizando os impactos de outras profissões: “[...] tem realidades bem piores [...]”, “aqui está só quem realmente gosta e na nossa profissão o que tem mais é motivo de se decepcionar”.

Defensivamente, os participantes tentam justificar as adversidades do trabalho exaltando as recompensas, os aspectos positivos da atividade, como uma forma de racionalização, um deles justifica: “[...] eu tenho meu carro, moto, casa, como fora, se as crianças querem um videogame eu dou, [...] essas coisas superam as decepções”, outro afirma: “nada é tão ruim que não possa piorar”.

Outras estratégias defensivas do grupo é o riso e a ironia, manifestos por meio de brincadeiras. Estes recursos são meios utilizados para encobrir o que não gostavam de aprofundar, ou seja, é utilizado como estratégia coletiva para negar o real do trabalho. Esses momentos acentuavam-se quando a pesquisadora os levava a uma reflexão mais profunda sobre alguns sentimentos, como o sofrimento, o medo e a amargura.

São vivências individuais que ocorrem de forma velada, afinal, estas angústias podem ocasionar um julgamento no meio em que atuam, representando um risco à estabilidade psicológica do policial. Quando se interpretava, o que respondiam era: “[...] esta é a forma de enfrentar a realidade, rindo”.

A estratégia utilizada pelos trabalhadores através do humor possibilita suavizar os aspectos negativos da profissão e realizar uma *catexia* pela representação do riso, promovendo no grupo uma ação coletiva pela ausência de conflitos e se apresenta como solução a todos para a angústia e, por vezes, amortece o enfrentamento com o real. Ou seja, o humor entre os policiais é um caminho encontrado para aliviar a dor da existência, combater o tédio cotidiano e atua como uma vacina contra os próprios sofrimentos da sua tarefa (GAMA, 2018).

O emprego das estratégias possibilita ao trabalhador mediar a continuidade do seu trabalho em meio às pressões impostas pela organização, contudo, se mantidas por muito tempo podem surtir efeitos contrários, pelo fato de não possibilitar a mobilização subjetiva e transformação da realidade de trabalho (SANTOS, 2009).

Ainda, o trabalho é suscetível ao desequilíbrio psíquico e às vivências de sofrimento, afinal, é um contexto no qual os desejos dos sujeitos são confrontados a todo tempo. Então, para manter a normalidade são necessários meios que tirem os trabalhadores dessa atmosfera e favoreça o equilíbrio psicossocial (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015). Desse modo, percebe-se que o humor é um recurso utilizado pelo grupo para amortecer a realidade, produzindo meios de dar continuidade ao seu trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das narrativas dos policiais militares da força tática de um batalhão da região Norte foi possível descrever e analisar as vivências de prazer-sofrimento na organização do trabalho. A Força Tática da Polícia Militar tem como objetivo reforçar o policiamento tático da polícia nas ruas, sua admissão é voluntária e é preciso

predispor de um grande investimento subjetivo. Primeiramente, adaptar-se às exigências da organização; segundo é ter que enfrentar os riscos inerentes à profissão e, em terceiro, adequar-se às pressões e constrangimentos advindos da organização do trabalho e da comunidade.

O reconhecimento dos pares, superiores e principalmente da população é uma importante dimensão para os policiais da FT. Por meio dessa promoção e/ou gratidão da instituição e/ou da comunidade, os policiais encontram motivos para mobilizar o prazer e/ou o sofrimento no trabalho.

Um dos mecanismos que interfere é a política atual da instituição na distribuição das medalhas; de acordo com o grupo a distribuição não expressa bom-senso e equilíbrio; outro fator é a distorção que a população faz da imagem do policial. Dessa forma, o sentimento de não valoração do seu trabalho gera a desesperança e frustração que vão se tornando resistências às mudanças e representam um risco à saúde mental.

As condições precárias do trabalho são entraves para a realização das atividades policiais, como a falta de um local adequado dentro do batalhão para reuniões e palestras, treinamento físico, alojamento inacabado, condições inapropriadas na central de polícia com poucos computadores, a falta de coletes, munições defeituosas e falta de treinamentos específicos. São representações da falta de investimento em políticas de segurança no país e representam uma fissura na imagem do policial na relação com a sociedade.

As audiências de custódia, embora seja um ato garantido por lei, do direito processual que concede ao preso a oportunidade de falar como foi tratado na abordagem policial, bem como definir sua situação perante a justiça, é motivo de constrangimentos entre os policiais e representam, segundo eles, falta de confiança no seu

trabalho. O fato de o juiz, muitas vezes, conceder o relaxamento da prisão ao criminoso, ou seja, a liberdade, é como se o esforço despendido na hora do flagrante não tivesse valor, sentem-se como se estivessem “*enxugando gelo*”. Esses fatores ocasionam progressivo aumento do estado de tensão e desconforto psíquico ao longo de sua trajetória na polícia.

Uma das estratégias utilizadas pelos grupos para amortecer o real do trabalho e minimizar as ressonâncias do sofrimento foram o riso e a ironia, empregados para não aprofundar sentimentos que causariam julgamento e colocariam em risco a integridade psíquica. Embora se saiba que a utilização das estratégias defensivas tem função positiva, pois, colabora para a manutenção do equilíbrio psíquico e favorece a adaptação diante das situações desgastantes no trabalho, se utilizadas em excesso podem trazer efeitos adversos e afetar a estabilidade física e mental.

Como contribuição à corporação, pontuou-se a necessidade de criar critérios mais claros em regimento específico com relação à política de distribuição das medalhas por setores (administrativo, força tática e radiopatrulha), além de criar uma comissão interna e edital próprio para avaliação. Por fim, destacou-se a necessidade de criar espaços para expressão das vivências e constrangimentos no trabalho, com profissionais capacitados para os cuidados em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. M. *et al.* “Satisfação no trabalho dos policiais militares do Rio Grande do Sul: um estudo quantitativo”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 36, n. 4, 2016.

AMADOR, F. S. “Trabalho e saúde: considerações a respeito da categoria dos policiais militares”. **O Alferes**, vol. 15, n. 52, 2000.

AZEVEDO, E. F. “A Polícia e suas Polícias: Clientela, hierarquia, saldado e bandido”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 37, n. 3, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora Edições 70, 2011.

BASÍLIO, M. P. “O desafio da formação do policial militar do estado do Rio de Janeiro: utopia ou realidade possível?” **Gestão e Sociedade**, vol. 2, n. 3, 2009.

BENEVIDES, T. M. *et al.* “Sentidos do trabalho para os policiais militares do estado da Bahia: uma primeira análise”. **Revista Gestão e Conexões**, vol. 3, n. 2, 2014.

BRASIL. **Audiências de Custódia**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2018. Disponível em: <www.cnj.jus.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. **Resolução n. 213, de 15 de dezembro de 2015**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <www.cnj.jus.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRAVO, D. S.; BARBOSA, P. M. K.; CALAMITA, Z. C. “Ausência por doença na carreira do policial militar”. **Revista de Enfermagem - UFPE**, vol. 11, n. 7, 2017.

CÂNDIDO, P. E. F. **Trabalho e saúde mental em policiais militares de Palhoça (SC)** (Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção). Florianópolis: UFSC, 2013.

COELHO, E. *et al.* “Autoeficácia e qualidade de vida no trabalho: um estudo com policiais militares”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 32, 2016.

COUTO, G.; VANDENBERGHE, L; BRITO, E. A. G. “Interações interpessoais e estresse entre policiais militares: um estudo correlacional”. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, vol. 64, n. 2, 2012.

CUNHA, A. M. S. **Narrativas do sofrimento do trabalho de um policial militar afastado** (Dissertação de Mestrado em Comunicação e Sociedade). Palmas: UFT, 2017.

DANTAS, M. A. *et al.* “Avaliação de estresse em policiais militares”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 12, n. 30, 2010.

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

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (orgs.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à

análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas, 2015.

DERENUSSON, F. C.; JABLONSKI, B. “Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial”. **Aletheia**, vol. 32, 2010.

FERREIRA, J. B. “Real do trabalho”. *In.*: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, Á. R. C. (orgs.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

FERREIRA, L. B. **Mesmo com o sacrifício da própria vida: vivências de prazer e sofrimento do trabalho entre policiais militares do DF** (Dissertação de Mestrado em Administração). Brasília: UnB, 2016.

FONSECA, D. M.; OLIVEIRA-SILVA, M.; NAVES-SILVA, R. J. **A organização do trabalho e os riscos psicossociais na Polícia Militar do Distrito Federal** (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Clínica Psicodinâmica do Trabalho e Gestão do Estresse). Brasília: UnB, 2014.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2018. Disponível em: <www.www.forumseguranca.org.br>. Acesso em: 20/05/2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2019**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: <www.www.forumseguranca.org.br>. Acesso em: 20/05/2023.

GAMA, L. P. **A função social e política do humor no trabalho** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações”. Brasília: UnB, 2018.

HONÓRIO, C. A.; SILVA, S. G. “Direitos humanos e polícia militar: percepções e significados para os policiais militares do 17º BPM na cidade de Águas Lindas”. **Revista Brasileira de Estudos de Segurança Pública**, vol. 11, n 1, 2018.

LIMA, F. P.; BLANK, L. G.; MENEGON, F. A. “Prevalência de transtorno mental e comportamental em policiais militares/SC, em licença para tratamento de saúde”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 35, n. 3, 2015.

LIZ, C. M. *et al.* A. “Características ocupacionais e sociodemográficas relacionadas ao estresse percebido de policiais militares”. **Revista Cubana de Medicina Militar**, vol. 43, n. 4, 2014.

MACÊDO, K. B. “Sublimação”. *In*: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, Á. R. C. (orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

MACÊDO, K. B.; HELOANI, R. “Identidade”. *In*: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, Á. R. C. (orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

MACHADO. C. E.; TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. “Profissionais da brigada militar: vivências do cotidiano e subjetividade”. **Psicologia Argumento**, vol. 33, n. 81, 2015.

MAGALHÃES, J. D. M. **Entre amarras e possíveis**: atividade de trabalho e modos de viver dos policiais militares capixabas em

análise (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Vitória: UFES, 2015.

MEDEIROS, S. N. **Clínica em psicodinâmica do trabalho com a unidade de operações aéreas do DETRAN: o prazer de voar e a arte de se manter vivo** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Brasília: UnB, 2012.

MENDES, A. M. B. “Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours”. **Psicologia, Ciência e Profissão**, vol. 15, n. 1, 1995.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; DUARTE, F. S. “Mobilização Subjetiva”. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, Á. R. C. (orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. “Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 4, 2011.

MULLER, D. Z. **Uma polícia especial: possibilidades de prazer no trabalho dos policiais militares do pelotão de operações especiais** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Porto Alegre: UFRGS, 2012.

OLIVEIRA, P. L. M.; BARDAGI, M. P. Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. **Boletim de Psicologia**, vol. 59, n. 131, 2010.

PAULINO, F. R.; LOURINHO, L. A. “O adoecimento psicológico do policial militar do Ceará”. **Revista Trabalho e Sociedade**, vol. 2, n. 2, 2014.

SANTOS-JUNIOR, A. V. **Organização do trabalho e prazer: sofrimento dos profissionais de um centro de atenção psicossocial** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Brasília: UnB, 2009.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. “Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos”. **Qualit@s: Revista Eletrônica**, vol. 17, n. 1, 2015.

SILVA, E. B. T. “Mecanismos de defesa do ego”. **Portal dos Psicólogos** [2010]. Disponível em: <www.psicologia.pt>. Acesso em: 15/05/2023.

SILVA, M. B.; VIEIRA, S. B. “O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental”. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, 2008.

SOUZA, E. *et al.* Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 28, n. 7, 2012.

CAPÍTULO 11

*Nem Desejos Nem Imposições
Sociais: O Não Lugar do Depressivo*

NEM DESEJOS NEM IMPOSIÇÕES SOCIAIS: O NÃO LUGAR DO DEPRESSIVO

Tainá Cardoso Olivera

Lêda Lessa Andrade Filha

A depressão é uma psicopatologia que tem ganhado grande destaque na atualidade, existindo diversos tipos e formas de se apresentar, tornando-se “a doença do século”.

As discussões sobre os possíveis tratamentos desse estado psíquico circulam por diversas vertentes – frequentemente, em prol de uma cura, de fazer funcionar, de fazer movimentar, reintegrando o sujeito no ciclo de produção e consumo, condizente ao modelo social vigente (QUINET, 2002; KEHL, 2009; TAVARES, 2010; MAGALHÃES; AZEVEDO, 2016; CAMPOS, 2016), deixando de lado a etiologia do dito patológico e as subjetividades dos sujeitos tidos como depressivos.

Esse destaque dado à depressão diz respeito, justamente, ao lugar paradigmático em que se encontra no contexto social atual, local esse que é o inverso do ideal capitalista. Dentro desse modelo de sociedade, percebe-se uma supervalorização do espetáculo, da felicidade, da produção e do consumo, os quais são ofertados e demandados a todo momento, de forma bastante acelerada.

O espetáculo exibido aos sujeitos produz uma ampliação do campo do imaginário, criando ideais e buscando impor estes ideais aos sujeitos através, principalmente, dos meios midiáticos, como demonstrou Debord (2003). Sendo assim, existe um imaginário social que oferta suposições de algo aos sujeitos, e quando há um excesso de imposições, muitas vezes, estes não sabem como

responder a esse eu ideal demandado. Além disso, como afirmam os autores Medeiros e Matos (2018), o registro imaginário é aquele que evita, de toda forma, a falta.

A depressão pode ser, portanto, uma das formas do sujeito responder a essas exigências, visto que se percebe uma alta incidência da depressão nas sociedades capitalistas, regidas por um tempo rápido, de produção, de consumo e de exibicionismo da felicidade (KEHL, 2009; TAVARES, 2010; MENDES *et al.*, 2014).

Além disso, estudos têm mostrado que os estados depressivos estão entrando em um discurso da banalização, da generalização e da medicalização de forma significativa, o que acaba silenciando ainda mais esse sujeito depressivo que, por seu conflito, se afasta e se recluso, experimentando um duplo sofrer (QUINET, 2002; KEHL, 2009; TAVARES, 2010). Estar depressivo é estar parado, sem produzir, atravessado por um humor triste; e talvez estar depressivo seja uma maneira protetiva e capaz de organização para esse sujeito.

Pois, a partir disso, ele pode conseguir se retirar um pouco desse exacerbado mundo de informação e de ação, centralizando no seu interior, permitindo um tempo e espaço subjetivo, reordenando os elementos necessários, para poder “diferenciar” o que vem de “dentro” e o que vem de “fora”, e, então, conciliar esses dois caminhos para, a partir disso, buscar alternativas de fazer-se sentido.

Afinal, como apontam Magalhães e Azevedo (2016) e Tavares (2010), os sintomas são como sinais que se apresentam aos sujeitos, clamando por uma possibilidade de elaboração subjetiva e compreensão interna. Seguindo esse panorama, o mal-estar, refletido aqui em estados depressivos, se mostraria a partir do momento em que há um conflito entre a demanda social e os desejos individuais, quando o sujeito não consegue distinguir mais o que é seu e o que é do Outro, não correspondendo aos paradigmas sociais estabelecidos

(TAVARES, 2010; MENDES *et al.*, 2014; MAGALHÃES; AZEVEDO, 2016).

Os sintomas são uma demanda endereçada ao Outro; sendo assim, as subjetividades respondem a como o social se apresenta; por esse motivo, o aumento de algumas psicopatologias está intimamente ligado à configuração social vigente, como já pontuava Freud em “O Mal-Estar na Civilização” (2010 [1930-1936]). No campo da psicanálise, por sua vez, o sujeito é tido como o sujeito do inconsciente, movido pelos desejos inconscientes, para o qual nunca haverá algo que ocupe integralmente o lugar de objeto, ou seja, que produza uma satisfação completa, este sempre será um sujeito faltante.

É a partir disso que ele utiliza de outros mecanismos psíquicos para tentar obter uma satisfação parcial, inclusive, por esse movimento de busca. Pois, onde existe desejo, existe a falta, e é justamente a falta que faz com que os sujeitos busquem modos de realização por meio do objeto de desejo (KAUFMANN, 1993; ROUDINESCO; PLON, 1998; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Além disso, como exposto por Medeiros & Matos (2018), pensar a depressão a partir da psicanálise, é pensar sobre a singularidade do sofrimento, indo além de uma perspectiva biomédica classificatória.

Dessa forma, a relevância desse trabalho, para a área de saúde, está inserida nesse contexto de grande incidência mundial desse estado psíquico, com a finalidade de lançar reflexões sobre como o mundo contemporâneo pode produzir sujeitos depressivos, com o foco na relação sujeito-sociedade, sem escancarar apenas a responsabilidade social, mas pensando também sobre a capacidade humana para lidar com esse funcionamento da sociedade.

Esse estado como uma das possibilidades de resposta, frente a configuração social, e não a única. Então, o eixo teórico principal é o estado depressivo como resultado desse conflito. A partir disso,

os objetivos específicos do presente trabalho são: analisar o conflito entre o desejo e as imposições sociais; relacionar esse conflito ao estado depressivo e circunscrever o não lugar como resposta do depressivo.

Para isso, será realizado um ensaio teórico, modalidade de trabalho cujo propósito é discutir o tema, apresentando ideias e produções exploradas por outros autores, construindo uma formação de conhecimento a partir da capacidade reflexiva, sem a pretensão de buscar respostas e afirmações certas (MENEGETTI, 2011). O motivo para escolha desse delineamento metodológico se deu, principalmente, pelo pensar e fazer psicanalíticos, os quais ensinam uma produção escrita que não propõe respostas, mas modos de abordar. Para esse efeito, o ensaio teórico visa expor de forma clara os argumentos para a defesa do tema proposto.

A escrita argumentativa seguirá como caminho a ordem dos objetivos específicos, descritos acima. Para esse fim, serão adotados autores fundamentais da teoria psicanalítica, como: S. Freud e J. Lacan (esse último a partir de releituras), principalmente no que diz respeito ao embasamento teórico clássico. Além desses, serão utilizados autores contemporâneos, que abordam a teoria a partir de uma atualidade social, como: Maria Rita Kehl; Antônio Quinet; Leandro Tavares e outros.

CONFLITO DO DESEJO COM AS IMPOSIÇÕES SOCIAIS

Desejo

Para dar início a esse tópico, será necessário conceituar, a partir da teoria psicanalítica, o que é o desejo. O conceito de desejo, na psicanálise, segundo Kaufmann (1993), Roudinesco e Plon,

(1998) e Laplanche e Pontalis, (2001), começou a ser formado por Freud, em seus ensaios sobre a interpretação dos sonhos.

Nesse ensaio, Freud aborda que é a ideia de realização alucinatória que traz a de desejo, ou seja, o desejo como algo que se anuncia nas alucinações do sonho, confrontando com os diversos conteúdos que puderam ocasionar a formação do sonho. Sendo assim, em Freud, o desejo se apresenta como “realização alucinatória de seu fim” (KAUFMANN, 1993, p. 144).

Além disso, Freud caracteriza desejo e pulsão como uma só ocorrência, onde “a referência à sexualidade infantil, à vida dos desejos insatisfeitos que fomentam os sonhos, enuncia-se na linguagem do pulsional”, e por isso que “o que é eterno e indestrutível no desejo é a força pulsional remota à infância” (KAUFMANN, 1993, p. 116).

Para Freud, desejar é uma busca por uma percepção satisfatória próxima à que sentiu em um período primitivo (na infância); e o sonhar, dentro desse panorama, seria a de uma realização/satisfação alucinatória desse desejo, além de todos os outros mecanismos que ocorrem na formação dos sonhos. Sendo assim, o desejo é o desejo do inconsciente relacionado aos signos infantis (FREUD, 2019, [1900]).

Então, o desejo, que é inconsciente e diz respeito ao que foi recaiado durante a infância, se anunciaria nos sonhos a partir de algo que foi vivenciado durante o dia do sujeito ou tomado como “desejo”, que não satisfeito, tocaria em conteúdo que estão no inconsciente, e por isso recaiados, retornando nos sonhos, como forma de realização. Como traz Freud em “A interpretação dos sonhos”:

[...] vejo tais desejos inconscientes como sempre ativos, sempre dispostos a achar expressão quando

lhes é oferecida uma oportunidade de se aliar a um impulso do consciente e de transferir sua grande intensidade para a deste, que é menos. Parecerá então que apenas o desejo consciente se realizou no sonho; mas uma pequena peculiaridade na configuração desse sonho nos colocará na pista do poderoso ajudante vindo do inconsciente (FREUD, 2019 [1900], p. 604).

Já Lacan, ao abordar sobre o desejo, desarticula a relação simbiótica entre desejo e pulsão, pois, para ele, o desejo estaria ligado, intrinsecamente, à falta de um objeto, esse causa do desejo (KAUFMANN, 1993).

Além disso, Lacan, de acordo com Roudinesco e Plon (1998), ao tratar sobre o desejo, estabelece uma relação do desejo inconsciente, tratado por Freud, com o desejo baseado no reconhecimento, como “desejo do desejo do outro” (p. 147) e insere a demanda dentro desse processo do desejo. O desejo nasceria do que sobra entre a necessidade e a demanda, essa como uma demanda de amor (KAUFMANN, 1993; ROUDINESCO; PLON, 1998; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Esse objeto causa do desejo tem relação com os traços mnêmicos da infância, que surgiram durante o processo de alienação. É um processo que, de acordo com Nascimento (2010), diz respeito ao encontro do sujeito com a linguagem, essa que o precede, ou seja, uma linguagem pautada por regras/códigos já estabelecidos. Dessa forma, não há participação do sujeito na constituição dessa linguagem, e esse deverá aceitar tais códigos para ser reconhecido pelo Outro que lhe está introduzindo a linguagem.

O desejo tem sua concepção com a presença da relação com o Outro, que tem seu início com as satisfações de necessidades atribuídas por esse Outro; dentre as primeiras experiências de

satisfação, a criança não tem a intencionalidade em dirigir as sensações/manifestações ao Outro, mas esse as recebe, supondo-as como demanda, e a elas responde, colocando essa criança no sistema da comunicação. Além disso, como apontado por Dor (1989, p. 144), “o outro que inscreve a criança neste referente simbólico investe-se, por sua vez, junto à criança, como um outro privilegiado: o Outro.”

É com essa suposta demanda, mediada pela linguagem, portanto, que se inscreve a convexidade do desejo do Outro, o que “assujeita a criança frente aos seus próprios significantes.” (DOR, 1989, p. 144). Sendo assim, a criança, presa ao desejo do Outro, acaba satisfazendo mais além da necessidade que sentia, pois a resposta da mãe, diante da suposta demanda, vem carregada de outras significações, o que forja o “mais gozar” na criança. Este processo engendra na criança o demandar esse reencontro satisfatório (DOR, 1989).

Para isso, é necessário, também, abordar o tema do sujeito, de um sujeito desejante, como apresenta a teoria psicanalítica, o qual encontra no “complexo de Édipo” um momento importante de sua estruturação. É aí onde operam o significante “Nome-do-pai” e o recalque originário, os quais inauguram o acesso à dimensão simbólica e instauram o status de sujeito desejante – assim, o desejo do sujeito passa a ser mediado/alienado pela e na linguagem (DOR, 1989). Além disso, ao simbolizar a lei, introduzida pela metáfora paterna, o sujeito adentra nos jogos de identificações, do ideal do eu, e o falo é remetido à cultura, que determina os modos relacionais em sociedade.

De início, a criança passa por processo de identificação fundamental sobre sua imagem corporal, a qual é de extrema importância para estruturar a identidade de um sujeito a partir da constituição do Eu, onde realiza um reconhecimento primordial imaginário, dependendo de um Outro capaz de autenticação

simbólica, dentro do chamado “estádio do espelho” (SIRELLI, 2016).

Neste tempo de esboço de sua condição de sujeito, a criança adentra ao momento do complexo de Édipo, no qual a relação com o Outro está pautada em um estado de alienação/relação fusional, estando este Outro, enquanto função, sustentado pela mãe ou por quem materna a criança. O desejo da criança encontra-se assujeitado ao desejo da mãe, pois, buscando satisfazer o desejo da mãe, é capturada pela identificação com o objeto de desejo dela (a mãe) (SIRELLI, 2016).

Uma vez diante dos cuidados demandados e supridos por essa mãe, satisfazendo as necessidades, a criança crê ser o objeto de desejo da mãe, crê ser o falo, esse objeto passível de preencher a falta do outro, ou seja, que produz um sentimento imaginário de completude (DOR, 1989). Nesse momento, a criança defronta-se com a problemática fálica em relação à mãe ao querer designar-se como falo materno.

Já no segundo momento do Édipo, a criança é introduzida ao registro da castração pela interferência da mediação paterna na relação mãe-criança. Com esse outro na relação, a criança é levada a se questionar sobre sua identificação fálica, renunciando ser o objeto de desejo da mãe, entrando na dialética de ser para o querer ter o falo, rivalizando, assim, com esse pai, suposto detentor do falo.

Dessa forma, o pai instaura a castração e a falta, a partir do momento em que alude a certeza da criança sobre ser o falo, fazendo-a aceitar que não é e não tem o falo (DOR, 1989). É importante apontar ao fato de que é a mãe que insere esse significante paterno na relação, ou seja, é um pai imaginário. Então, a função paterna só se expressa simbolicamente enquanto lei a partir do discurso da mãe (SIRELLI, 2016).

Adentrando no terceiro momento do Édipo, no qual a criança abandona essa problemática, aceitado o fato de não ser e não ter o falo, passa a aspirar ter o falo. Consequentemente, isso convida a criança ao jogo das identificações, considerada, agora, como um sujeito desejante e não mais como objeto de desejo do Outro (que era a mãe) (SIRELLI, 2016).

É quando a criança antevê que o desejo do Outro também está inscrito na falta que ela pode se colocar enquanto aquilo que vai preencher essa falta do Outro, identificando-se, então, ao objeto fálico. Além disso, ao reconhecer que essa falta do Outro não será passível de preenchimento, ela acaba “aceitando”, mas sempre irá buscar formas de tamponar e/ou disfarçar essa falta em seu processo de desejo (DOR, 1989).

No final do Édipo, portanto, a criança abandona essa posição de objeto de desejo do Outro, partindo para a posição de sujeito desejante que, segundo Dor (1989, p. 147) é: “onde lhe é dada a possibilidade de trazer para si objetos eleitos como objetos substitutivos de desejo, colocados metonimicamente no lugar do objeto perdido”.

A partir disso, esse sujeito pode direcionar-se na busca pelo desejo, tornando se ativo nesse processo, buscando objetos substitutivos desse objeto perdido, já tendo acesso ao simbólico, fundado pela metáfora paterna no recalque originário. Além disso, o significante “Nome-do-pai” instaura a alienação do desejo na linguagem.

Ao se fazer palavra (endereçada ao outro), o desejo se torna uma demanda, e, com isso, acaba caindo na cadeia de significantes, que contorna esse vazio de objeto com os possíveis substitutos, o que o faz permanecer insatisfeito (DOR, 1989; RODRIGUES, 2008; SIRELLI, 2016).

Esse objeto é perdido e por isso representado na ordem do simbólico, já que a castração marca a passagem de uma operação predominantemente imaginária para outra, marcadamente simbólica. Além disso, confirma que o desejo nasce do espaço entre a demanda e a necessidade, e que esse objeto causa do desejo foi perdido a partir da vivência da experiência satisfatória, a qual nunca será perfeitamente a mesma, pois há sempre algo que escapa. Segue-se, assim, um ciclo de reabrir a insatisfação, pois o sujeito é um ser faltante que passará a vida tentando preencher essa falta, e dessa forma sempre.

Social

O social referido pelo capitalismo tem como base as evoluções tecnológicas industriais – banalizando as matérias-primas, para efetivos fins econômicos, ou seja, um social que gira em torno do acúmulo monetário a qualquer custo. O capitalismo contemporâneo cumpre sua função ao atribuir como organizador social as mercadorias expostas, prometendo, ainda, um mais-gozar na obtenção desses últimos (KEHL, 2009).

Sendo assim, é um social que depende do mercado, que depende da produção e do consumo. É um social de número, que pede por precisão, e em função disso, almeja controle. É um social de muita exatidão e de capricho, que prega e impõe um padrão de normalidade, de ser e de se apresentar. Para isso, hoje utilizam, principalmente, dos meios midiáticos, nos quais se sucedem um maior alcance e um acesso mais rápido a todos.

É o meio pelo qual se tem intervindo a partir de uma extrema influência aos sujeitos, de modos de se viver, de se falar e de se agir (TAVARES, 2010; ROSSITO; FERRAZZA, 2013). Além disso, de

acordo com Leite (2017), essa sociedade capitalista é marcada pela lógica de satisfação imediata, marcada por uma insana busca por prazer e por isso um insano rechaço ao desprazer. Então, existe um ideal social e um ideal de sujeito para esse social, o qual deve ser “obedecido” por esses sujeitos. Sendo assim, estes devem ser, principalmente, produtivos e felizes, seguindo os ideais capitalistas exibidos nesse *espetacular* social, no qual não há lugar para a dor e para a fraqueza, apenas gozar irrestritamente (QUINET, 2002; KEHL, 2009; TAVARES, 2010; LEITE, 2017).

Essa *sociedade do espetáculo* é proposta por Debord (2003), e descrita como: “[...] não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediatizada por imagens” (p. 14). Ou seja, é “onde o mundo real se converte em simples imagens, estas simples imagens tornam-se seres reais e motivações eficientes típicas de um comportamento hipnótico.” (DEBORD, 2003, p. 19). Para corresponder ao que o social demanda e assim se sentir pertencente e incluso, os sujeitos aderem, então, a esses padrões. Porém, como essas imposições de ideais seguem uma lógica de mercado, as mudanças de padrões possuem um tempo, um tempo que passa e muda muito rápido.

Um tempo que não é passível de simbolização pelo sujeito, não permitindo que o “desejo” se instale – o que parece ser um dos objetivos/estratégias desse social, pois faz parte do controle. Além disso, há um excesso de exposição desses ideais, influenciando e colocando-os como objetos de desejo, deixando claro que é aquilo que o sujeito deve “desejar”, o que provoca e acentua a dúvida nos sujeitos, diante das escolhas (TAVARES, 2010; ROSSITO; FERRAZZA, 2013).

Como aponta Tavares (2010): “A própria finalidade do “palco social” é não permitir um fim ao desejo dos consumidores, produzindo uma insaciabilidade contínua, mantendo-se, desse modo, o eterno retorno do consumo espetacular” (p. 38), afirmando o que

Debord (2003) já postulava: “o espetáculo não quer chegar a outra coisa senão a si mesmo.” (p. 18). Dessa forma, os cidadãos são passivos frente a esse social, há uma passividade subjetiva, pois, na verdade, estes são alienados a esse Outro social, que impõe o que se deve apreciar, consumir e como devem se apresentar.

É importante destacar, também, que sempre existiram e existirão ideais sociais, e que é importante que esses ideais permeiem as relações humanas. Porém, atualmente, em pleno capitalismo liberal, esses ideais são instáveis e fracos de significação simbólica, e é diante disso que se encontra o conflito. Segundo Rossito e Ferrazza (2013), essa contemporaneidade é caracterizada por uma cultura narcisista e espetacular, que estampa um modelo de subjetividade emudecida, onde não são permitidas possibilidades de reinvenção pelo sujeito, da apresentação e valorização da singularidade e do reconhecimento sobre o próprio desejo.

Ao impossibilitar essas capacidades de reinvenção, de criatividade, de ser diferente, o social mantém o seu controle – e quando o *diferente* surge, o social já tem suas estratégias “secundárias” de controle, como a utilização dos psicofármacos, por exemplo. Estes são comumente utilizados após uma classificação, uma nomeação e uma explicação acerca do como tem se mostrado esse sujeito que foge da norma, incluindo-o perversamente no social em um lugar de doente, de errado, de destoante e de transgressor. E para isso se utiliza dos medicamentos, que são passíveis de estabelecer um controle, ao silenciar e remodelar esse sujeito as normas (QUINET, 2002; KEHL, 2009; TAVARES, 2010; MAGALHÃES; AZEVEDO, 2016; LEITE, 2017).

Esse diferente que se mostra é visto como uma ameaça para esse social, pois aponta, inclusive, para uma falha, já que escancara a falta de controle absoluto que esse social tem sobre os sujeitos. Sendo assim, em desacordo com o que é estabelecido pelo social, esse sujeito destoante denuncia as rachaduras do discurso do mestre.

Pois, ao contrariar os imperativos ideais do espetacular capitalista, o sujeito exhibe que os supostos objetos de desejos não assumem a função esperada de gozo. Revela que a falta está presente, inclusive, nesse suposto detentor do falo (o social). Dessa forma, ao apontar essa falta, o sujeito destoante reivindica a posição de objeto que vinha ocupando nesse ambiente, podendo, assim, retornar para uma dialética fálica de sujeito, que não é tão esperado e aceito por esse modelo social (KEHL, 2009).

Além disso, esse diferente, muitas vezes, é tratado como uma questão de saúde, e por isso refém das práticas de saúde e dos profissionais, reafirmando o discurso de alienação fortemente presente nesse social, como aponta Tavares (2010), pois é um Outro que nomeia o que o sujeito tem e, esse mesmo outro, apresenta soluções, direcionado – no geral – aos objetivos desse macro, que é o social, ou seja, esse Outro detém o saber, mais uma vez.

De acordo com Tavares (2010) e Leite (2017), os sujeitos estão se manifestando em um lugar de desamparo, pois, apesar desse social ofertar ideais, esses mudam rapidamente, o que causa uma instabilidade de ideais/referenciais, colocando os sujeitos em um local, também, de instabilidade. “[...] produzindo, assim, sujeitos vazios de significados e referenciais de identificação.” (TAVARES, 2010, p. 36; ROSSITO E FERRAZZA, 2013; CAMPOS, 2016).

A psicanálise quebra com esse padrão de cuidado e de saúde frequente utilizado, além de quebrar com essa tendência de emudecimento social, pois coloca em foco o sujeito e não seus sintomas e/ou a nomeação dada por esse Outro. Permite um lugar para que o sujeito seja capaz de simbolizar e dizer sobre si, amparando-se em si, em seus dizeres sobre si.

O CONFLITO E A DEPRESSÃO

A partir desse panorama, destacamos aquilo que demonstrou Freud em “O mal-estar na civilização” (2010 [1930-1936]), o formato social influencia as configurações psíquicas e, conseqüentemente, as psicopatologias que se apresentam. Assim sendo, o mundo contemporâneo, capitalista, tem como cenário a supervalorização do espetáculo, da felicidade, da produção e do consumo (DEBORD, 2003).

Diante do acentuado número de informações e imposições, principalmente dos meios midiáticos, as sociedades capitalistas vêm produzindo em seus sujeitos pseudovalores e pseudonecessidades, que se adequam aos ideais dessa formação social (TAVARES, 2010). Há configurações psíquicas que se enquadram nesse modo de viver, e há outras que entram em conflito. Com efeito, Freud (2010, [1930-1936]) já apontava que o mal-estar é fruto de uma discordância entre a demanda social e o que realmente os sujeitos necessitam.

Todo esse espetáculo exibido aos sujeitos, então, diz respeito às ideologias em que a sociedade quer inseri-los. Pois, os indivíduos devem se tornar personagens fidedignos às imagens que se quer ter em foco, ou seja, seguir os ideais capitalistas de vida (ROSSITO; FERRAZZA, 2013; LEITE, 2017). Nesse contexto, há uma intensificação do imaginário e um enfraquecimento do simbólico, que golpeia os sujeitos com as dificuldades do viver (MENDES *et al.*, 2014).

Inclusive, por essa sociedade ser caracterizada pelo narcisismo, como já citado antes, considera-se que existe um enfraquecimento do simbólico, pois falta relação direta entre os sujeitos, já que essa é, agora, uma relação mediada pelo exibicionismo, pela imagem. E com esse império do imaginário – totalitário, que não permite muita

simbolização, e por isso bloqueia os sintomas mais vívidos-, os indivíduos têm respondido com a inibição e com recuo (lembrando que esses não deixam de ser sintomas), evidenciando o fato de que a constituição psíquica de um sujeito se dá por meio da relação com o outro e consigo mesmo, a partir e penetrado na e pela linguagem. Sendo assim, a necessidade de um outro sempre estará presente na vida humana (LEITE, 2017).

O mal-estar, aqui posto como o estado depressivo, se mostraria, então, a partir do momento em que há um conflito entre a demanda social e os desejos individuais, quando o sujeito não consegue distinguir mais o que é seu e o que é do Outro, e quando “consegue” (trata-se de um movimento inconsciente) perceber esse limiar, foge para não se deparar com outro conflito (KEHL, 2009). É quando, diante de tantas imposições de supostos objetos de desejo, o sujeito se confunde, pensando tudo como uma coisa só, e se depara com o sofrer pela falta que foi prometida de preencher.

Pode-se até pensar, então, a depressão como um sintoma social, pois diz respeito a articulação desses sintomas com o discurso social, como trazem os autores Kehl, (2009), Tavares, (2010) e Magalhães & Azevedo (2016), inclusive porque os sintomas do sujeito em estado depressivo divergem do ideal social capitalista e por isso, esse sujeito não se identifica com essas representações ideológicas (KEHL, 2009; TAVARES, 2010).

Assim, o sujeito responde com os sintomas depressivos às demandas - inalcançáveis – impostas pelo social; é por isso que a depressão é posta como a posição pela qual o sujeito responde frente ao Outro desse cenário (QUINET, 2002; KEHL, 2009; MEDEIROS; MATOS, 2018). Segundo Kehl (2009): “Depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro” (p. 49).

Conforme Leite (2017), a angústia é um reflexo frente às perdas, com as quais o sujeito não consegue lidar. Então os sintomas e/ou as inibições são maneiras utilizadas pelos sujeitos para lidar com essa angústia (FREUD, 2014, [1926-1929]). E como já exposto, os sintomas são como sinais que se apresentam aos sujeitos, clamando por uma possibilidade de elaboração subjetiva e compreensão interna (TAVARES, 2010; MAGALHÃES; AZEVEDO, 2016). Os sintomas surgem quando algo que foi vivido recentemente atinge conteúdos que estão recalcados, e por isso inconscientes. Nos sintomas há uma parcela de gozo, pois estes são como formas mascaradas de satisfação dos desejos, é aquilo que é possível para o sujeito no momento.

Quando são os sintomas que surgem como resposta, o sujeito tem maior possibilidade de simbolização. Já quando o sujeito responde com uma inibição, ocorre um bloqueio frente a tudo que é tocado, por esse motivo, há um recuo e uma renúncia do sujeito. Frente a uma inibição então, é necessário que essa possa ser transformada em sintomas, para que haja simboliz(ação), um resgate pelo o que é possível para esse sujeito. É importante frisar, também, que nem o sintoma, nem a inibição são necessariamente patológicos (FREUD, 2014, [1926-1929]).

O DEPRESSIVO

O sujeito depressivo, ao responder com esses sintomas frente ao conflito aqui postulado, se coloca e é colocado em um não lugar. Um não lugar por não corresponder aos paradigmas ideais sociais, e um não lugar frente ao conflito entre seus desejos e a imposições sociais, como se esse sujeito se inserisse em um limbo. Outrossim, a singularidade do sofrimento depressivo, como já colocado, tem sido posta em um lugar de generalização e de banalização.

Pois o discurso imperativo criou uma única nomenclatura para uma extensa lista de sintomas e que atinge diferentes pessoas, o que pode causar uma certa barragem em alguns, como também pode causar mais sofrimento em outros, justamente por deixar de lado a subjetividade que pertence a cada um (QUINET, 2002; KEHL, 2009; TAVARES, 2010).

Segundo Kehl (2009), o depressivo é um sujeito que sofre de uma culpa legítima por trair as identificações e por ceder de seus desejos, não gozando de seu ato transgressor. Em concordância com Quinet (2002), a tristeza presente nos sujeitos tidos como depressivos é relativa a um extravio do desejo inconsciente, é um sujeito desorientado frente a esse desejo, e por isso há uma perda de potência para agir.

Além disso, esse sintoma de tristeza é correlato a um abalo e/ou perda de ideais do eu, é quando esse sujeito se depara com a falta (FREUD, 1915 *apud* QUINET, 2002). A tristeza, então, é uma dor do existir, como traz Quinet (2002), a partir de Lacan (1963). Seguindo disso, segundo Delouya (2002) como citado em Magalhães e Azevedo (2016, p. 11): “a depressão pode ser compreendida como um modo de existir, uma condição em que o homem se vê impossibilitado para encontrar outra maneira de lidar com as exigências da sociedade atual”.

Ainda, de acordo com Medeiros & Matos (2018), a depressão pode ser entendida como essa resposta do sujeito frente ao Outro, emergindo algo sobre o desejo desse sujeito. É uma posição que o sujeito aposta para apaziguar a angústia. Pois, frente ao intenso imaginário, o sujeito também se vê na posição de evitação da falta, e por isso evita o conflito (MEDEIROS; MATOS, 2018).

Por isso, Quinet (2002) e Tavares (2010) retomam o que Lacan coloca, que a depressão é tida como uma “covardia moral”, justamente por esse movimento que o depressivo faz para não lidar

com a falta. Já Peret (2003), como citado em Tavares (2010, p. 23), traz que “[...] os depressivos desinvestem libidinalmente os objetos, inibem e abandonam suas necessidades e vontades, tornando-se ensimesmados”. Ou seja, retornam a si, adotam uma posição narcísica, tomada pela alteridade.

É a partir da perda/castração que o sujeito pode se advir enquanto tal, ou seja, é a partir disso que se constitui a subjetividade (essa marcada pela alteridade). A perda é sentida como desamparo, o que causa angústia, assim como no processo de perda primordial – no processo primário –, ao qual é sempre remetido o sujeito ao se deparar com a falta.

Por isso os autores trazem que o depressivo tem um sentimento nostálgico – revive a angústia da evidência da castração, pois é e sempre será um sujeito castrado, e esse seria o processo depressivo (KEHL, 2009; TAVARES, 2010). Ou seja, a depressão é uma reação de defesa do sujeito frente à falta, nesse caso, a falta pelos excessos, pois mesmo diante de tantos objetos supostos de desejo que o social oferta e impõe, esses não são efetivos para a satisfação completa que o sujeito esperava atingir, e assim escancaram a condição de sujeito faltante – eternamente faltante (LEITE, 2017).

Ainda, o sujeito depressivo é tomado por uma culpa, uma culpa por gozar de algo que não deveria, goza desse sintoma inibitório. Portanto, na depressão, para não se deparar com a condição de castrado, o sujeito diminui seu investimento de energia psíquica, como uma maneira de evitar lidar com o desejo e com as demandas do Outro social, ficando assim, paralisado diante desse conflito.

Como uma forma de defesa psíquica o sujeito se insere em um limbo, onde além de ceder de seu desejo, ele exclui as demandas culturais e burla a falta. O sujeito depressivo, então, tem mais

conhecimento sobre a castração, por isso ele recua, ressaltando que de forma inconsciente (QUINET, 2002; KEHL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, então, pode se apresentar como esse retorno à percepção de que o Outro também é faltoso, e que, portanto, não é capaz de lhe responder e preencher a essa falta que lhe é também presente, retornando então ao sujeito que precisa “tomar a frente” para ir em busca de seu desejo, assim como aconteceu na relação como o Outro materno.

Então, percebo esse estado depressivo ao qual me refiro como um ciclo, um retorno àquela vivência da formação de um assujeito para um sujeito desejante, é um ciclo que revive o desejo inconsciente ao qual o sujeito vive tentando chegar. Pois, como afirma Kehl (2009): “o depressivo, em sua estranha recusa a acreditar nos semblantes da felicidade, está muito mais próximo de sua via desejante do que ele imagina.” (p. 108).

Enfatizo que não é desmerecendo e/ou esquecendo que existe um estado patológico da depressão, e que existe um grande sofrimento e dor em todos os possíveis estados, mas é pensar que, nem sempre, um estado depressivo é patológico. A importância de, talvez, questionar: É patológico para quem? Quem diz o que é e o que não é patológico? Por que é patológico?

Acredito que o sujeito é capaz de dizer/perceber que está em um estado patológico ou não (não de forma clara e objetiva, na maioria das vezes), mas diante de tanto dito social, que tem sido imposto e demandado, o sujeito está perdendo essa capacidade de se perceber, de se questionar, de se dizer. Então, vamos ouvir esse “não dizer”, esse silêncio que o depressivo nos oferece.

Porque ao não dizer, ele está dizendo algo, que não estamos permitindo-lhe/ (nos) fazer ouvir. Pelo contrário, estamos abafando o silêncio, sobrepondo ruídos ao silêncio, desmerecendo esse lugar de fala e não estamos concedendo um espaço para os sujeitos se recluírem, pois tudo deve ser exibido da forma esperada por esse social; há apenas o espaço para a reclusão, se no externo só houver lugar para aquilo imposto e esperado.

Então, para diminuir essa força patologizante que reina em nossos dias, é necessário repensar o que é patológico, porque é patológico, para quem é patológico; e possibilitar para que esse sujeito seja capaz de se questionar, de se ouvir, de se sentir e de se dizer.

Pois ao atribuir um número, ou uma nomeação para tudo o que um sujeito em sofrimento apresenta, nem sempre, isso apazigua a angústia, nem sempre isso causa uma retenção dessa angústia. Consequentemente, é necessário desbanalizar esse significante “depressão” e singularizar esse sofrimento, pois cada um sofre de uma forma frente a motivos diversos e pessoais, até porque cada um percebe o mundo a partir de seu mundo subjetivo.

Logo, quiçá, poder pensar na potência desse estado, enquanto estado, enquanto um momento. Pensá-lo enquanto um estado de acolhimento, de percepção de si e do que se quer. E perceber que esse estado faz parte da existência humana. Pois o estado depressivo pode aparecer na vida de qualquer sujeito frente à perda de seus ideais mais estáveis, que, inclusive, é o que mais tem acontecido nessa cultura capitalista.

Então ao exigir felicidade e ação, ironicamente, esse social tem produzido sujeitos cada vez mais cheios de angústia desse espaço narcísico, imaginário e totalitário, pois os sujeitos estão cada vez mais acumulando/ retendo um excesso de energia libidinal no

corpo, que causa angústia e conseqüentemente o sujeito pode responder por uma inibição e/ou sintoma.

Desse modo, é uma “dor do existir”, que talvez apareça justamente porque é insuportável não conseguir corresponder aos ideais, é insuportável não se sentir pertencente (e até não ser pertencente) por ser diferente. Além disso, é insuportável não entender o que se quer, é insuportável não alcançar um gozo, e é insuportável, também, alcançar tudo e não se alcançar nada, que é justamente o que o formato capitalista provoca. Logo, a dor sempre irá existir, a perda sempre existiu e sempre existirá. A maior questão é como lidamos e como recebemos essas perdas, e nisso, o social tem muita influência, como sempre teve.

Decerto, é interessante pensar que para essas perdas de ideais de eu, o sujeito precise passar por um processo de luto, um processo de desligamento desse objeto idealizado. Assim como também passou por esse processo quando se sentiu castrado, lá em seu processo primário. É, então, tentar fazer uso dos sintomas, fazer uso das formas de gozo, e não mais ser refém dos sintomas. Para isso, a psicanálise oferece o tratar pela via do desejo, cria essa possibilidade porque a analista é tida em um lugar de objeto e não de mestre, que lhe oferecerá todas as respostas/nomenclaturas.

Além disso, a psicanálise trabalha a partir de uma aposta no sujeito, e em uma aposta não existe um caminho certo traçado, mas um caminho a ser construído. Assim, o sujeito passa a simbolizar e ser capaz de perceber suas formas de gozo, tentando encontrar formas menos danosas de se utilizar delas. Frisemos que, até chegar num ponto tão claro como esse descrito acima, são necessários muitos anos de análise pessoal, pois, diferente do habitual, a psicanálise não trabalha com exatidão nem fórmulas prontas.

Por isso, também, a cultura não tem valorizado a análise via teoria da psicanálise, pois ela não promete nada, não estipula um

tempo de “cura”. Na análise, o analisante é aquele maior responsável pelo seu tratamento, é de quem vão vir as dúvidas e as respostas. Então, assim como a depressão, a análise via psicanálise não condiz com os ideais capitalistas, pois não consta com um tempo rápido para a produção de fazer-se sentido, até porque a análise tem como base o questionar, e nesse social não há espaço permitido para isso.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, É. B. V. “Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade”. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, vol. 7, n. 2, 2016.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. São Paulo: Editora eBook, 2003.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

FREUD, S. **A interpretação dos Sonhos**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 2019.

FREUD, S. **O Mal-estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 2016.

FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 2014.

KAUFMANN, P. (ed.). **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. São Paulo: Editora Jorge Zahar, 1993.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Editora Boitempo, 2009.

LEITE, M. C. “Da sociedade de consumo ao sujeito consumido”. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, vol. 6, n. 3, 2017.

MAGALHÃES, M. M. S.; AZEVEDO, F. G. S. “A (de) pressão e a contemporaneidade: notas sobre o sintoma social”. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, vol. 5, n. 2, 2016.

MEDEIROS, A. A.; MATOS, R. P. C. “A depressão como posição subjetiva: contribuições lacanianas”. **Revista Subjetividades**, vol. 18, n. 2, 2018.

MENDES, E. D. *et al.* “Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 30, 2014.

MENEGHETTI, F. K. “O que é um ensaio-teórico?”. **Revista de Administração Contemporânea**, vol. 15, 2011.

NASCIMENTO, M. B. “Alienação, separação e travessia da fantasia”. **Opção Laciana Online** [2010]. Disponível em: <www.opcaolaciana.com.br>. Acesso em: 09/05/2023.

PONTALIS, J. B.; LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise**. Santos: Editora Martins, 2001.

QUINET, A. **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2002.

RODRIGUES, S. S. “Demanda e desejo em psicanálise”. **Portal do Psicólogo** [2008]. Disponível em: <www.psicologia.pt>. Acesso em: 10/05/2023.

ROSSITO, A. R.; FERRAZZA, D. A. “Os destinos do desejo e as novas formas de subjetivação”. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, vol. 3, n. 1, 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. São Paulo: Editora Zahar, 1998.

SIRELLI, N. M. “Sujeito e outro: a via do desejo”. **Affectio Societatis**, vol. 13, n. 25, 2016.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Editora da UNESP, 2010.

CAPÍTULO 12

*Os Processos de Luto Durante a
Pandemia da Covid-19: As Repercussões
Psicológicas a Partir das Vivências de Mortes Simbólicas*

OS PROCESSOS DE LUTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DE MORTES SIMBÓLICAS

Agatha Cristina Bitencourt Ribeiro

Suellen de Souza Ramos

Márcio Bruno Barra Valente

Ana Carolina Peck Vasconcelos

Em março de 2020, foi decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela Doença do Coronavírus 2019 - Covid-19 (SENHORAS, 2020).

A partir disso, ocorreram mudanças no modo de viver que alteraram as nossas experiências: o isolamento, mudanças na rotina, o medo do desconhecido, sentimento de impotência e fragilidade da vida humana. Além dessas mudanças, a vivência do luto se fez mais presente, não só por mortes fisiológicas, mas também pelas mortes simbólicas. Para Fischer (2007):

O luto é um processo natural e subjetivo, com aprendizagem e abandono de esquemas, que ocorre depois de uma perda, sendo ela fisiológica ou simbólica. Pode-se compor por fases não-lineares (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) e seu tempo varia. As mortes simbólicas são todas e quaisquer perdas significativas para o indivíduo: separações, adoecimentos, frustrações, terminos de ciclos, perda de emprego e entre outros, com isso,

podendo ocasionar um processo de enlutamento. (FISCHER, 2007, p. 18).

No transcorrer da civilização, a humanidade se deparou com diversas catástrofes que acarretaram com a morte de milhares de pessoas ao mesmo tempo, exemplo disso foram as grandes guerras que suscitaram na perda de milhares de soldados e civis, como cita Bianco e Costa-Moura (2020).

A morte em grande ou pequena escala tem seus impactos, porém, é indiscutível que as reverberações de mortes coletivas em um contexto pandêmico possam gerar conflitos internos e desconhecidos até então, já que acontecem em um curto período dificultando a assimilação e sentimentos de luto. Quando deparado com essa realidade, o ser humano poderá desencadear angústias, medos, ansiedade, depressão, distanciamentos, perdas e luto.

Segundo Saunders-Hastings e Krewski (2016), é um consenso científico que a primeira pandemia tenha surgido em 1580, quando foi reconhecida a primeira pandemia no mundo, possivelmente de gripe, na Ásia. Desde lá, o mundo evoluiu e com ele a ciência.

Contudo, mesmo com o crescimento de pesquisa e o desenvolvimento de intervenções farmacêuticas, o ser humano não está isento de uma realidade pandêmica, principalmente quando se trata da propagação de doenças com o progresso na tecnologia do transporte e a globalização, isso se dá porque contribui mais rapidamente para a disseminação de doenças emergentes.

O surgimento de pandemias não aderiu às estações típicas da Influenza, e podem ocorrer a qualquer momento. Enquanto isso, embora as pandemias tendam a ocorrer em ondas, é difícil de prever, como

e quando as ondas ocorrerão em diferentes países. (...) O aumento da prontidão humana tem sido acompanhado por uma maior exposição, e frequência de, transborde pandêmico das populações animais para as humanas (SAUNDERS-HASTINGS; KREWSKI, 2016, p. 14).

Falando sobre a realidade brasileira, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (2022), até março de 2022 somam-se 658 mil mortes pela Covid-19 no Brasil, abrindo a reflexão sobre o paradoxo do luto coletivo, de acordo com Maria Helena Pereira Franco (2021), sendo um conceito difícil de ser trabalhado, já que particularmente dentro da pandemia da Covid-19 isso foi aplicado de forma distinta, tendo por um lado a mobilização de muitas pessoas pelas perdas que ocorreram como também o negacionismo de muitos indivíduos sobre a existência do vírus.

Viveu-se e vive-se a negligência pública desde o princípio da pandemia da Covid-19, ocasionando sentimentos de angústia e medo de que fomentaram o desamparo governamental da população.

[...] As razões da indiferença e inoperância diante de uma situação catastrófica que, se não poderia ser evitada, poderia ser drasticamente reduzida, bastando para tanto uma mobilização coordenada em tempo hábil entre o estado e a sociedade civil. Isso porque, no início da pandemia em solo nacional, já se contava com informações preciosas sobre o seu modo de disseminação e as estratégias mais eficazes de contenção dos agravos. Ignorando inúmeros alertas e informações disponibilizados pela comunidade científica e pela OMS - Organização Mundial de Saúde -, o governo federal, alguns atores políticos e setores da imprensa optaram por investir todas as fichas em uma estratégia temerária e controversa de

resposta à catástrofe, o que contribui para aumentar exponencialmente os números de mortos. (MARTINS; RABÊLO, 2020 p. 41).

Para Fontes e Hudson *et al.* (2020), a pandemia da Covid-19 gerou mudanças na rotina, nas vivências e nas relações humanas. Até mesmo os protocolos hospitalares específicos com pacientes infectados se modificaram, sendo estes importantes para resguardar a saúde dos mesmos e da equipe. Ademais, temos também a ausência de rituais fúnebres, o isolamento e medos que surgiram com o desconhecido corroboraram para que os processos de luto e morte fossem alterados.

O contexto de pandemia da Covid-19 trouxe para a atualidade uma série de lesões e limitações. Com isso, surge o seguinte questionamento: *quais as repercussões psicológicas, mobilizadas a partir das vivências de mortes simbólicas, que a pandemia suscitou?*

O presente artigo tem como objetivo analisar as repercussões psicológicas mobilizadas a partir das vivências de mortes simbólicas durante a pandemia da Covid-19 e buscando compreender o desenvolvimento dos mecanismos de enfrentamento nos processos de luto ocasionado por perdas.

A COMPREENSÃO DA MORTE E O LUTO

Psicologicamente, o medo da morte, de perder quem se ama, da desconstrução do conhecido e no enfrentamento do desconhecido proporcionaram situações cotidianas novas, impactando na compreensão e vivência em uma pandemia. Com a pandemia da Covid-19, presenciou-se jornais noticiando milhares de mortes,

ausência de rituais fúnebres, contato com familiares e amigos por via on-line, formando um cenário de incertezas sobre a finitude e como encará-la.

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independentemente da idade, sexo, nível socioeconômico e credo religioso. Apresenta-se com diversas facetas e é composto por várias dimensões. [...] em relação à morte do outro é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimento de impotência por não se poder fazer nada (KOVÁCS, 1992, p. 14-15).

Os novos artifícios de comunicação com quem compartilha dos mesmos sentimentos sobre o luto e a morte, podem contribuir no processo do próprio entendimento desses sentimentos, que apesar de serem tão particulares, também possuem suas similaridades, já que, por mais que se o indivíduo não tenha perdido um ente querido, acabou por perder a sua liberdade, esperança, emprego, moradia e outros elementos importantes para a própria sobrevivência, ou seja, os elementos que representam a morte simbólica, levando-os a buscar uma nova perspectiva para a ressignificação dessas perdas ou mortes simbólicas.

Podemos observar que as perdas e a sua elaboração fazem parte do cotidiano, já que são vividas em todos os momentos do desenvolvimento humano. São as perdas por morte, as separações amorosas, bem como, as perdas consideradas como "pequenas mortes", como, por exemplo, as fases do desenvolvimento, da infância para a adolescência, vida adulta e velhice. São também vividas como "pequenas mortes"

mudanças de casa, de emprego. O matrimônio e o nascimento do filho também são "mortes simbólicas", onde uma pessoa perde algo "conhecido", como o papel de solteiro e o de filho, e vive o "desconhecido" de ser cônjuge ou pai (KOVÁCS, 1992, p. 163).

Segundo Fischer (2007), o luto é um processo natural e subjetivo, com possibilidade de aprendizagem e de abandono de esquemas que costuma ocorrer depois de uma perda, seja ela real ou simbólica. Além disso, para Kübler-Ross e Kesller (2005), o processo do luto pode se compor por fases não-lineares (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), e seu tempo pode variar de acordo com a subjetividade do sujeito.

O estudo do luto passa pelo aprofundamento do conceito de subjetividade, já que as representações da vida e da morte para o indivíduo têm a ver com a particularidade de suas vivências. Denomina-se luto a reação a uma perda e representa uma reação natural a esta, seja ela real ou simbólica. Para que haja o processo de elaboração de uma perda, é imprescindível o aparecimento do luto (FISCHER, 2007, p. 17).

Segundo Sanders (1999), é necessário enfrentar esse luto, já que não havendo esse confrontoamento do mesmo poderá se transformar em um luto "patológico" ou "complicado", porém, sabe-se que é necessário respeitar o tempo e a dor de cada um, já que este é um processo único e singular.

Kovács (1992), convoca a refletir sobre o significado da morte em cada cultura, processo este que é visto e vivido de formas diferentes dependendo de suas crenças sociais, contribuindo para

que a experiência do luto seja singular, mas ao mesmo tempo coletiva baseada na cultura e no contexto vivido.

A pandemia da COVID-19 criou a necessidade de rápidas adaptações e maneiras de lidar com a morte de entes queridos e pacientes. O isolamento social impediu o contato pessoal próximo em um dos momentos mais importantes para um familiar, tornando inevitável o impacto psicológico negativo nas pessoas próximas. O elevado número de mortes também tem refletido de maneira negativa na saúde psicológica dos profissionais da linha de frente. O objetivo é criar novas perspectivas e maneiras de encarar as mortes, as perdas e o luto durante a pandemia de COVID-19. Essas medidas podem evitar novos problemas de saúde pública em um futuro próximo, tais como: luto prolongado e agravamento de doenças psiquiátricas prévias, bem como o desenvolvimento de novas patologias psiquiátricas (FONTES; HUDSON, 2020, p. 308).

Enfatizando sobre adaptações no contexto pandêmico, outra questão importante, é a sua falta de democratização, evidenciando a desigualdade social. Dizer que a “pandemia afeta negativamente a todos”, é invisibilizar as classes mais desfavorecidas social e economicamente, já que ela beneficiou muitos indivíduos, mas em contrapartida milhares de pessoas se viram desempregadas, tendo mais perdas em diversos âmbitos.

Assim, o que se vive, na prática, sobretudo nos países de economia dependente como o Brasil, é “a pandemia dos ricos e a pandemia dos pobres”, onde aqueles que têm domínio sobre os meios de produção atravessam a tempestade com menos sacrifícios e de

forma mais protegida do que aqueles que vivem da venda precarizada e informal da sua força de trabalho – os pobres, para os quais a pandemia é mais um elemento em meio aos riscos e as dores cotidianas. A divisão de classes se evidencia (BARDI *et al.*, 2020, p. 501).

Para Kovács (1992) a morte não é um assunto fácil de ser debatido por muitos, já que se trata de evidenciar conceitos que o ser humano evita encarar. Pensar sobre a própria finitude, a do outro, a extinção da própria existência, o que acontecerá no pós-morte e todos os mistérios que perpassam a vivência da perda, elucida a vulnerabilidade do ser humano, tanto pela fragilidade da vida quanto pelos entraves de cada um sobre o assunto.

O que afeta um indivíduo de uma forma, provavelmente não afetará outra pessoa da mesma maneira, porém é necessário entender que existem similaridades no sofrimento humano, como a experiência de luto coletivo em catástrofes biológicas, que se deve olhar para o lado com mais gentileza e paciência, já que a experiência pandêmica marcará a vida de todos de diversas maneiras.

METODOLOGIA

Buscando compreender os mecanismos de enfrentamento diante das mortes simbólicas em uma realidade pandêmica e o processo de luto, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica a partir de um estudo qualitativo utilizando a abordagem hipotético-dedutivo. Sobre o estudo qualitativo, segundo Silva *et al.* (2018):

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (SILVA *et al.*, 2018, p. 22).

Para Fonseca (2002), a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos, científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Posto isto, realizou-se um levantamento bibliográfico nos bancos de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), BVS-psi (Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), as publicações encontram-se disponíveis gratuitamente e online.

Optou-se como critério de inclusão na pesquisa: artigos, dissertações, livros que abordem a temática luto, morte, morte simbólica durante a pandemia da Covid-19, possíveis mecanismos de enfrentamento na pandemia e como critério para exclusão, artigos que não abordem nenhum aspecto do enfoque a pesquisa.

Ao pesquisar acerca da experiência em uma pandemia, e por tratar de temáticas subjetivas como o comportamento do ser humano,

cultura, a compreensão de fenômenos sociais, nota-se que o estudo qualitativo é o mais adequado a proposta do presente trabalho.

Para a análise de dados, combinamos como descritores os termos ("mortes simbólicas" AND "morte") e ("luto" AND "perdas") e ("coronavírus" AND "Covid-19" AND "pandemia" AND "saúde mental"). Os livros e artigos selecionados para a pesquisa foram nos idiomas português e inglês, o levantamento bibliográfico abrange os anos de 2020 até 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 294 artigos encontrados, 37 serviram de embasamento e auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa, porém apenas 4 artigos corresponderam aos critérios de inclusão para a análise, abordando exclusivamente o contexto pandêmico da COVID-19, mortes simbólicas, os processos de luto da mesma e os possíveis mecanismos de enfrentamento na pandemia.

Quadro1 - Artigos de pesquisa

Título	Autores	Periódico	Ano
Narrativas sobre o processo da vida e da morte marginal durante a Pandemia por Covid-19	Orsini <i>et al.</i>	Revista Augustus	2020
Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19	Fontes, Alencar; hudson, Wendney <i>et al.</i>	ID on line revista de psicologia	2020
Luto familiar em tempos da pandemia da Covid-19: dor e sofrimento psicológico	Sunde, Rosario Martinho; Sunde, Lucildina Muzuri Confero.	Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia	2020
Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social	Bianco, Anna Carolina Lo; Costa-Moura, Fernanda.	Psicologia: Ciência e Profissão	2020

Fonte: Elaboração própria.

É perceptível que apesar da pandemia ainda estar em curso, foram desenvolvidos diversos trabalhos que possibilitam um melhor entendimento, com isso gerando novos mecanismos de enfrentamento, possibilidades de estudo e conscientização da comunidade. O campo de estudo dentro da temática do novo coronavírus e suas reverberações psicológicas ainda é novo, contudo, podemos ver o avanço significativo de interesse em desenvolvimento de trabalhos no âmbito da psicologia.

É importante que se desenvolvam mais estudos para abarcar a complexidade do assunto, cuja suas consequências em suma são desconhecidas a longo prazo, exigindo atenção, medidas de contenção e avaliação de possíveis danos psicossociais. O quadro 1 acima consta os artigos selecionados para análise.

O luto e as mortes simbólicas em uma pandemia

No artigo de Orsini *et al.* (2020) comenta-se sobre as perdas simbólicas e sua ligação acerca da vulnerabilidade e desigualdade social que se estabeleceu ainda mais no estado pandêmico no Brasil. A necessidade do isolamento para evitar o adoecimento e propagação do vírus não abrangeu as classes mais pobres que continuaram a sair de casa já que não puderam deixar de trabalhar para o próprio sustento.

Pessoas em situação de rua, refugiados e outros indivíduos marginalizados sofreram com a desigualdade de proteção vivendo a falta de políticas públicas muito nítida dentro da atual crise sanitária, sem programas direcionados a grupos socialmente excluídos. A catástrofe biológica só evidenciou as diferenças sociais, as fragilidades e desamparo dentro da gestão governamental brasileira atual (ORSINI *et al.*, 2020).

Nos estudos de Bianco e Costa-Moura (2020), evidenciou-se que as políticas sociais e de saúde foram ameaçadas e sofreram severos retrocessos e limites de serviço sendo elas: A Estratégia de Saúde de Família, a Política Nacional de Imunização, as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, de Assistência Farmacêutica, do SAMU, da política de Aids/Hepatites, e várias outras, suscitaram nos sentimentos negativos da população, ocasionando assim perdas de cunho social e material também.

Bianco e Costa-Moura (2020) evidenciam a negação da morte atualmente, na qual ela é excluída e suas consequências apagadas. Se reconhece que o lugar que se dá a morte e ao morrer é aos poucos cada vez mais “higienista”, buscando invisibilizar os medos e horrores que os acompanham.

Adjacente a isso, ocorre a banalização da morte e do morrer como algo jamais visto na história das sociedades. Para Ariès (1974/2003), com o passar do tempo a morte acaba por se tornar um evento médico, onde expressar sentimentos equivale a uma instabilidade mental de mal gosto que deve ser banida, passando agora a ser um assunto medicalizado.

Na pesquisa de Bianco e Costa-Moura (2020), negar a morte é quase supor que ela não venha nos atingir na vida, que não vamos encontrá-la em algum ponto da vida e que ela não aconteça. Uma das maneiras de respeitar e encarar a morte tem origem no reconhecimento de que ela não pode ser indiferente. Deve-se dar lugar a elaboração do luto, sendo este o lugar dado a morte que também podem ser uma morte simbólica.

Sabendo que as mortes simbólicas são todas e quaisquer perdas significativas, como a perda da liberdade, da esperança e de bens materiais, para Fontes e Hudson *et al.* (2020), dentro de um contexto pandêmico as perdas se tornaram recorrentes, forçando uma aprendizagem de novos esquemas para lidar com elas. Esses

mecanismos de enfrentamento surgem na necessidade do ser humano em lidar com uma situação difícil, uma atualização própria e que poderá não só auxiliar com a elaboração desse luto, mas na própria vivência como um todo.

São ferramentas para lidar com a perda (seja real ou simbólica) mas que servirão de aprendizado também sobre outros esquemas psicológicos que serão formados e modificados. Ainda no artigo de Fontes e Hudson *et al.* (2020) é comentado sobre a nova realidade dos processos de morte e luto que a pandemia suscitou, sofrendo mudanças significativas por conta das novas medidas de segurança pública, analisando as repercussões psicossociais e culturais nas pessoas enlutadas, nos familiares do paciente e nos profissionais da saúde.

No estudo de Bianco e Costa-Moura (2020), salientou-se a precarização do serviço de saúde e as condições de desamparo que o indivíduo se encontra para enfrentar a pandemia, evidenciando possíveis situações traumáticas e modos de lidar com a problemática. Por conseguinte, no artigo de Sunde e Sunde (2020), destaca-se sobre as reverberações psicológicas do luto sobre perdas na pandemia da Covid-19, a ausência de rituais de despedida, desenvolvimento dos mecanismos de enfrentamento e o processo do luto.

Ainda no estudo de Bianco e Costa-Moura (2020) foi analisado que a infraestrutura de água e esgoto do país é precária e milhões de residências não são ligadas aos mesmos (ROSSI; BUONO, 2020), estas são uma das condições de desamparo que a população se encontra e que temos que enfrentar durante a pandemia da Covid-19.

É importante salientar que as questões que envolvem saúde pública, se aprofundaram durante a pandemia, porém, surgiram no governo do presidente Michel Temer, tendo o controle do teto de

gastos para saúde, educação e assistência social, a precariedade dos serviços para a população se intensificou no governo de Jair Bolsonaro. Sem perspectivas de melhora para um futuro próximo, paira sobre a sociedade dúvidas e incertezas sobre as condições de sobrevivência física e psíquica neste período.

Acrescido com a impossibilidade de acesso a atenção básica e saneamento, se tem a necessidade do isolamento, o distanciamento dos contaminados com os que o cercam, ausência de condições para sepultamento e impossibilidade da realização das cerimônias de despedidas.

Uma perda, seja ela simbólica ou física, não é fácil tendo como privação um adeus em ritos fúnebres ou vulnerabilidade social, citado anteriormente. Sunde e Sunde (2020) citam que desde a internação devido à Covid-19, já existe o afastamento dos parentes com o infectado, ou seja, abre uma reflexão para o sentimento da inexistência do acontecimento, o indivíduo sabe que seu ente querido estava doente, tem consciência que ele se foi, mas não compartilhou com os demais que o amavam essa despedida.

A retirada de um momento essencial e colaborativo para entender o próprio sentimento do luto também gera outro sofrimento: o da ausência de materialidade. Crubézy e Telmon (2020) esclarecem sobre as 3 etapas de luto relacionadas a necessidade da despedida quando a morte acontece: a visualização do corpo do ente querido, a realização do funeral e pôr fim a aceitação.

Destaca-se no artigo de Orsini *et al.* (2020) a importância do estudo dos fatores psicológicos na pandemia da Covid-19, já que estes também influenciam em como o indivíduo administrará a forma de defrontar uma pandemia. Sentimentos de medo e angústia emergiram desde o início da pandemia provenientes das incertezas que se mostraram durante o avanço da infecção em todo o mundo.

A ausência de rituais fúnebres foi um dos elementos principais que contribuíram para o sofrimento psicológico, independente da cultura e a forma com que é realizado, a falta de uma despedida do ente querido pode ser considerada uma representação de perda simbólica, potencializando dificuldades posteriores frente ao luto (ORSINI *et al.*, 2020).

Em suma, a morte pode gerar sentimentos subjetivos em cada indivíduo, independente do contexto da perda, sendo real ou simbólica, é evidente que a pandemia corroborou para vivências que podem ser desagradáveis, porém é necessário falar sobre o processo de morte e do morrer em uma pandemia já que possui suas particularidades e suas consequências psicológicas a longo prazo ainda são desconhecidas, sendo necessário assim a ampliação de estudos sobre a temática.

Repercussões psicológicas a partir das vivências de mortes simbólicas

No artigo de Orsini *et al.* (2020) elucida a importância de abordar a vulnerabilidade psicológica que a pandemia da Covid-19 suscitou, já que embora existam múltiplos fatores para o adoecimento físico como consequência do vírus, o sofrimento psicológico também favoreceu esse processo do adoecer.

Para Orsini *et al.* (2020), o medo da infecção e das formas de propagação da Covid-19 trouxe episódios de ansiedade colaborando para o aspecto sanitário invisível citado no artigo: a saúde mental da população, destacando principalmente o trabalho da psicologia acerca do acompanhamento de enlutados por perdas que a pandemia da Covid-19 ocasionou, tendo como facilitação também a rede de suporte socioafetiva desse indivíduo.

O artigo frisa que não podemos encarar as perdas da pandemia apenas como números fazendo parte de estatísticas, essa banalização da morte não pode seguir por um viés de conformismo e naturalidade, mesmo que o processo de morte e morrer seja natural da vivência humana.

No artigo de Sunde e Sunde (2020) fala-se sobre os fatores que podem impulsionar sentimentos negativos como depressão, estresse pós-traumático, ansiedade provenientes da vivência no contexto pandêmico, já que além das mortes fisiológicas houve perdas no geral que fomentaram esses sentimentos, causando um sofrimento psíquico e dificultando o processo do luto.

Ainda no artigo de Sunde e Sunde (2020) é nítido ver que as mudanças de rotina afetaram o social dos indivíduos principalmente quando ocorre uma perda de um ente querido acarretando mais sofrimento, exemplificado no texto como separações, dificuldade de aceitação do distanciamento social, ausência física de pessoas mais próximas, sentimentos de solidão, vulnerabilidade e culpa. Uma das reverberações a longo prazo que são potencializados por tantas ausências é o luto complicado, a depressão, até mesmo sintomas de dor de cabeça, falta de ar entre outros.

Quando se trata de reverberações psicológicas do luto sobre mortes simbólicas, um aspecto essencial citado dentre estas pesquisas é a ausência de rituais fúnebres. É elucidado nas pesquisas de Bianco e Costa-Moura (2020) sobre realização dos rituais fúnebres indicando qual lugar ele ocupa na sociedade quando se trata de manter o pacto social que sustenta a vida civilizada, a ausência desses signos e das cerimônias que marcam o processo da morte e do luto geram uma dessimbolização e sensibilização sobre as experiências subjetivas na sociedade.

Por conseguinte, os artigos de Sunde e Sunde (2020) e Bianco e Costa-Moura (2020) citam a ausência de rituais fúnebres e

contato físico com a rede de suporte afetiva do indivíduo, o fato de não podermos cumprir os ritos de despedidas como o de costume geram consequências para que se inicie a elaboração de um luto. As formas tradicionais fora da pandemia de velório, inumação e cremação nos fazem ir, aos poucos, acostumando-se com a ideia de que não estaremos mais com o ente que morreu e iniciamos o processo do luto.

Com isso dentro do contexto atual, é destacado três possíveis fatores considerados motivadores dos efeitos negativos da falta do momento de despedida de um ente: as ausências da representação tradicional dos rituais fúnebres geram sentimentos de estresse, ansiedade e possíveis complicações na elaboração do luto por afetar os aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Além disso, o isolamento pode causar prejuízos na saúde mental dos sujeitos, podendo ocasionar o que chamam de luto patológico ou complicado; por fim, o a imprevisibilidade da doença gera medo e ansiedade além de ocasionar um luto antecipatório (FONTES; HUDSON *et al.*, 2020).

Diante das pesquisas de Fontes e Hudson *et al.* (2020) e Bianco e Costa-Moura (2020) nota-se que os rituais de despedida são cruciais na elaboração do luto para os familiares, marcando o final de um ciclo na constatação da passagem daquele ente querido.

A incapacidade de se estar junto durante esses momentos é o que mais causa medo e desamparo, não ter alguém para se consolar, abraçar e ser acolhido gera inquietações, um tipo de morte simbólica, a retirada do momento da despedida.

No artigo de Bianco e Costa-Moura (2020) estabelece a importância da elaboração do luto quando não ignorado ou desmentido pela sociedade e traz o papel do indivíduo em lidar com o mesmo, criando mecanismos necessários para lidar com o trauma de encontrar a morte que a pandemia impôs.

O cenário pandêmico acentua as experiências coletivas de morte, vivenciar esse cenário e passar situações que saem da nossa rotina como o isolamento, mudanças de costumes e hábitos e as relações ameaçadas, mudamos a forma como tratamos a morte em vida. (BIANCO; COSTA-MOURA, 2020).

Para Sunde e Sunde (2020) e Fontes e Hudson *et al.* (2020) é perceptível o agravamento do estado emocional durante o isolamento, incertezas e medos emergiram possibilitando o agravamento de sentimentos negativos e gerando outros também.

É importante estudos sobre tais aspectos pois pode-se ter ideia sobre as consequências a longo e médio prazo, sendo estes o tédio, estresse, frustração e ansiedade ocorrendo de modo mais recorrente na sociedade. O isolamento fez com que o ser humano busque novas ferramentas para conseguir lidar com as próprias dores e externalizar a mesmas.

Santana *et al.* (2020) e Raiol (2020), notam que vários elementos do cotidiano como: exercício físico e a música, possuem potencialidade de ser uma válvula de escape e suporte na externalização de sentimentos negativos utilizados como estratégia de autocuidado, fazendo com que as possibilidades diante de tais desafios acabem por alimentar a necessidade de desenvolver recursos para a distração, autorregulação emocional e o cuidado com o corpo, facilitando assim, o bem-estar mental.

Além disso, a pandemia também desencadeou mudanças na forma de comunicar-se e estar em contato com os demais necessitando alternativas sobre tais aspectos.

No artigo de Sunde e Sunde (2020) devido aos impedimentos de contato físico, muitos hospitais tomaram como ferramenta de enfrentamento o uso da internet na comunicação de parentes com pacientes internados, usando os profissionais de saúde como ponte entre ambos, gerando assim uma forma de lidar com o

desenvolvimento da hospitalização e sentimentos negativos que porventura poderiam surgir facilitando o tratamento também.

A importância da escuta e do acolhimento psicológico também se faz presente no auxílio no desenvolvimento dos mecanismos de enfrentamento e da elaboração de sentimentos negativos. Para Mason *et al.* (2020) uma rede familiar e social tem papel fundamental no defrontar do enlutamento servindo de suporte nesse processo de uma perda. Na pesquisa de Sunde e Sunde (2020), fala-se sobre a intervenção psicológica e a necessidade de acompanhamento caso seja necessário, o luto é um processo natural e inerente ao ser humano, porém, no cenário da pandemia da covid-19, precisa-se olhar com mais cautela para essas particularidades de experiências.

O apoio socioafetivo é citado no artigo de Sunde e Sunde (2020) como forma de suporte para lidar com o luto, aumentando a capacidade de enfrentamento dele exteriorizando suas dores e receios. Espaços de escuta psicológica como terapia familiar e em grupo, além do acompanhamento psicológico individual podendo ser associado ou não, dependendo da demanda, ao uso de fármacos prescritos por médico é elucidado no trabalho de Sunde e Sunde (2020). Atividade entre pessoas que tiveram perdas significativas também auxiliam no processo de enlutamento e entendimento do próprio sofrimento, proporcionando novas maneiras desse enfrentar.

É importante o desenvolvimento de pesquisas sobre a necessidade de estratégias de enfrentamento do luto para que não tenha uma possibilidade maior de um processo complicado ou prolongado. Independentemente de quais sejam as proporções dos problemas, vive-se dramas onde as possíveis consequências ainda são desconhecidas, porém potencialmente negativas, sendo elas imediatas ou, principalmente, marcas e efeitos futuros do que a pandemia deixará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa abordou questões pertinentes à vivência humana como perdas ou mortes simbólicas e os conflitos internos gerados pela pandemia da Covid-19.

Pontuados como sendo lutos gerados pela morte simbólica, contudo, é necessário ressaltar que tal abordagem foi contextualizada no ambiente pandêmico vivido desde março de 2020 até o presente momento. Desta forma, sabe-se que o tema se baseia na necessidade da busca coletiva por novos esquemas de aprendizagem sobre os mecanismos de enfrentamento e pelos desafios gerados nesses processos advindos das mortes simbólicas.

O luto é visto por muitos como algo evitável de debate, com isso gerando idealizações sobre o mesmo que apesar de serem subjetivas para cada vivência pessoal, não se deveria estigmatizar algo tão natural da experiência humana.

Podemos ver que as repercussões psicológicas, mobilizadas a partir das vivências de mortes simbólicas que a pandemia suscitou seriam principalmente os sentimentos de angústia, desamparo, medo e tristeza que podem ser recorrentes ocasionados pelo isolamento, perdas simbólicas, sensações de desamparo pelo descaso governamental.

A ausência de rituais de despedida, o medo do desconhecido entre outras situações que poderiam ocasionar um mal estar físico e psicológico, por isso, as estratégias de cuidado e autocuidado se apresentam como necessárias, servindo de instrumentos para a compreensão da própria dor e prevenção de possíveis danos psicológicos a longo prazo.

O trabalho da psicologia se faz presente e necessário, se possível tendo auxílio e cooperação da rede socioafetiva do

indivíduo, possibilitando novos esquemas de aprendizagem, autoconhecimento e cuidado.

É difícil mensurarmos as consequências sobre as experiências vividas durante a pandemia, contudo, é de suma importância criar espaços de escuta psicológica e compartilhamento para que colabore com a elaboração de tais sentimentos possibilitando que se compreenda melhor seu próprio contexto, receios, barreiras entre outros, construindo assim ferramentas de facilitação no enfrentamento da pandemia, auxiliando nos processos e repercussões psicológicas de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

BARDI, G. *et al.* “Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social”. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, vol. 4, n. 3, 2020.

BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. “Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 40, 2020.

CRUBÉZY, E.; TELMON, N. “Pandemic-related excess mortality (COVID-19), public health measures and funerary rituals”. **EClinical Medicine**, vol. 22, 2020.

FISCHER, J. **Manual de Tanatologia**. Curitiba: Editora CRP, 2007.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Editora da UFC, 2002.

FONTES, A.; HUDSON, W. *et al.* “Perdas, mortes e luto durante a Pandemia de Covid-19: uma revisão da literatura”. **Revista de Psicologia**, vol. 14, n. 51, 2020.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Editora Summus, 2021.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985.

MARTINS, K. P. H.; RABÊLO, F. C. “A escrita da história e do luto nas catástrofes coletivas”. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, vol. 11, n. 3, 2020.

MASON, T. M.; TOFTHAGEN, C. S.; BUCK, H. G. “Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions”. **Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care**, vol. 16, n. 2, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus, Painel coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/05/2023.

ORSINI, M. *et al.* “Narrativas sobre o processo da vida e da morte marginal durante a pandemia por COVID-19”. **Revista Augustus**, vol. 25 n. 51, 2020.

RAIOL, R. A. “Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19”. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 3, n. 2, 2020.

SANTANA, I. F. *et al.* “O uso da música para a regulação do estado de ânimo no período pós-COVID-19”. **Revista Música**, vol. 20, n. 2, 2020.

SAUNDERS-HASTINGS, P. R.; KREWSKI, D. “Reviewing the history of pandemic influenza: understanding patterns of emergence and transmission”. **Pathogens**, vol. 5, n. 4, 2016.

SENHORAS, E. M. “COVID-19 e os padrões das relações nacionais e internacionais”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 3, n. 7, 2020.

SILVA, R. *et al.* **Estudos qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral: Edições UVAS, 2018.

SUNDE, R. M.; SUNDE, L. M. C. “Luto familiar em tempos da pandemia da Covid-19: dor e sofrimento psicológico”. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, vol. 8, n. 3, 2020.

TRINDADE, M. C.; SERPA, M. G. “O papel dos psicólogos em situações de emergências e desastres”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 13, n. 1, 2013.

CAPÍTULO 13

Vida e Morte na Obra de Carl Rogers

VIDA E MORTE NA OBRA DE CARL ROGERS

Dorotéia Albuquerque de Cristo

Elizabete Cristina Monteiro Ribeiro

Vida e morte, limites da existência humana, um intervalo no tempo. Desde que o indivíduo nasce, já começa a morrer. O debate seria o que fazer com esse conhecimento, e como dar sentido a essa existência finita. Como projetar a existência para poder usufruir de tudo que a vida tem a proporcionar, antes do fim?

A finitude dessa existência é evidente, e a consciência dela gera no homem angústias e reflexões. Busca-se o sentido da existência dentro dessa certeza do fim. A consciência da morte faz o homem dar sentido à sua existência ou a morte faz todo projeto existencial perder o sentido?

Vida e morte são processos naturais e universais. A Psicologia discute pouco o fenômeno da morte, as maiores contribuições estão em cuidar da dor e tristeza de pessoas enlutadas pela morte de alguém próximo. Como não é comum as pessoas, psicólogos ou não, se prepararem para a finitude da vida, evita-se o debate a respeito do próprio fim.

O medo da morte é um fenômeno vivenciado com diferentes significados em cada fase do desenvolvimento humano, além de sofrer a influência da cultura em que a pessoa está inserida, e a religião de cada um.

Tem ainda a representação social da morte. Se um ser jovem ou ainda criança, morre, a tendência geral é não aceitar o fenômeno com facilidade, já que é contrário ao processo natural da vida, que

seria de nascer, crescer, envelhecer e morrer. Se um ser jovem morre, é como se algo tivesse dado errado, fracassado, e interrompido um projeto promissor de vida. Somente na velhice, a morte é aceitável, e a vida ganharia seu sentido real.

A filosofia existencial, que contribuiu com suas ideias para a psicologia humanista, trouxe a morte como tema fundamental. O existencialismo foca na existência concreta e finita. A morte é compreendida como fim da existência, das possibilidades de ser. Essa experiência da morte é transversal ao longo da existência, aproximando o homem dela a cada perda, seja de um ente querido, de um emprego, de um relacionamento, ou várias outras perdas ao longo da existência.

Essas perdas levam à angústia e à reflexão em busca de um novo sentido para a vida. A angústia de existir possibilita ao homem refletir sobre a finitude, sobre a impermanência de tudo, pois tudo é passageiro. Carl Rogers (1902-1987) foi um dos mais importantes psicólogos do seu tempo.

Numa consulta feita com psicólogos clínicos e conselheiros norte-americanos, para conhecer os terapeutas mais influentes, Rogers surgiu como o primeiro da lista. Ao longo da sua obra, falou de vida fluída, processo de crescimento e transformação, onde nada é estático. Suas contribuições para a psicologia humanista foram enriquecidas também pelo pensamento existencialista, principalmente de Sören Kierkegaard e Martin Buber, e pela teoria Organísmica, de Kurt Goldstein.

O empenho de Rogers em construir um método científico foi reconhecido com os prêmios da Associação Americana de Psicologia, por “Eminente Contribuição Científica” e “Eminente Contribuição Profissional”. Além de presidir essa mesma Associação de Psicologia (1947), foi também o primeiro presidente

da Associação Americana de Psicoterapeutas (1956) (WOOD, 2008).

Rogers (1997) relata que, ainda na infância, ele e sua família passaram a residir no meio rural, aonde o menino voltou seus interesses para o cultivo de plantas, agricultura e ciências naturais. Na juventude estudou Agricultura, aprofundando seus estudos em ciências físicas e biológicas, o que futuramente vai influenciar sua teoria, com uma abordagem mais naturalista.

Durante meus dois primeiros anos de faculdade, alterou-se meu objetivo profissional em consequência de algumas reuniões estudantis sobre religião muito apaixonadas: desisti da agricultura científica a favor do sacerdócio- uma pequena mudança! Transferi-me então de agricultura para história, julgando que esta seria uma melhor preparação (ROGERS, 1997, p. 7).

Após sua graduação, entrou para o Seminário Teológico Unido, em Nova York, em 1924, e a visão religiosa mais liberal e filosófica, adotada no espaço, contribuiu também para sua formação pessoal e profissional, além de sua concepção de vida e morte.

Em 1926, interessou-se pela Psicologia, ciência que poderia lhe proporcionar o conhecimento a respeito das questões da vida, não respondidas pela religião. Ingressa, então na Teachers College of Columbia University. Completa seu doutorado em 1931. “Eu queria encontrar um campo no qual pudesse estar seguro de que a minha liberdade de pensamento não sofreria restrições” (ROGERS, 1997, p. 9).

No início da carreira, buscou trabalhar consoante às forças dominantes presentes na Psicologia na década de 30, o Behaviorismo e a Psicanálise, privilegiando esta última. Seguindo sua máxima,

onde a experiência pessoal é autoridade suprema, Rogers percebe que as escolas psicológicas dominantes não contemplavam o poder pessoal das pessoas atendidas, seus significados e sua liberdade de escolha.

Descobre que os sujeitos têm direções próprias e são responsáveis por suas mudanças. Este processo é natural e saudável, proporcionando o enriquecimento, o amadurecimento da pessoa e sua transformação. O terapeuta seria apenas o facilitador, o cliente (e não, paciente) estaria na direção.

A partir dessa aprendizagem significativa, Rogers se afasta da Psicanálise e se aproxima do paradigma holístico, sistêmico, fenomenológico e existencial. Sua abordagem passa a ser também compreensiva e relacional.

CARL ROGERS E SUA OBRA REVOLUCIONÁRIA

Carl Rogers não foi simplesmente um psicólogo que se destacou no movimento humanista, na década de 60, e criou uma abordagem não-diretiva; foi um revolucionário, pois sua obra se caracteriza pela inovação e originalidade.

Seu trabalho, que já tinha mais de trinta anos quando se deu o movimento humanista, já trazia a possibilidade de renovar os padrões estabelecidos na ciência psicológica da época. Sua ousadia estava em propor uma abordagem que retirava do terapeuta o poder sobre o cliente.

O terapeuta passava a ser um facilitador da capacidade do cliente de se autogerir. A atitude do terapeuta tinha como base a compreensão e apreensão do mundo interno do cliente, promovendo um processo terapêutico que não retirava a autonomia e a liberdade da pessoa para fazer escolhas autênticas, em busca de sua realização

pessoal. A recepção de suas ideias foi favorável nos anos 60 e 70, considerando o espírito da época em buscar novas respostas para as questões emergentes no mundo naquele período, e que não encontravam espaço nas abordagens científicas, como psicanálise e behaviorismo.

A busca de sentido para a participação dos norte-americanos na guerra do Vietnã, era uma dessas questões. O movimento de contracultura da década de 60 foi um clima de contestação dos sistemas e valores da época. Os movimentos estudantis, hippie, o ativismo político, movimento de mulheres, de negros, oposição ao materialismo consumista, estavam na ordem do dia, questionando o sentido dos padrões rígidos de educação e uma cultura que privilegiava alguns grupos, principalmente nos Estados Unidos.

A psicologia humanista propõe falar de amor, de liberdade, autonomia, respeito, criatividade, espiritualidade e potencial humano para crescer. O foco estava na saúde, na motivação, e não na patologia. A receptividade foi imediata.

A obra de Rogers sempre foi marcada pela mudança e atualização. Sua abordagem foi dividida em fases, de acordo com a evolução de suas pesquisas: fase não diretiva; fase reflexiva (da terapia centrada no cliente); fase experiencial (da abordagem centrada na pessoa); e a fase coletiva (de grupos).

A cada avanço em suas pesquisas, novos conceitos iam sendo atualizados, e outros propostos. A mudança na denominação das fases expressa também, um movimento nos estudos de Rogers, partindo de uma proposta de atendimento psicológico clínico, para a ampliação do alcance de sua obra para outras áreas da Psicologia, como educação, grupos, organização, deixando de ser uma terapia apenas (aconselhamento e psicoterapia), para atingir outros campos, como uma abordagem (MOREIRA, 2009). Para Amatuzzi (2010), a revolução de Rogers foi muito mais ética que técnica, saindo do

pressuposto determinista das abordagens científicas (behaviorismo e psicanálise), para o pressuposto humanista da autonomia.

A abordagem proposta por Rogers confia na capacidade dos sujeitos em orientar sua própria vida de forma positiva, em busca do seu crescimento, impulsionada por uma tendência natural e realizadora, que desenvolve no organismo suas potencialidades, assegurando sua conservação e enriquecimento (tendência atualizante). Para Amatuzzi “ele não trouxe meios novos e sim fins novos. Mudança de paradigma” (p. 13).

Em sua obra “Sobre o poder pessoal”, de 1979, Rogers reconheceu o significado revolucionário de seu trabalho, porém acrescentou que se tratava de uma revolução silenciosa. Na primeira parte de seu livro já fala do impacto da abordagem centrada no contexto familiar, no casamento, no companheirismo, na administração, na educação, na busca de soluções para tensões interculturais e para o oprimido, como uma revolução silenciosa.

Talvez a grande inovação de Rogers nessa obra seja uma nota especial já na apresentação. Afirma que esteve confuso com o problema dos pronomes “ele- ela”. Se diz solidário com o ponto de vista de que as mulheres são sutilmente rebaixadas quando alguém, ao dirigir sua fala a um membro da espécie humana, usa o pronome masculino. Resolveu, então, inovar no seu livro, com uma nota especial, nos pré-textos:

[...] em um capítulo, todas as referências gerais a membros da nossa espécie são colocadas em termos femininos – no capítulo seguinte, em termos masculinos. Assim, o primeiro capítulo apresenta pronomes femininos, quando a referência for geral; o segundo capítulo apresenta pronomes masculinos, com o mesmo propósito, alternando-se dessa forma

em todo o livro. É a melhor solução que pude encontrar para satisfazer os meus dois propósitos: objetivo igualitário e desejo de ser convincente (ROGERS, 2001).

Fecha o livro apresentando uma pessoa emergente, como a ponta de lança da sua revolução silenciosa. Outra grande revolução de Rogers está no âmbito da educação, ao propor que o educador seja o facilitador de uma aprendizagem significativa. O facilitador compartilha com os alunos, com os pais e com a comunidade, a responsabilidade pelo processo de aprendizagem. Ele utiliza como recursos de aprendizagem sua própria experiência, além de livros, materiais e experiências da comunidade.

O aluno é quem desenvolve seu próprio programa de aprendizagem, sozinho ou em cooperação com outros. A avaliação da extensão e significado da aprendizagem de cada aluno é feita primeiramente pelo próprio estudante, enriquecida pelo feedback dos outros alunos e do facilitador. “Deste modo, um curso é considerado bem-sucedido não quando o aluno “aprendeu tudo o que ele precisa aprender”, mas quando realiza um progresso significativo ao aprender como aprender o que ele quer saber” (ROGERS, 2001, p. 84).

Com vastas pesquisas e contribuições para a melhoria da comunicação interpessoal e intercultural, já era esperado que sua influência tivesse longo alcance. Em 1987, seu nome figura entre os indicados ao Nobel da Paz, por sua atuação como facilitador com líderes internacionais.

Naquele ano, o mesmo de seu falecimento, não ganhou o Nobel, porém deixou seu importante legado para a humanidade. Na última obra “Um jeito de Ser”, publicada em 1983, fala dos fundamentos de sua abordagem, do seu trabalho com grupos, da vida e da morte.

VIDA E MORTE NA OBRA DE CARL ROGERS

Luís Claudio Figueiredo, no seu livro “Matrizes do Pensamento Psicológico” (2008), divide o pensamento psicológico em duas grandes matrizes, as científicas, e as românticas e pós-românticas. Dentre as românticas e pós-românticas, encontramos outras duas submatrizes, a vitalista e naturista, onde se encontra a Abordagem Centrada na Pessoa e a Gestalt-terapia; e as compreensivas, onde estão as fenomenológicas- existenciais.

As abordagens vitalistas e naturistas teriam absorvido tudo que ficou excluído das científicas, como a criatividade e a espiritualidade, porém mantém a primazia da *Vida*, e não da razão. Virgínia Moreira (2009), no entanto, afirma que Figueiredo se dirige a essas abordagens com uma pitada de ironia, comparando a abordagem Centrada com uma seita, por priorizar a espiritualidade e a intuição, ou com uma prática psicológica do senso comum, onde o terapeuta seria uma espécie de guru, trazendo soluções fáceis para os problemas humanos.

Talvez o autor tenha dificuldade em compreender o paradigma organísmico na obra de Rogers, e a dimensão que dá ao poder pessoal habitado no homem. Castelo Branco (2019) numa perspectiva internalista e externalista a Rogers nos convida a refletir sobre o pensamento Rogeriano tanto a partir de sua obra, como das fontes teóricas, científicas e culturais que influenciaram o próprio Rogers.

Na contramão do posicionamento de Figueiredo (1991) amplia o olhar a respeito da ACP, e por meio de suas pesquisas, descortina em Rogers, o rigoroso cientista, o intelectual articulado e antenado com as transformações de seu tempo, nos convidando a atentar para os contornos de suas ideias em cada cultura ou região que sua abordagem esteja difundida.

Para Castelo Branco (2022) é importante considerar os dois legados de Rogers: O científico, referente à pesquisa clínica e intervenção, que sedimenta o caminho da pesquisa de seus colaboradores, tanto na Europa, como nos Estados Unidos, e que também inspirou estudos em outras abordagens, como a Análise funcional do Comportamento; e outro, extra-acadêmico, de intervenção relacional, que se estende às perspectivas individual, grupal e educacional, indo além de uma clínica tradicional, com foco na experiência, com o enfoque experiencial relacional, transpondo o contexto acadêmico.

Este último muito mais disseminado no Brasil principalmente após as visitas de Rogers, ocasião em que já dialogava com outros saberes como o paradigma holístico e o sistêmico, bem como a aproximação com outras áreas de conhecimento como a Química, a Biologia e a Física Moderna.

Em sua obra “Um jeito de ser” (1983), Rogers apresenta de forma mais clara a influência da Biologia e da Física em sua teoria. O que chama de tendência formativa, seria uma tendência universal de todo organismo que conhecemos, de surgir de uma forma mais simples em direção a outra mais complexa. A vida é um processo ativo, não passivo, não importando se as condições são favoráveis ou não, ou que o estímulo venha de dentro ou de fora.

É um processo vital, em que o organismo estará voltado para sua manutenção, crescimento e reprodução, em que contexto for. Ela está em todas as ações e situações, tanto no nível físico, quanto no psicológico, social e espiritual. Os organismos estão em direção, inerentemente, ao crescimento e à maturidade. Só a ausência ou presença desse processo direcional pode nos dizer que o organismo está vivo ou morto (ROGERS, 1983).

Em 1978, Rogers, em uma publicação no *Journal of humanistic Psychology* explica que a tendência abrange o nível dos

cosmos e da ecologia, e atua até no inorgânico. Buscando ilustrar e aprofundar sua teoria, Rogers refina os conceitos elaborados por Szent- Gyoergiy (sintropia), de que todo organismo vivo tende à complexidade e à ordenação de forma crescente, e por Ilya Prigogine (entropia), em que os elementos universais, orgânicos e não orgânicos, tendem a uma deterioração caótica. Ou seja, os organismos têm presentes dois movimentos, os de crescimento e de deterioração (CAVALCANTE, 2008).

Para Rogers, a tendência formativa é universal, porém, no ser humano, a tendência é chamada de atualizante, porque integra outras características próprias do homem, como os aspectos psicológicos e sociais, tais como a liberdade, a autonomia e a autocompreensão, ausentes no resto do universo. Ao afirmar essa interligação da personalidade com uma tendência universal, Rogers insere sua obra em uma nova visão holística, cosmológica e organísmica, dentro de um novo paradigma científico, quântico e orgânico.

Considerando a relação da teoria de Rogers e sua abordagem humanista, pode-se afirmar que, quanto mais uma pessoa consegue se implicar de forma genuína com suas experiências organísmicas, mas terá condições de potencializar seus recursos para seu crescimento e atualização, resolvendo seus problemas de forma eficaz, de acordo com o que é mais autêntico em seu organismo.

A vida é um processo que flui, onde não há nada de fixo. Rogers concebe o organismo como um sistema aberto e vivo em crescimento, onde o centro da vida do ser humano não é a pessoa, é a vida, e o centro da pessoa, seria o fluxo da vida (CAVALCANTE, 2008).

Acho que se vivesse de modo estático, estável, pronto, seria um morto-vivo. Assim, aceito a confusão, a incerteza, o medo e os altos e baixos emocionais porque são o preço que quero pagar para

ter uma vida estimulante, fluente e perturbadora (ROGERS, 1983, p. 29).

Castelo Branco (2012) evidenciou o quanto Rogers desenvolveu um grande percurso científico, onde suas ideias passaram por amplas pesquisas. O autor nos traz que em Rogers o organismo é guiado pelo fluxo evolutivo das tendências formativa e atualizante, e a consciência, simbolização ou percepção, surge como uma das funções humanas mais desenvolvidas.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a noção basilar da teoria de Rogers é a de organismo, pois é através dele que a pessoa entra em relação com o mundo. O organismo inclui tudo relacionado às vivências, à sua totalidade, como as sensações, emoções e percepções, dentro de um dado contexto.

O organismo seria autônomo em relação às determinações do meio, tende à unidade em relação a si e ao ambiente. A consciência é a simbolização do que é vivenciado. A tendência atualizante é uma força vital que impulsiona o organismo para que realize suas potencialidades, mantendo sua homeostase e ampliando seu potencial (BRANCO, 2012).

Exemplificando em si mesmo sua teoria, Rogers fala do seu processo de crescimento e envelhecimento (Crescer envelhecendo ou envelhecer crescendo?), assim como faz uma reflexão a respeito da morte, na sua última obra “Um Jeito de Ser” (1983).

Com 78 anos, falava que sentia sua degeneração física. Já não conseguia realizar atividades que eram fáceis há dez anos, por ter várias limitações da idade, como uma artrite. A lenta degeneração, deu lugar a dificuldades visuais, distúrbios na batida do coração, e que lhe comunicavam que seu corpo não duraria para sempre. Ainda assim, reconhecia que seu físico ainda era capaz de pequenas tarefas, como andar na praia, cozinhar, lavar pratos e até carregar sua

bagagem. Ainda tinha os mesmos interesses sexuais que tinha aos 35 anos, porém, já não tinha o mesmo desempenho. Tinha consciência da velhice, porém sob vários aspectos, ainda era a mesma pessoa, nem velha, nem jovem.

Apesar da idade, estava plenamente ativo, iniciando novas empreitadas, como novos projetos e até viagens, como a que fez ao Brasil, suportando um voo de 15 horas, apesar das limitações físicas, para preparar novos facilitadores em *Workshops*.

Até então, jamais fizera uma viagem tão longa que tivesse sido tão proveitosa. Aprendi muito, e não há dúvida de que tornamos possível a criação de um clima facilitador de todo tipo de coisas criativas nos níveis pessoal, interpessoal e grupal. Acredito que deixamos uma marca no Brasil, e o Brasil certamente nos transformou a todos. Certamente ampliamos a nossa visão sobre o que pode ser feito em grandes grupos (ROGERS, 1983, p. 21).

Rogers destaca que em dez anos (dos 65 aos 75 anos), produziu bastante, publicou quatro livros, quarenta textos menores e vários filmes. Também conseguiu ressignificar a importância do autocuidado, já que nos anos anteriores, quando mais jovem, cuidava mais dos outros que de si mesmo.

Nesse período do envelhecimento, abandonou algumas responsabilidades, menos a responsabilidade de ser ele mesmo. Passou a cuidar melhor do corpo e a atender suas necessidades psicológicas. Também deixou de querer resolver tudo sozinho e passou a valorizar o pedido de ajuda, quando necessário.

A passagem do tempo e o crescimento ao longo dos anos, permitiu que Rogers ficasse mais aberto ao novo, principalmente em relação às habilidades psíquicas das pessoas e aos poderes

psicológicos. Isso passa a ser um divisor de águas em suas obras, pois nesse momento, descobre que os seres humanos potencialmente dispõem de uma gama enorme de poderes intuitivos.

Poucos estudiosos adentram esses conhecimentos sem um pingo de preocupação quanto à interpretação que será dada aos seus estudos. Rogers afirmava que estava aberto a fenômenos espirituais misteriosos, tais como, a telepatia, premonição, clarividência, e até mesmo experiências que se dão fora do corpo.

Como esses, até hoje, são fenômenos estudados pela Parapsicologia, considerada uma pseudociência, ele podia ser mal interpretado, porém, pode-se dizer que, com a proximidade da aposentadoria e da morte, Rogers passou a se sentir mais livre para ser ele mesmo, e compartilhar suas experiências profundas e novos aprendizados.

Também se sentia mais próximo das pessoas, e mais aberto para a intimidade e para o amor com elas, compartilhando experiências e se sentindo mais preparado para tocar e ser tocado fisicamente pelas pessoas.

Quando menino fui um pouco doentio, e meus pais me contaram que havia uma previsão deque eu morreria jovem. Esta previsão mostrou-se totalmente falsa, num certo sentido, mas profundamente verdadeira em outro. E correto afirmar que jamais viverei para ser velho. Por isso, atualmente concordo com essa previsão: acredito que morrerei jovem (ROGERS, 1983, p. 29-30).

Em “Reflexões Sobre a Morte”, Rogers declarava que pouco pensava sobre a morte, apesar da idade. Encarava a morte com um fim, mas não via isso como algo trágico, ou assustador, como



algumas pessoas consideram e, por isso, a temem. Como tudo no universo, o homem também degenera e morre, é um processo natural. Como havia vivido de forma plenamente satisfatória durante todos aqueles anos, via como natural que sua vida tivesse fim.

Também refletia que aspectos seus continuariam em desenvolvimento sob várias outras formas. Como a morte seria um salto no escuro, e um fim de tudo, inclusive das dores, seu medo, como da maioria das pessoas, era com as circunstâncias em que se daria sua morte, tinha pavor de doença longa e penosa. Apesar de, naquele momento, encarar a morte como um fim, sua perspectiva a respeito desse fim havia mudado a partir de experiências vividas naqueles últimos anos, e de estudos para os quais foi apresentado e inclinou seu interesse.

Rogers foi afetado por investigações sobre experiências de quase morte (EQM), reencarnação, vida após a morte, e a concepção de Arthur Koestler, que afirma que nossa consciência individual não passaria de um fragmento da consciência cósmica, que seria reabsorvido por ela depois da nossa morte. Por fim, Rogers considerava a morte uma abertura para a experiência. “Ela será o que tiver que ser, e estou certo de que a aceitarei, quer ela seja um fim, quer uma continuação da vida” (p. 29).

Em 1979, sua esposa Helen morre após uma doença longa. Em decorrência desse fenômeno, Rogers mergulha mais ainda no estudo da dimensão espiritual, que já chamava sua atenção antes, buscando a comunhão com o universo e a transcendência. Em março de 1979, dezoito meses antes da passagem de sua esposa, Rogers passou por uma experiência marcante e que mudaria muito do que antes pensava a respeito da passagem da vida para a morte.

Helen, sua esposa, era bastante cética em relação à imortalidade e à fenômenos psíquicos, porém, próximo da morte, aceitou consultar uma médium, que nada cobrou pela consulta.

Durante a experiência, fez “contato” com uma irmã falecida, onde a médium narrou fatos que eram desconhecidos para ela (médium). Rogers ainda presenciou fenômenos psicocinéticos, como movimentos das mesas e, ouviu de Helen relato sobre visões e sonhos com pessoas de sua família, o que a fazia acreditar que seria bem recebida “do outro lado”.

Quando estava próxima a partida de sua esposa, Rogers sentiu uma agitação estranha. Decidiu ir ao hospital, e disse palavras de agradecimento por ter compartilhado com ele sua vida, que tinha a amado muito, e mesmo já tendo dito isso outras vezes, naquele momento teve uma sensação de intensidade e sinceridade, diferente das anteriores.

Disse a ela, também, que não se obrigasse a viver, que tudo estava bem, e que se sentisse livre para viver ou morrer, como ela desejasse. Ele considerou, naquele momento, que suas palavras a teriam libertado da ideia de que deveria viver para os outros. Ao sair, soube depois, que Helen chamou as enfermeiras, agradeceu e lhes disse que ia morrer. Pela manhã, entrou em coma, e partiu no dia seguinte, diante de Rogers, filha e amigos.

Após esses fenômenos, Rogers passou a ficar mais aberto à hipótese da continuação do espírito humano, o que antes seria, para ele, inconcebível. Após a morte de Helen, viu a possibilidade de que cada um de nós seja uma essência espiritual contínua, que se mantém através dos tempos e que ocasionalmente se encarna num corpo humano.

Todas essas aprendizagens e publicações corajosas de Carl Rogers nos permite compreender o quanto suas referências estavam voltadas para suas experiências, e não de teorias que não falavam ao seu íntimo de forma genuína. De acordo com suas palavras, “a nossa experiência é a autoridade suprema”, as aprendizagens significativas são adquiridas pela pessoa em ação. Rogers havia definido a

aprendizagem como uma “*insaciável curiosidade*” inerente ao ser humano (ROGERS, 1983). Carl Rogers faleceu em San Diego, Califórnia, Estados Unidos, no dia 4 de fevereiro de 1987, depois de permanecer três dias em coma, após sofrer uma queda. Como havia deixado instruções para não permanecer nesse estado, os médicos desligaram os aparelhos que o mantinham vivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ideias de Rogers, a princípio, foram recebidas com certa desconfiança no meio científico, já que retirava a superioridade do terapeuta na relação, transpondo para uma relação de pessoa-pessoa. Sua importância na ciência, enquanto teoria válida, se deu a partir da sua prática, com uma abordagem comprovadamente eficaz. O destaque fica para a qualidade da relação, permeada por condições facilitadoras para a transformação e mudança do autoconceito.

Em Rogers, a experiência é a autoridade máxima, suprema, e isso significa dizer que nada que aconteça fora dessa experiência singular e poderosa tem valor para a pessoa. O significado que a vida e morte tem para cada pessoa, é digno de aceitação e compreensão.

A experiência, aqui, trata-se de um processo organísmico (biopsicosocioespiritual) fluído, presente, pré-conceitual, podendo trazer múltiplas e mutáveis significações, com ou sem simbolização, que fazem sentido à pessoa, por isso mesmo não se fixa a nenhum conceito ou ideia externa ao que é sentido. Esse processo está constantemente aberto a novas simbolizações, novas experiências, e até a novos conceitos, que fazem sentido a pessoa num dado momento.

Talvez esteja aqui sua maior inovação, privilegiar a experiência organísmica, a totalidade. Nem toda mudança de

autoconceito está atrelada à razão, ao conteúdo, à simbolização. A autorrealização não se trata de um momento estático, é um processo experiencial, um processo de autoaceitação e maior abertura à experiência.

Corroborando sua teoria, Rogers sempre esteve aberto ao novo e às novas influências científicas, históricas e culturais. Com sua obra revolucionária, adotou posturas transformadoras, não só a nível pessoal, como a nível dos grupos e das comunidades. Rogers contribuiu para pensar a vida como uma experiência fluída e constante, potencialmente disponível à consciência, representando todos os fenômenos simbolizados e potencialmente simbolizados. A vida é movimento processual de transformação e atualização.

Para Rogers, a morte, como tudo no universo, é um processo de mudança, com o fim do processo que conhecemos como vida corpórea, e transformação para outras possibilidades, ainda não acessíveis à nossa consciência presente. Assim, considerou a morte como uma abertura para a experiência, e ela será o que tiver que ser.

Longe de pretender trazer respostas prontas, este texto procura contribuir para manter aberto um campo que envolve discordâncias, conflitos, com várias questões a serem debatidas, e que, mesmo fazendo parte da nossa existência, envolve vários significados e pontos de vista possíveis. Rogers trouxe contribuições necessárias para esse debate, considerando a importância de sua obra, seu prestígio, e a relevância de seus estudos para a evolução da Psicologia.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. **Rogers**: ética humanista e psicoterapia. Campinas: Editora Alínea, 2010.

CASTELO BRANCO, P. “As pesquisas clínicas coordenadas por Carl Rogers: apontamentos metodológicos e repercussões”. **Revista Psicologia e Pesquisa**, vol. 16, n. 2, 2022.

CASTELO BRANCO, P. “Revisão dos aspectos monoádicos da teoria de Carl Rogers à luz da fenomenologia social”. **Revista do NUFEN**, vol. 4, n. 2, 2012.

CASTELO BRANCO, P. **Fundamentos epistemológicos da abordagem centrada na pessoa**. Rio de Janeiro: Editora Via Verita, 2019.

CAVALCANTE JR, F. S.; SOUSA, A.F. **Humanismo do funcionamento pleno: tendência formativa na abordagem centrada na pessoa- ACP**. Campinas: Editora Alínea, 2008.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

MOREIRA, V. “A Gestalt-terapia e a abordagem centrada na pessoa são enfoques fenomenológicos?” **Revista da Abordagem Gestáltica**, vol. 15, n. 1, 2009.

ROGERS, C. R. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: Editora EPU, 1983.

WOOD, J. K. **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: Editora da UFES, 2008.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Agatha Cristina Bitencourt Ribeiro é graduada em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Forense e Tanatologia. E-mail para contato: agatha_letici@hotmail.com

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

Ana Carolina Peck Vasconcelos é professora da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Graduada e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: carolinapeck@gmail.com

Arthur Elias Silva Santos é professor da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Graduado e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: arthuressantos@gmail.com

Bárbara Araújo Sordi é professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: barbarasordi@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Bruna Katiara Soares Costa Cordeiro é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia; e, Saúde Mental e Coletiva. E-mail para contato: brunnakatiara@gmail.com

Caroline Carmona Vasques Mata é professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail para contato: carolinecarmonavm@gmail.com

Daniel Castro Silva é graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pós-graduando em Psicologia em Saúde pelo Instituto Líbano. E-mail para contato: dancastros26@gmail.com

Débora Amaral D'Paula é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia; e, Saúde Mental e Coletiva. E-mail para contato: debora.dpaula@uft.edu.br

Débora Sampaio Martins é professora da Rede Pública Municipal de Imperatriz (MA). Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST). E-mail para contato: deborasampaius@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Denise Machado Duran Gutierrez é professora da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutora em Saúde da Mulher e da Criança pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail para contato: ddgutie@ufam.edu.br

Dirlen Guerreiro dos Santos é graduada em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Pós-graduanda em Psicologia Jurídica pelo Instituto Fortiori. E-mail para contato: dirlen.santos.1991@gmail.com

Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti é graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Martha. E-mail para contato: djuliane.rosseti@gmail.com

Dolores Cristina Gomes Galindo é professora da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutora em Psicologia Social pela Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: dolorescristinagomesgalindo@gmail.com

Dorotéia Albuquerque de Cristo é graduada em Psicologia. Professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: dot.cristo@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Edcarlos Alfaia Galeno Barbosa é analista de Psicologia na Defensoria Pública do Estado de Rondônia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail para contato: edcarlos-alfaia01@hotmail.com

Elenilde Lucena de Souza Martins é psicóloga da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Educação do Estado do Pará. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: lucenaelenilde@gmail.com

Elizabeth Cristina Monteiro Ribeiro é professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: elizabeth@hotmail.com

Ellen Aguiar da Silva é graduada em Pedagogia. Especialista em Educação Infantil. Mestre em Psicologia. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: ellenaguiar@ufpa.br

Elói Martins Senhoras é docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e pesquisador do *think tank* IOLEs. Graduado em Economia, Política e em Geografia. Doutor em Ciências. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Felipe Freitas de Sampaio é graduado e mestre em Filosofia. Doutorando em Psicologia Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professor colaborador na Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail para contato: felipesampaiodefraitas@gmail.com

Fernanda Bottari Lobão dos Santos é professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email para contato: fernandablobao@gmail.com

Flávia Cristina Silveira Lemos é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em História pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

Hanna Izabel Ferreira Marçal é psicóloga da Secretaria Municipal de Rio Branco (AC). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail para contato: hannamarcal@gmail.com

Hebe Signorini Gonçalves foi professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicóloga e doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). (*In memoriam*).

SOBRE OS AUTORES

Igor do Carmo Santos é conselheiro do Conselho Regional de Psicologia de Belém (PA). Mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: igorsanp@gmail.com

Isabelle Laís Araújo da Costa é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia; e, Saúde Mental e Coletiva. E-mail para contato: isabelle.lais.araujo@gmail.com

Jamile Luz Morais Monteiro é professora da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: jamile@uft.edu.br

Joana Maria Veiga de Lima é graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Saúde Pública; e, Psicologia da Saúde e Hospitalar. E-mail para contato: joanamlima2020@gmail.com

Jureuda Duarte Guerra é presidente do Conselho Regional de Psicologia de Belém (PA). Mestra em Psicologia Social e Clínica pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: jureuda@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Larissa Azevedo Mendes é membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: larissaamendes@hotmail.com

Leandro Passarinho Reis Júnior é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: lpassarinho28@gmail.com

Lêda Lessa Andrade Filha é professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail para contato: lesalessa@bahiana.edu.br

Leila Cristina da Conceição Santos Almeida é professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: leilacsalmeida@gmail.com

Letícia Marlene dos Santos Figueiredo é graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: leticia.figueiredo@ifch.ufpa.br

SOBRE OS AUTORES

Linda Carolina Fima de Miranda é graduada em Psicologia. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Estadual do Pará (UFPA). E-mail para contato: linda.fima@gmail.com

Lucas de Almeida Modesto é psicólogo. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: psilucasmodesto@gmail.com

Lucíola Santana Pastana Silva é graduada em Psicologia. Especialista em Gestalt-Terapia. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: luciolasantanapa@gmail.com

Márcio Bruno Barra Valente é psicólogo. Graduado, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica. E-mail para contato: barra_valente@yahoo.com.br

Mariana Oliveira da Silva é pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho na Amazônia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail para contato: mari.ane.crato@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Melina Navegantes Alves é graduada em Psicologia. Pós-graduanda em Saúde Mental. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UPFA). E-mail para contato: melinanavegantesalves@gmail.com

Niamey Granhen Brandão da Costa é professora da Universidade Federal do Pará (UPFA). Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UPFA). E-mail para contato: ngranhen@yahoo.com.br

Nivia Pinto Costa é sargento do Exército Brasileiro. Graduanda em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica. E-mail para contato: costa_nivia@yahoo.com.br

Paula Silva Moreira é bacharel em Terapia Ocupacional. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UPFA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia da Saúde. E-mail para contato: paula.moreira@cameta.ufpa.br

Pedro Paulo Freire Piani é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: pedropiani@ufpa.br

SOBRE OS AUTORES

Rayara Lourdes Lima Lopes é graduada em Psicologia. Pós-graduanda em Psicologia Perinatal e Obstétrica pelo Instituto Suassuna (IS). Área de interesse de pesquisa: Psicologia da Saúde. E-mail para contato: Rayaralimalopes@gmail.com

Ricardo Monteiro Guedes de Almeida é professor da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: ricardo.almeida@uft.edu.br

Roberta Castro Campos Borba é psicóloga da Prefeitura de Imperatriz (MA). Mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: robertaborbapsi@gmail.com

Silvanie Campos de Souza é psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Mestre em Educação. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: silvaniecamposdesouza@gmail.com

Suellen de Souza Ramos é graduanda em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica. E-mail para contato: ramossuh7@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Tainá Cardoso Oliveira é graduada em Psicologia. Pós-graduanda em Clínica Psicanalítica Lacaniana pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (ESPE), nas áreas da Psicologia e Educação. E-mail para contato: taina.cardoso.oliveira@gmail.com

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schindwein é professora da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). E-mail para contato: vcastel@unir.br

Vanessa Queiroz Ferreira Guimarães é graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva. E-mail para contato: vanequeiroz@yahoo.com.br

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 PARA 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



