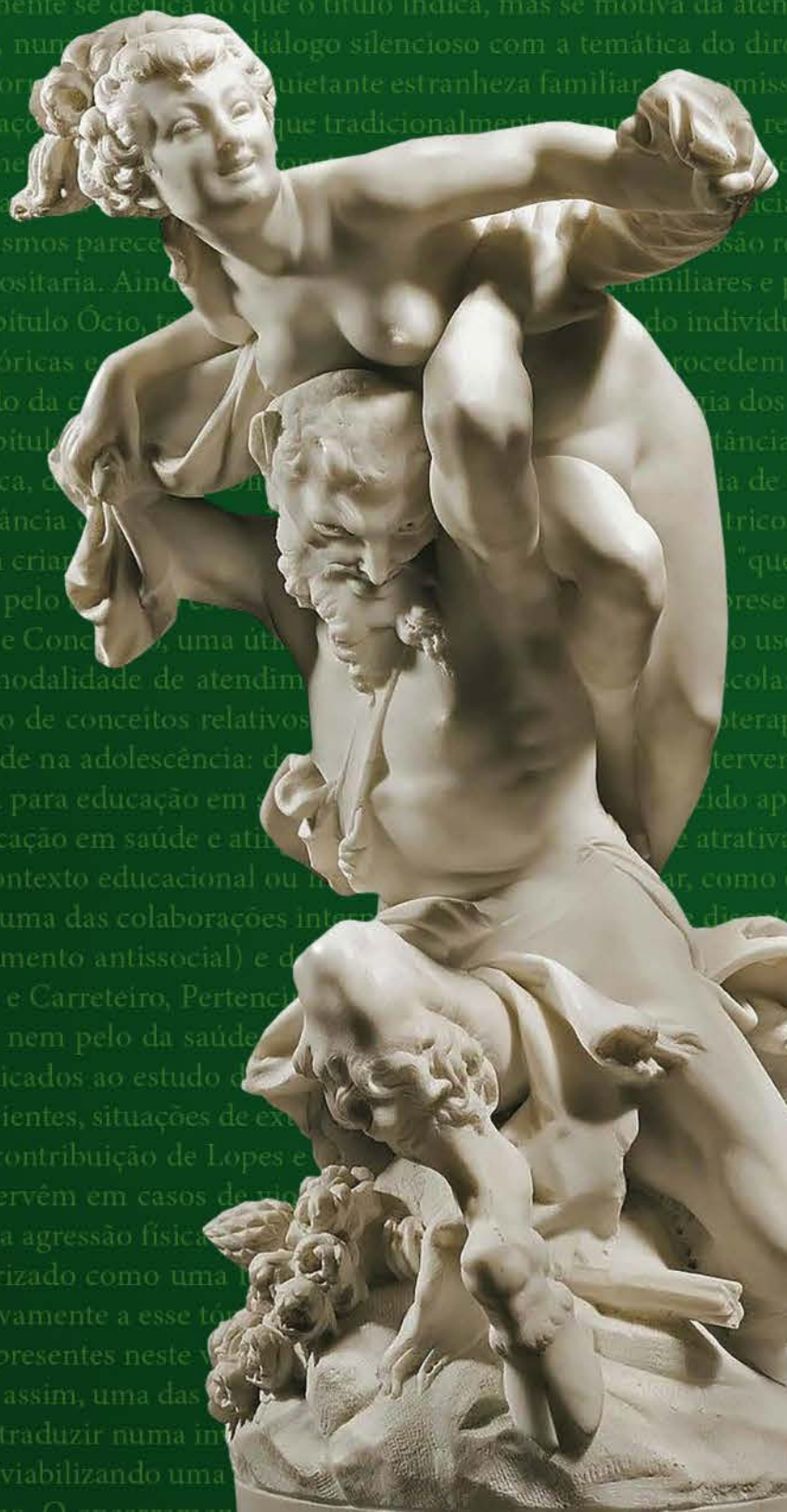
Coleção Psicologia Clínica e Cultura - UnB

Psicologia clínica e cultura contemporânea volume 4



Organizadoras

Carla Antloga

Katia Tarouquella Brasil

Silvia Renata Lordello

Mauricio Neubern

Elizabeth Queiroz

TECHNOPOLITIK

Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

REITORA
Márcia Abrahão Moura

DECANA DE PÓS-GRADUAÇÃO
Adalene Moreira Silva

DIRETORA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Wânia Cristina de Souza

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
Eliane Maria Fleury Seidl

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA
Valeska Zanello

Carla Antloga
Katia Tarouquella Brasil
Silvia Renata Lordello
Mauricio Neubern
Elizabeth Queiroz
(Organizadores)

Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4

Brasília

2019

TECHNOPOLITIK

Technopolitik - Conselho Editorial
Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília
Antonio Nery Filho - Faculdade de Medicina/Universidade Federal da Bahia
Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe
Eroy Aparecida da Silva - Afip/Universidade Federal de São Paulo
Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás
Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
Maria Fátima Olivier Sudbrack – Universidade de Brasília
Maria Inês Gandolfo Conceição – Universidade de Brasília
Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília
Raquel Barros - ONG Lua Nova
Telmo Ronzani – Universidade Federal de Juiz de Fora

Capa: **Ninfa e Sátiro**, de Albert Ernest Carrier Belleuse, escultor francês do século XIX, por Paulo Roberto Pereira Pinto/Ars Ventura Imagem & Comunicação.

Projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik.

P974 Psicologia clínica e contemporânea, 4 / Organização Carla Antloga...[et al.] ,–Brasília, DF : Technopolitik, 2019.

594 p. : il.

Texto de vários autores.
eBook (PDF)
ISBN 978-85-92918-39-2

1. Psicologia clínica. 2. Cultura contemporânea. 3. Conjugalidade, psicologia. 4. Psicoterapia feminista. 5.Guarda compartilhada, pais e filhos. 6. Psicologia e saúde. 7. Violência e sexualidade. I. Antloga, Carla (Org.). II. Brasil, Katia Tarouquella (Org.). III. Lordello, Silvia Renata (Org.). IV. Neubern, Mauricio (Org.). V. Queiroz, Elizabeth (Org.).

CDU 159.9

Ficha catalográfica elaborada por Iza Antunes Araujo CRB1-079

Technopolitik (MEI) CNPJ 25.211.009/0001-72 **ISBN 92918**
Maurício Galinkin, editor
Tel: (61) 98407-8262.
Correio eletrônico: editor@technopolitik.com
Sítios eletrônicos na internet: http://www.technopolitik.com.br e http://www.technopolitik.com

Prefácio

Apresentar uma obra cuja intenção é transmitir a identidade de um Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGPsiCC) é um desafio. Isso porque um dos pontos fortes desse programa, destacado em avaliações da Capes, é a sua diversidade. Essa coletânea pretende celebrar mais um ano de existência do PPGPsiCC com uma mostra do que tem constituído a trajetória de pesquisa deste grupo de professores, pós-graduandos, egressos e suas parcerias nacionais e internacionais.

Ao apreciar os capítulos, o leitor perceberá aspectos identitários relevantes do programa. O primeiro deles é a abrangência de abordagens em psicologia clínica, com temáticas amplas, capazes de expressar a reflexão epistemológica e metodológica que norteia o PPGPsiCC. Isso resulta no compromisso com a inserção social revelada pela constante articulação entre as intervenções clínicas e as demandas da sociedade.

Outro aspecto a ser considerado é o processo que está por trás de cada produção. É importante entender a origem dos textos, que são resultados de projetos de pesquisas congruentes com as linhas do PPGPsiCC e que, sem exceção, pretendem compartilhar saberes que ilustram a responsabilidade em transformar realidades, articulados com os objetivos de uma universidade pública, gratuita e de qualidade, em seus pilares de ensino, pesquisa e extensão. Há também, nesse processo, uma partilha da maturidade acadêmica dos docentes e autores, que está representada em seus diferentes percursos de

formação, mas virtuosos em sua capacidade de compor parcerias complementares e muito frutíferas em prol da produção científica de qualidade.

As parcerias internacionais também retratam, com muita honra, o incessante movimento do PPGPsiCC em busca de uma articulação constante com outras comunidades, o que permite olhar para nossas práticas de forma crítica e reflexiva. Fica nítido o caráter interdisciplinar e contextual dessas colaborações, que problematizam realidades e acentuam o movimento que dá nome ao programa: uma Psicologia Clínica articulada com cenários culturais múltiplos, que conversam entre si e promovem outras leituras das conjunturas nas quais o fazer psicológico se estabelece.

A inserção social também se mostra presente na obra, na perspectiva das temáticas abordadas, que em comum mostram o propósito de produzir um olhar investigativo sobre a própria práxis e que difundem intervenções a partir das necessidades avaliadas pelos atores envolvidos. A oposição a modelos prontos dá lugar a robustas investigações autorais, nas quais se valoriza a comunidade como protagônica e partícipe no processo de produzir ciência. Os capítulos também mostram a face autoquestionadora do PPGPsiCC, que não se pretende soberbo em suas produções, combatendo verdades absolutas e trazendo ao leitor a autorrevelação sobre os questionamentos que se dirigem também ao seu próprio desenvolvimento em sua identidade formadora e científica.

Para fins didáticos, foram organizados blocos temáticos que passam a ser aqui apresentados. É importante ressaltar que tal organização resulta de um esforço em apresentar um escopo de temas diretamente ligados às linhas de pesquisa do programa e, principalmente, de valorizar os frutos das parcerias internacionais estabelecidas. Nesse sentido, algumas experiências poderiam ser representativas de outras seções, mas ênfase foi dada ao processo de internacionalização em curso, congruente com a demanda colocada às universidades federais.

O livro inicia-se com a seção “Psicologia Clínica e os Desafios da Atualidade”. Os capítulos abordam análises críticas da conjuntura atual e

dialogam com o leitor de forma a envolvê-lo no debate. A seção representa um convite à construção de problematizações necessárias sobre temas de pesquisa desafiadores, como realidade brasileira e práxis psicossocial, diferentes configurações de conjugalidade vividas na atualidade e a importância da hipnose para a psicologia clínica. A seção insere também capítulos sobre a psicologia clínica articulada com a psicanálise e com a socioeducação, além de uma revisão narrativa sobre superendividamento como fenômeno interdisciplinar e multicausal. Nesta seção o conjunto dos capítulos apresenta discussões fortemente embasadas em um olhar crítico de uma psicologia clínica articulada com o contexto social contemporâneo.

A segunda seção é composta por capítulos que integram o tema "Mulheres e Violências de Gênero". Esse tema é muito caro ao PPGPsiCC por ser um fio condutor que articula diferentes linhas de pesquisa e que contempla temáticas de grande relevância social. Os capítulos versam sobre psicoterapia feminista, guarda compartilhada sob a ótica feminista, o trabalho pioneiro com a caracterização de ofensores sexuais e seu atendimento em uma unidade de saúde pública, a experiência de ressocialização de uma detenta em regime semiaberto e a invisibilidade de mulheres no trabalho de limpeza em instituição de ensino superior. A seção privilegia um olhar problematizador sobre conteúdos contemporâneos e propõe um debate que permite descortinar argumentos mitificados, com a oportunidade de clarificá-los à luz de intervenções com populações invisibilizadas socialmente. Os resultados revelam a importância de pesquisas que se voltem para a compreensão de fenômenos complexos relevantes para a formulação de políticas públicas, além da discussão de gênero tão necessária à ciência.

A terceira seção, intitulada "Saúde Mental: Perspectivas Clínicas" é constituída por capítulos que remetem à interlocução da clínica com a cultura, no campo da saúde mental, tratada em diferentes perspectivas teóricas. Os capítulos reunidos nessa seção discutem a crise de sentido, ideação suicida e crise psíquica grave na perspectiva fenomenológico-existencial, as implicações clínicas dos traços patológicos de personalidade, os dispositivos clínicos de cuidado e

socioeducação, os determinantes psicossociais da violência no namoro e intervenções preventivas e, por fim, o comportamento suicida entre idosos e políticas públicas de saúde. A forma como essa seção é composta permite ao leitor ter acesso a um espectro ampliado de perspectivas na saúde mental, que expressam a abrangência de cenários e contextos nos quais essa discussão se mostra necessária.

"Psicologia e Saúde" é o tema da quarta seção, que ilustra uma linha de pesquisa de grande relevância para o PPGPsiCC. Os capítulos dessa seção têm como principal marca o caráter propositivo de suas investigações, que versam sobre o percurso da educação interprofissional na formação em saúde, o desenvolvimento de tecnologias sociais em saúde da mulher com intervenções grupais voltadas às gestantes, e a pesquisa-intervenção cartográfica como interface entre psicologia e saúde coletiva. A necessidade de contribuir para a qualificação dos serviços de saúde de forma a garantir o cuidado centrado no usuário, considerando as necessidades de saúde da população e de formação profissional, em consonância com as políticas nacionais de Educação e Saúde, tem demandado dos pesquisadores estudos que norteiem ações para o trabalho colaborativo e para novas formas de implementação e avaliação de serviços. Os textos apresentados nessa seção ampliam a visão do leitor sobre o sistema de saúde, suas demandas e possibilidades de viabilizar ações congruentes com suas especificidades.

A última seção é dedicada às parcerias internacionais, fruto de intenso trabalho de colaboração entre o PPGPsiCC e diferentes instituições, temas e comunidades científicas. Esta seção, intitulada "Psicologia Clínica e Cultura: Articulação com Cenários Internacionais", representa uma pequena mostra da interlocução e dos diálogos interinstitucionais que vêm sendo estabelecidos. O impacto positivo é inegável e reconhecido por todos. A possibilidade de troca entre pesquisadores de países com características tão diversas quanto Alemanha, Canadá, Espanha, França, Japão, Moçambique e Portugal reforça a necessidade cada vez maior de compreensão de paradigmas e ampliação de intervenções exitosas.

É importante salientar que há mais de uma linha de pesquisa trabalhando com os mesmos países como, por exemplo, Canadá, Moçambique e Portugal. Portanto, diferentes docentes do PPGPsiCC interagem com diferentes instituições. Isso pode ser exemplificado pelo capítulo que inicia a seção. Nele, a realidade brasileira se une à canadense para discutir a conceituação e proposição da clínica e cultura a partir da ilustração de um caso clínico, cuja intenção é mostrar a importância da compreensão do seu contexto cultural. Em outra vertente de intersecção com o Canadá é apresentada a constituição de uma rede internacional de pesquisa, com o detalhamento das ações requeridas por essa importante iniciativa que visa a formação para pesquisa qualitativa em saúde. Com relação às parcerias africanas, a primeira, que também conta com a participação da Alemanha, aponta para os desafios da psicologia clínica em relação ao funcionamento e a estrutura familiar na perspectiva de uma adolescente moçambicana. A colaboração com Moçambique possibilitou, em outro capítulo, conhecer a adesão ao tratamento para o HIV/Aids e os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos. Na colaboração com França e Portugal, as autoras brasileiras elaboraram uma discussão em relação à violência na adolescência e sua análise pelo método de Rorschach, por meio das intervenções coletivas com objetos mediadores e de plantões psicológicos. A parceria com Portugal resulta em mais uma produção e fortalece igualmente discussões que por muito tempo estiveram apartadas das ciências sociais, como o perdão, que como um fenômeno humano depõe sobre a experiência emocional do indivíduo. Com a Espanha, os pesquisadores apresentam a teoria e o método da história de vida e nos presenteiam com o relato de um caso que explora os conceitos analisados. A seção destaca ainda o intercâmbio com o Japão, no engajamento do pesquisador que atua nesse país e integra o grupo de pesquisa responsável pela construção de um protocolo buscando elucidar suspeita de abuso sexual.

Desejamos que esse livro possa despertar reflexões e inspirar ações. Não há como representar todo o potencial de um Programa de Pós-Graduação na apresentação de capítulos, mesmo que tenham sido produzidos com todo o empenho em compartilhar projetos e ideias. Sabemos que a escrita não consegue

conter e contemplar toda a experiência, mas esperamos que o leitor consiga absorver nosso entusiasmo e também ser sensibilizado por nossas inquietações. Fazer ciência é um ato político e, por isso, um livro que dá visibilidade aos trabalhos e ações de um Programa de Pós-Graduação tem se tornado, cada vez mais, um símbolo concreto de nossas lutas.

Boa leitura!

Carla Antloga

Katia Tarouquella Brasil

Silvia Renata Lordello

Mauricio Neubern

Elizabeth Queiroz

(Organizador@s)

Sumário

Prefácio v

Sobre Autoras e Autores xvii

A PSICOLOGIA CLÍNICA E OS DESAFIOS DA ATUALIDADE

1 Psicologia e realidade brasileira: notas preliminares para uma práxis psicossocial, por **Pedro Henrique Antunes da Costa e Silvia Renata Lordello** 37

2 Conjugalidade ontem e hoje, por **Renata Ito, Maria Inês Gandolfo Conceição e Isabela Machado da Silva** 53

3 *Complex hypnosis contributions to clinical psychology*, por **Mauricio Neubern e Hugo Nogueira Gonçalves** 71

4 Freud e Socioeducação: a educação entre a repressão e a oferta de alternativas de vida, por **Tiago Alves Miranda e Luiz Augusto Monnerat Celes** 91

5 Psicanálise e universidade: encontros e desencontros na pesquisa, ensino e extensão, por **Márcia Cristina Maesso, Eliana Rigotto Lazzarini e Daniela Scheinkman Chatelard** 113

6 Superendividamento: reflexões e desafios para a psicologia, por **Ana Cláudia Almeida Machado e Eliane Maria Fleury Seidl** 131

MULHERES E VIOLÊNCIAS DE GÊNERO

7	Psicoterapia feminista: histórico e contribuições para a psicologia clínica brasileira, por **Érica Nunes e Valeska Zanello**	151
8	Guarda compartilhada sob a perspectiva feminista: uma revisão narrativa da literatura, por **Marília Lobão Ribeiro, Giordana Fontes e Gláucia Diniz**	175
9	Caracterização de ofensores sexuais atendidos em uma unidade de saúde pública, por **Raiane Nunes Nogueira, Andrea Schettino Tavares, Camilla Leal Santana, Gabriel Guedes Barbosa e Liana Fortunato Costa**	195
10	Da socialização à ressocialização: etapas do ciclo vital de uma detenta em regime semiaberto, por **Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke, Jonas Carvalho e Silva e Ana Carolina Dias Salmeron**	217
11	"A pessoa não te enxerga no dia a dia": a invisibilidade das mulheres no trabalho de limpeza em instituição de ensino superior, por **Carla Antloga, Noemia de Morais Santos e Rosana Lia de Souza Ferreira**	235

SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS CLÍNICAS

12	Crise do sentido, ideação suicida e crise psíquica grave: reflexões clínicas sob a ótica fenomenológico-existencial, por **Ileno Izidio da Costa, Ana Giulia de Araujo Conte e Mariana Monção de Lima**	249

13	Traços patológicos da personalidade e suas implicações para a clínica, por **Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Lucyla Késia de Carvalho Silva, Flávia Ulhoa Pimentel e Neidsonei Pereira de Oliveira**	271
14	Um dispositivo clinico para adolescentes em medida socioeducativa, por **Maristela Muniz Gusmão e Deise Matos do Amparo**	291
15	Determinantes psicossociais da violência no namoro: subsídios para a construção de intervenções preventivas, por **Sara da Silva Menezes, Cristineide Leandro-França, Priscila de Oliveira Parada e Sheila Giardini Murta**	317
16	Comportamento suicida entre idosos e políticas públicas de saúde, por **Renan Lyra e Marcelo Tavares**	341

PSICOLOGIA E SAÚDE

17	Formação em saúde: da educação interprofissional ao trabalho colaborativo, por **Elizabeth Queiroz, Clélia Maria Ferreira Parreira e Diana Lúcia Moura Pinho**	365
18	Desenvolvimento e aplicação de tecnologias sociais em saúde da mulher: aportes de intervenções psicoeducativas grupais com gestantes. por **Luiza de Marilac Meireles Barbosa e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**	383
19	Pesquisa-intervenção cartográfica: uma experiência a partir da interface entre a psicologia e a saúde coletiva, por **Sílvia Reis, Larissa Polejack Brambatti, Isadora Cristine Dourado Araujo e Milena Lima dos Santos**	403

PSICOLOGIA CLINICA E CULTURA: ARTICULAÇÃO COM CENÁRIOS INTERNACIONAIS

20	Psicologia clínico-cultural: uma introdução, por **Andrew G. Ryder, Mariana Neibert e Valeska Zanello**	423
21	Rede Internacional de Excelência no Ensino da Pesquisa Qualitativa em Saúde: estratégias iniciais e propostas de futuro, por **Maria Inês Gandolfo Conceição, Denise Gastaldo, Alex Branco Fraga, Maria Lúcia Magalhães Bosi, Lilian Magalhães, Rozilaine Redi Lago, João Tadeu de Andrade e Brenda Gladstone**	449
22	História de vida, memória e reconstrução: a teoria, o método e um exemplo, por **Katerine da Cruz Leal Sonoda, Terezinha de Camargo Viana e Rafael González Fernández**	465
23	O funcionamento da estrutura da família na perspectiva da adolescente com depressão atendida no Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil de Maputo – Moçambique, por **Jacob Eduardo Xerinda, Julia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke e Christoph de Oliveira Kappler**	485
24	A violência e a sexualidade no Rorschach de adolescentes, por **Teresa Rebelo, Isabel Duarte e Katia Tarouquella Brasil**	501
25	Adolescentes em conflito com a lei: escuta clínica e mediação terapêutica, por **Katia Tarouquella Brasil, Valerie Ganem, Jéssica Emanoeli Moreira da Costa e Klauciele Frota Ponte**	517

26	Construção do Protocolo de Polícia Judiciária para depoimento especial de criança e adolescente, por **Cristiane Faiad, Lucas Heiki Matsunaga, Júlia Salles Menezes, Ana Cristina Melo Santiago e Úrsula RodriguesGomes Ducanges**	533
27	Preditores de eficácia de intervenções para promoção do perdão: lições para o desenho de novas intervenções, por **José Marcelo Oliveira da Luz, Sheila Giardini Murta, Anne Marie Germaine Victorine Fontaine e Júlio Rique Neto**	555
28	Desafios para a adesão ao tratamento antirretroviral na perspectiva das pessoas vivendo com HIV e usuários do sistema de saúde de Moçambique, por **Larissa Polejack Brambatti, Augusto Joaquim Guambe, Ana Cláudia Almeida Machado, Isália Gabriel Licença Mate, Alfredo Júlio Maposse, Bento Saloio Daniel Mazuze e Carine de Souza Santos**	577

Sobre Autoras e Autores

Alex Branco Fraga

Licenciado em Educação Física. Professor Associado do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: brancofraga@gmail.com

Alfredo Júlio Maposse

Psicólogo. Docente Assistente Universitário do Departamento de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique. Doutorando em Saúde Pública no Karolinska Institutet, Stockholm-Suécia. E-mail: maposseablani02@gmail.com

Ana Carolina Dias Salmeron

Estudante de Graduação do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília. E-mail: anacarolinasalmeron1@gmail.com

Ana Cláudia Almeida Machado

Psicóloga. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: naclau@gmail.com

Ana Cristina Melo Santiago

Bacharel em Direito. Delegada de Polícia Civil da Polícia Civil do Distrito Federal. Especialista em Segurança Pública, Política Criminal e Penitenciária. Atual delegada

chefe da Delegacia Especial de Proteção da Criança e do Adolescente, da Policia Civil do Distrito Federal. E-mail: sushieshoyu2@gmail.com

Ana Giulia de Araujo Conte

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: giulia_conte@hotmail.com

Andrea Schettino Tavares

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: andreaschettino9@gmail.com

Andrew G. Ryder

Bacharel em Ciências. Ph.D. pela University of British Columbia. Professor Associado no Centro de Pesquisa Clínica em Saúde e Departamento de Psicologia da Concordia University (Canadá) e no Centro de Pesquisa em Cultura e Saúde Mental do Jewish General Hospital (Montreal). E-mail: andrew.ryder@concordia.ca

Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

Psicóloga. Doutora em Psicologia Diferencial pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Professora Emérita da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. E-mail: fontaine@fpce.up.pt

Augusto Joaquim Guambe

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Diretor do Programa de Doutorado em Psicologia na Universidade Eduardo Mondlane, Maputo,

Moçambique. Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Wutivi, Boane, Moçambique. E-mail: guambe26@gmail.com

Bento Saloio Daniel Mazuze

Psicólogo. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique. E-mail: loymz@yahoo.com.br

Brenda Gladstone

Bacharel em Artes. Doutora em Filosofia pela University of Toronto. Professora Associada da University of Toronto (Canadá). E-mail: brenda.gladstone@utoronto.ca

Camilla Leal Santana

Estudante de Graduação no Curso de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: camilla.leals2@gmail.com

Carine de Souza Santos

Estudante de Graduação no Curso de Psicologia da Universidade de Brasília. Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: carinesouza94@gmail.com

Carla Antloga

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.. E-mail: antlogacarla@gmail.com

Christoph de Oliveira Käppler

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Professor Titular da Universität (TU) Dortmund / Universitäts-Allianz Ruhr (UAR), Alemanha. E-mail: christoph.kaeppler@tu-dortmund.de

Clélia Maria Ferreira Parreira

Pedagoga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. E-mail: cleliaparreira@unb.br

Cristiane Faiad de Moura

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: crisfaiad@gmail.com

Cristineide Leandro-França

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Coordenadora de Prevenção da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária da Universidade de Brasília. E-mail: cristineide@unb.br

Daniela Scheinkman Chatelard

Psicóloga. Doutora em Filosofia pela Université de Paris 8. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: dchatelard@gmail.com

Deise Matos do Amparo

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, com estágio sanduíche na Université de Picardie Julies Verne (Michel Wawrzyniak – França). Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: deise.amparo.matos@gmail.com

Denise Gastaldo

Enfermeira. Doutora em Sociologia pela University of London. Professora Associada da University of Toronto (Canadá). E-mail: denise.gastaldo@utoronto.ca

Diana Lúcia Moura Pinho

Enfermeira. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. E-mail: diana@unb.br

Eliana Rigotto Lazzarini

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: elianalazzarini@gmail.com

Eliane Maria Fleury Seidl

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: eliane.seidl@gmail.com

Elizabeth Queiroz

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: bethqueiroz@unb.br

Érica Nunes

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Pesquisadora Júnior do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Valeska Zanello. Atua como psicóloga clínica em consultório particular. E-mail: erica.nunescs@gmail.com

Flávia Ulhoa Pimentel

Psicóloga. Graduada em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: flavia.up@gmail.com

Gabriel Guedes Barbosa

Estudante de Graduação no Curso de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: psigabri18@gmail.com

Giordana Calvão Fontes

Psicóloga da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: giordana.psicologia@gmail.com

Gláucia Ribeiro Starling Diniz

Psicóloga. PhD pela United States International University. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: glauciadiniz13@gmail.com

Hugo Nogueira Gonçalves

Psicólogo. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: hugo1989@gmail.com

Ileno Izidio da Costa

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: ilenoc@gmail.com

Isabel Duarte

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Membro do Centre de Recherche sur les Fonctionnements et les Dysfonctionnements Psychologiques, na equipe das Vulnérabilités, na Universidade de Rouen. E-mail: isabelmgdc@gmail.com

Isabela Machado da Silva

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: isabela.ms@gmail.com

Isadora Cristine Dourado Araujo

Psicóloga. E-mail: isadora.araujo26@gmail.com

Isália Gabriel Licença Mate

Psicóloga. Doutoranda em Educação na Universidade Eduardo Mondlane. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique. E-mail: isaliagl@gmail.com

Jacob Eduardo Xerinda

Psicólogo. Professor Assistente do Departamento de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique. E-mail: jacob.xerinda@gmail.com

Jéssica Emanoeli Moreira da Costa

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-juvenil do Governo do Distrito Federal. E-mail: jessicaemanoeli@gmail.com

João Tadeu de Andrade

Antropólogo. Doutor em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia. Professor Associado do Centro de Ciências Humanas da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: joao.andrade@uece.br

Jonas Carvalho e Silva

Psicólogo. Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Atualmente German Chancellor Fellow pela Fundação Alexander von Humboldt-Alemanha. E-mail: carvalho707@gmail.com

José Marcelo Oliveira da Luz

Psicólogo da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária da Universidade de Brasília. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: mluzpsi@gmail.com

Júlia Salles Menezes

Psicóloga. Pós-graduanda em Neuropsicologia Clínica no Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e Ciências Cognitivas. Extensionista no Serviço de Avaliação Psicológica do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília. E-mail:salles.mjulia@gmail.com

Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universität te Leuven Belgica. Professora Titular da Universidade de Brasília e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura. E-mail: psibucher@gmail.com

Júlio Rique Neto

Psicólogo. Doutor em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela University of Wisconsin-Madison, EUA. Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: julio.rique@uol.com.br

Katerine da Cruz Leal Sonoda

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. E-mail: katerine.sonoda@gmail.com

Katia Tarouquella Brasil

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, com estágio sanduíche no Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, Paris. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: ktarouquella@gmail.com

Klauciele Frota Ponte

Psicóloga do Centro de Atenção à Saúde Mental- Anankê. E-mail: kleo@gmail.com

Larissa Polejack Brambatti

Psicóloga. Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: larissapolejack@hotmail.com

Liana Fortunato Costa

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora emérita da Universidade de Brasília. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: lianaf@terra.com.br

Lilian Magalhães

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunta da Faculdade de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: lmagalhaes@ufscar.br

Lucas Heiki Matsunaga

Psicólogo e Bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília. Research Student of the Department of International Resources Policy, Tohoku University (Japão). E-mail: lucas.matsunaga@gmail.com

Lucyla Késia de Carvalho Silva

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: lucylaKesia@gmail.com

Luiz Augusto Monnerat Celes

Psicólogo. Psicanalista. Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor titular aposentado e pesquisador colaborador sênior do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: lamceles@gmail.com

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Médica. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (Ensino na Saúde) da Universidade de Brasília. Professora Adjunta da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. E-mail: marilac@unb.br

Marcelo Tavares

Psicólogo. Doutor em Psicologia Clínica pela Alliant International University. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: marsatavares@gmail.com

Márcia Cristina Maesso

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de

Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: maessomc@gmail.com

Maria Inês Gandolfo Conceição

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: inesgand@unb.br

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Nutricionista. Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. E-mail: malubosi@ufc.br

Mariana Monção de Lima

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: marylima93@hotmail.com

Mariana Neibert

Bacharel em Psicologia pela Concordia University. Terapeuta de análise comportamental aplicada no Miriam Center (Canadá). Trabalha em projetos de pesquisa sob a supervisão de Andrew Ryder desde 2013. E-mail: maryneibert@gmail.com

Marília Lobão Ribeiro

Psicóloga. Psicóloga Jurídica e Psicoterapeuta de casais e de adultos. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: marilialobao4@gmail.com

Maristela Muniz Gusmão

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora do Centro Universitário IESB. E-mail: marisgusmao@gmail.com

Mauricio Neubern

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: mauricio.neubern@gmail.com

Milena Lima dos Santos

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília. E-mail: milena.lds96@gmail.com

Neidsonei Pereira de Oliveira

Psicólogo. Graduado em Direito. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: neidsonei@gmail.com

Noemia de Morais Santos

Bacharela em Secretariado Executivo. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: noemiamorais@unb.br

Pedro Henrique Antunes da Costa

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: phantunes.costa@gmail.com

Priscila de Oliveira Parada

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Analista Judiciária do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. E-mail: parada.priscila@gmail.com

Rafael González Fernández

Sociólogo. Doutor em Ciências Políticas e Sociologia pela Universidad Complutense de Madrid, Espanha. Professor Titular do Departamento de Antropologia Social e Psicologia Social da Universidad Complutense de Madrid, Espanha. E-mail: ragonfer@cps.ucm.es

Raiane Nunes Nogueira

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: rai.nnogueira@gmail.com

Renan Lyra

Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Residente no programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde da Fiocruz – Brasília. E-mail: renandelyra@gmail.com

Renata Ito

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: itorenata@yahoo.com.br

Rosana Lia de Souza Ferreira

Bacharela em Ciências Sociais. Estudante de graduação no Curso de Psicologia da Universidade de Brasilia. E-mail: lia.rosana@gmail.com

Rozilaine Redi Lago

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal do Acre. E-mail: rozilainee@gmail.com

Sara da Silva Meneses

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. E-mail: sarameneses34@gmail.com

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: sesoliveira@unb.br

Sheila Giardini Murta

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: giardini@unb.br

Silvia Reis

Psicóloga da Coordenação de Atenção Hospitalar e Domiciliar do Ministério da Saúde. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: silviasreis@gmail.com

Silvia Renata Lordello

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: srmlordello@gmail.com

Teresa Rebelo

Psicóloga. Mestre de conferência da Universidade de Rouen. Membro do Centre de Recherche sur les Fonctionnements et les Dysfonctionnements Psychologiques, na equipe das Vulnérabilités, na Universidade de Rouen. E-mail: teresa.rebelo@univ-rouen.fr

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Psicóloga. Doutora pela Université de Paris X, Nanterre. Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: araujotc@unb.br

Terezinha de Camargo Viana

Psicóloga. Doutora em Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: tcviana@unb.br

Tiago Almeida Miranda

Psicólogo da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Doutorando no Programa de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: tmiranda654@gmail.com

Úrsula Rodrigues Gomes Ducanges

Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Agente de Polícia Civil da Polícia Civil do Distrito Federal. Chefe da Seção de Depoimento Especial com Adolescente desde 2012, na Delegacia Especial de Proteção da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do Distrito Federal. E-mail: ursuladucanges@gmail.com

Valerie Ganem

Psicóloga. Mestre de conferência da Universidade de Paris XIII. Doutora em Psicologia do Trabalho pela Conservatoire National des Arts et Metiers. Membro da Associação Internacional dos Especialistas em Psicodinâmica do Trabalho. E-mail: ganemvalerie@gmail.com

Valeska Zanello

Psicóloga. Bacharel em Filosofia. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, com período sanduíche na Université Catholique de Louvain/ Bélgica. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clinica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail: valeskazanello@uol.com.br

A PSICOLOGIA CLÍNICA E OS DESAFIOS DA ATUALIDADE

1 Psicologia e realidade brasileira: notas preliminares para uma práxis psicossocial

Pedro Henrique Antunes da Costa
Silvia Renata Lordello

Introdução

O presente capítulo é fruto de um incipiente exercício de autorreflexão, iniciado em uma das vertentes de nossa linha de pesquisa que se refere ao âmbito comunitário e de uma *práxis* psicossocial. Embora esses questionamentos e problematizações estejam em seu estágio inicial, entendemos ser importante compartilhá-los, uma vez que retratam um momento do processo de construção e de revisão de identidade que estamos empreendendo e revelam desejos futuros do que gostaríamos de ver contemplado em nosso trabalho.

Nesse movimento autorreflexivo, foi preciso analisar criticamente a formação em Psicologia para compreendermos os desafios dos fenômenos psicossociais para os quais temos sido convocados a intervir. Reconhecemos, assim, uma trajetória de formação na qual vigorou a lógica hegemônica da Psicologia, centrada nos processos individualizantes e patologizantes, com vistas ao ajustamento do sujeito à ordem social. Progressivamente, nossa linha de pesquisa tem sido demandada por desafios que envolvem a coletividade, as relações de dominação e exploração nas instituições, políticas e contextos sociocomunitário e convidada a se movimentar na visibilização das populações negligenciadas pelo Estado, sociedade e pela própria psicologia. Além disso, na atual conjuntura, caracterizada por retrocessos, instabilidade e perdas, temos sido chamados a nos posicionar diante de condições cada vez mais pauperizadas e de violações constantes de direitos em todos os campos. Tudo isso nos remete à pergunta: o que fazer? Lembramos aqui que esta pergunta nos convoca para além de qualquer receituário de

fazeres psicológicos, mas também nos transporta a um repensar profundo de nossas origens e fundamentos de como chegamos até aqui.

O objetivo deste capítulo é refletir sobre a conjuntura e a construção do trabalho do psicólogo que, ao ser delineado em função das circunstâncias concretas da população a ser atendida, exige um olhar crítico e reflexivo sobre nossa ação no mundo. Com vistas a uma *práxis* que contemple as múltiplas existências e que revise criticamente o percurso elitizado das atuações hegemônicas em nossa identidade profissional, o texto busca promover uma leitura questionadora sobre essa ordem que se mostra ajustadora e propõe um caminho para uma Psicologia que se articule com a realidade que está posta e sirva às maiorias populares invisibilizadas. Para isso, é preciso que o exercício profissional seja pautado em processos de conscientização e em ações emancipatórias, movidas pela ética e pelo compromisso da própria Psicologia em libertar-se do apego às atividades que pratica, importando-se mais com os impactos concretos e consequências históricas dessa *práxis*.

É preciso esclarecer, entretanto, que o leitor que procura respostas e conclusões pode se frustrar ao ler o texto. Tais reflexões preliminares não têm a pretensão de elaborações propositivas, muito menos de criticar saberes e fazeres consolidados, como se já tivéssemos encontrado novos caminhos. É um processo que traduz o nosso próprio percurso e a intencionalidade assumida é de que a problematização pode ser um caminho para combater nosso olhar conformador.

Que realidade é esta?

Como já disse Bertolt Brecht, *que tempos são estes, em que temos que defender o óbvio?* Falar sobre Psicologia brasileira significa, primeiramente, esclarecer o óbvio de que essa se faz *na* e *com* a realidade brasileira. Não é a realidade estadunidense ou francesa. Mais, não é o século XVIII ou o XIX. Assim, essa realidade brasileira, a despeito dos paralelos com outros contextos – ao se produzirem numa mesma totalidade social e a expressarem – tem suas particularidades.

Seria presunçoso de nossa parte intentar responder *o que faz do Brasil, Brasil* nestas parcas linhas e limitado espaço. Tal presunção também se deve por conta de nossas incapacidades e insuficiências em respondê-la e porque tal movimento já foi realizado por

uma série de importantes nomes antes de nós (por exemplo, Caio Prado Júnior, Manoel Bomfim, Florestan Fernandes, Darcy Ribeiro, Clóvis Moura, Heleieth Saffioti, dentre outros tantos), no que é denominado pensamento social brasileiro, gerando compreensões também variadas, um mosaico interpretativo do Brasil, servindo como fundamentações para o nosso limitado exercício interpretativo e propositivo.

Em suma, o que faremos é apenas esquadrinhar alguns aspectos e apontamentos bastante gerais e superficiais, para que possamos pensar numa Psicologia brasileira e sua *práxis* não apenas porque aqui se fazem, mas porque se assentam nas gentes e nos chãos que aqui se produzem; que partam deles e voltem para eles e, nisso, se entendam e assumam enquanto brasileiras, voltando-se para si.

Grosso modo, falar sobre o Brasil é remeter à nossa base constitutiva colonial escravocrata. Nosso país é gestado econômica, política e socioculturalmente pela e na invasão e consequente rapinagem colonizadora. Sendo assim, por mais que nos (re)façamos ao longo do tempo, agregando novos elementos a esse nosso *fazimento* e o complexificando, trazemos conosco essa nossa gênese – mesmo que modificada e redinamizada. Somos feitos nessa e por essa ausência, de uma subtração que perdura mais de 500 anos. É a partir disso que podemos compreender nosso desenvolvimento periférico e inserção tardia na dinâmica capitalista global, conformando uma condição de subordinação e dependência aos países "desenvolvidos", cujo desenvolvimento historicamente se deu às custas de nosso subdesenvolvimento ou não-desenvolvimento. As veias foram abertas e ainda continuam a jorrar os sangues que irrigam os chãos onde pisamos e germinamos.

E isso é muito claro na presente conjuntura. O que são as condições de vida cada vez mais desiguais e pauperizadas das maiorias populares, se não o reengendramento na conjuntura atual de uma formação social que remete às nossas estruturas sociais antagônicas de classe, raça, cor, etnia e gênero? De maneira mais específica, os presídios brasileiros, comportando a terceira maior população carcerária do mundo, não seriam reatualizações das senzalas? Segundo o Banco de Cadastro Nacional de presos, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)[1] já passamos de 810 mil presos no país, sendo que cerca de 42% encontram-se em situação provisória. O contexto de guerra vivido – mesmo

1- Fonte: https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/cadastro-nacional-de-presos-bnmp-2-0/

não sendo chamada pelo nome –, que fataliza física e subjetivamente, não se volta para o extermínio prioritário das parcelas populacionais que, historicamente, foram moídas e gastadas nesse grande *moinho de gastar gente*, conforme denominou Darcy Ribeiro (1995/2006)? Por exemplo, em 2017 atingimos o maior número de homicídios da história (65.602 no total), com uma taxa de 31,6 por 100 mil habitantes, sendo que 75,5% das vítimas eram negras (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada & Fórum de Segurança Pública, 2019)

Que práxis é esta?

A importância de refletirmos sobre nossa realidade também diz respeito ao fato de que ela é o nosso parâmetro de compreensão e ação. Um movimento, conforme Martín-Baró (1983/2011), importante psicólogo da libertação salvadorenho, de realismo crítico: *da* e *para* a realidade; que parta dela e se volte para ela, não como mera compreensão ou contemplação, mas para a sua transformação. Contudo, para saber o que e como transformar, precisamos primeiro compreender que realidade é essa.

Dessa forma é que nos colocamos a pensar a *práxis*, ou como o mesmo autor denominava, o *quefazer* do(a) psicólogo(a) (Martín-Baró, 1996). Muito mais que a mera somatória ou união entre teoria e prática, a *práxis* é nossa ação no mundo. Compreendidos como seres sociais, nos produzimos pela e na ação que, por sua vez, se direciona aos outros, ao mundo e às coisas e se volta para nós mesmos. Ao agirmos, modificamos, produzimos e damos sentido ao mundo, ao mesmo tempo em que nos forjamos e significamos a nós mesmos; isto é, nos *humanizamos*. Temos, dialeticamente, uma realidade objetiva e subjetiva, um eu que contém e está no outro, o indivíduo que, ao se fazer, produz a sociedade, dentre outras relações dialéticas. Ademais, a *práxis* é sinônimo de ação-reflexão, num movimento contínuo, referente à própria processualidade do ser humano enquanto ser social.

Sendo a Psicologia um complexo do saber-fazer justamente acerca do ser humano e sua realidade, que se debruça sobre estas relações, sua dinâmica e complexidade, é, portanto, sempre *social* e requer uma *práxis* igualmente "social"; ou o que denominaremos a seguir, na esteira do próprio Martín-Baró, como *psicossocial*. Contudo, histórica e

hegemonicamente, o que vimos na Psicologia, mais especificamente na brasileira e latino-americana como um todo, foi uma separação entre ação e reflexão (a "prática", a "atuação" de um lado, o "conhecimento" do outro). Não obstante, em decorrência da gênese e fundamentos da Psicologia, oriundos da sociabilidade capitalista na qual ela emana e tende a expressar, predominaram concepções e práticas de cunho individualizante e psicologizante, como se fossemos seres apartados de si e da sociedade a qual produzimos e somos produtos. Uma realidade como resultado inequívoco da percepção individual, da mente humana, produto de determinadas crenças e profecias autorrealizadoras, desconsiderando como estas vêm, inclusive, a se formar nos e pelos processos objetivos de nosso modo de produção e reprodução da vida.

Temos, assim, incongruências, justamente com aquilo que se pretende – e diz – entender e agir: esse ser e a sua realidade. Complexificando ainda mais, importamos acriticamente modelos, conceitos e teorias que, além dos problemas anteriores, não dizem respeito às nossas realidades, indivíduos e suas necessidades objetivas e subjetivas, tratando-se, em grande parte, de transposições descontextualizadas e descoladas de nossa própria realidade. Não adianta o olhar para o(a) brasileiro(a) se em minhas abstrações ontológicas e epistemológicas tomo o europeu ou o estadunidense dos séculos XIX, XX e XXI como ideal. Assim, nunca o(a) enxergarei como ser em si; no máximo como um não-europeu, não-estadunidense, imputando a este inferiorizações e culpabilizações ou visualizando possibilidades de mudança, sob a forma de conceitos, teorias e práticas que, mesmo bem intencionadas, corroboram e justificam o que a colonização imputou a nós na dinâmica social global e o modo de produção e reprodução capitalista tratou de assentar.

Em decorrência disso, os indivíduos modelares das teorias e práticas *psi*, são impregnados de atributos que não refletem as próprias condições e padrões de vida no Brasil. Geralmente tais formulações se assentam e dizem respeito ao homem do gênero masculino, branco, burguês ou de estratos mais abastados da classe trabalhadora, heterossexual, cristão, dentre outros elementos. Gostaríamos apenas de ressaltar que tal perfil não é por acaso, mas oriundo das estruturas sociais que conformam nossa dinâmica social.

Trazendo para nossa realidade, em que sentido a *Dona Maria*, mulher, negra, pauperizada, retirante nordestina está compreendida em suas singularidades nas teorias

que estudamos e lemos durante nossa formação e trabalho como psicólogos? Os *Seus Joãos*? Ou, mesmo, eu e você no presente, mas como expressões em nossas singularidades do movimento histórico de nosso país e suas estruturas na totalidade social? Ora, se uma teoria que versa sobre este ser não é capaz de abarcar, em sua totalidade, as múltiplas existências possíveis, que teoria é essa e que ser é esse sobre os quais ela está falando?

Segundo Martín-Baró (1983/2017), historicamente, a Psicologia se pôs a responder dois principais questionamentos: *o que mantém as pessoas unidas na ordem social*? *o que integra as pessoas nessa ordem*. Por conseguinte, sua prática se orientou hegemonicamente a contribuir para a união e a integração das pessoas na ordem. Observem que a "ordem" está dada, não se questiona; ao mesmo tempo que ela é homeostática. O que cabe a nós é refletir e atuar *nos* indivíduos (e não *com*), como se estes fossem separados daquilo que produzem e são produtos – a sociedade – de modo a reproduzirem seu "bom" funcionamento. E que harmonioso e bom funcionamento é esse, na particularidade brasileira, do que, justamente, nosso fazimento colonizado, dependente e subordinado que se manifesta de maneira mais evidente (o que não significa que a enxergamos) em nossa desigualdade basilar.

Em decorrência destes fatores, a Psicologia se caracterizou por uma *práxis* elitizada, influenciada também pelo próprio perfil tradicional dos(as) psicólogos(as) e sua "população-alvo", ambos das camadas médias da classe trabalhadora ou, mesmo, da burguesia. Não por acaso, a predominância de atuação *psi* foi no sentido de controle, adaptação, ajustamento destes indivíduos a uma sociabilidade que é, por princípio, desigual, exploratória, ordenadamente desordenada e que tem intensificado seu caráter de barbárie. Sendo essa nossa realidade um *moinho de gastar gente*, sobretudo na particularidade brasileira, a Psicologia se prestou, hegemonicamente, a ser uma de suas pás e pilões.

Portanto, o mesmo Martín-Baró (1983/2017) irá enfatizar a necessidade de formulação de uma terceira pergunta orientadora a Psicologia: *O que liberta as pessoas da desordem estabelecida?* Nesse sentido, mesmo que seja um avanço frente ao que historicamente produzimos, "apenas" a *práxis* nos é insuficiente. Necessitamos de uma *práxis* transformadora, libertadora, o que requer a reflexão sobre *o que somos* (e o que não somos) para nos orientarmos pelo *o que podemos ser* e, nesse sentido, o que e como a

Psicologia pode contribuir para isso. Uma nova *práxis* que não se contente em ajustar e adaptar as pessoas a uma ordem social cuja normalidade é desajustada e desajustadora. Pelo contrário, que contribua para o questionamento dessa ordem, questionando a si própria, seus fundamentos e funcionalidade histórica, ruindo com qualquer ingenuidade acerca de sua suposta neutralidade e imparcialidade; uma Psicologia conscientemente política e politizada, eticamente orientada em prol de nossas maiorias populares exploradas e oprimidas, moídas e gastadas.

Que psicossocial é este?

A partir do exposto, um primeiro ponto que versa acerca dessa *práxis psicossocial*, é a necessidade de nos remetermos ao óbvio: do ser humano enquanto ser social; de nos voltarmos para esse ser e sua realidade concreta que, em nosso caso, são os(as) brasileiros(as). Trata-se, portanto de romper com o *modus operandi* hegemônico e tradicional da Psicologia, de dicotomia indivíduo e sociedade, eu e outro e, portanto, da fragmentação das partes que constituem esse ser, o psicológico do social. Um "social" que não é a mera transferência do centro de análise – e culpabilização – do indivíduo para sua família, os chamados grupos primários ou contexto de desenvolvimento próximo. Mas que considere a "história, a política, a economia, o preço do arroz, do feijão, da carne, ou mesmo como cozinhamos tudo isso" (Zurba, 2011). A própria dimensão subjetiva – que remete ao ser em sua totalidade – entendida a partir dos chãos do real que lhe produzem e são conformados por ela e não como aparelho psíquico que se forja no vácuo, instância privativa e individual que se autoproduz e reproduz como se fosse coisa em si.

Conforme Sílvia Lane (1984/2012) indicou, refletir e agir na intersecção da história do indivíduo com a da sociedade. O indivíduo que é a materialização da totalidade social em sua singularidade e a sociedade que é a totalidade de indivíduos e suas relações sociais. Em que sentido aquele ou aquela que se encontra na minha frente representa um microcosmo de nossa sociedade? Ou seja, que encarna e singulariza a forma como nos organizamos e vivemos em sociedade; que manifesta nossas estruturas sociais e seus movimentos e desenvolvimentos na história?

Mesmo que não venha a agir sobre as causas, as estruturas que encarnam nas mentes e corpos desses indivíduos, a Psicologia lida diretamente com elas, só que com suas mazelas e sintomas, devendo, portanto, serem consideradas e orientarem a *práxis psicossocial*, afinal são a nossa realidade. Conforme Martín-Baró (1996),

> Pois se o psicólogo, por um lado, não é chamado a intervir nos mecanismos socio-econômicos que articulam as estruturas de injustiça, por outro é chamado a intervir nos processos subjetivos que sustentam e viabilizam essas estruturas injustas; se não lhe cabe conciliar as forças e interesses sociais em luta, compete a ele ajudar a encontrar caminhos para substituir hábitos violentos por hábitos mais racionais; e ainda que a definição de um projeto nacional autônomo não esteja em seu campo de competência, o psicólogo pode contribuir para a formação de uma identidade, pessoal e coletiva, que responda às exigências mais autênticas dos povos. (p. 22)

Entretanto, se o(a) psicólogo não pauta a sua *práxis* pela realidade que lhe atravessa e constitui ou, ao voltar-se a ela, enxerga o que ela não é, este seu *quefazer* será, por conseguinte, limitado e/ou conformador da ordem. Assim, apesar de importante, não basta uma mera aproximação física das populações historicamente negligenciadas pela Psicologia se a forma como as enxergamos, compreendemos e atuamos, isto é, nossa *práxis*, não se modifica. Mesmo que bem-intencionados, estaremos somente ampliando nosso *quefazer* adaptativo, ajustador, de controle para parcelas historicamente negligenciadas pela Psicologia, e pela própria sociedade.

Nesse sentido, as preocupações acerca da *práxis psicossocial* também serão modificadas, como reflexos das transformações necessárias desde os fundamentos que lhe sustentam. O *onde* deve ser pensado em função do *a partir de quem*; o *como* do *em benefício de quem*; e nossas preocupações não incidindo tanto sobre *o tipo de atividade que se pratica* (se é *x*, *y* ou *z*), mas sobre as *consequências históricas e concretas* dessa *práxis* (Martín-Baró, 1996). E tudo isso nos leva a concluir que, apesar de não ser a Psicologia que transforma a realidade e liberta as pessoas, se ela quer contribuir, mesmo que infimamente, para estes processos de transformação social e libertação, deve se libertar de si mesma (Martín-Baró, 1983/2011).

E como colaborar para que essa transformação possa ocorrer na prática? Os desafios da formação

A primeira questão é como agir diante de nossa formação como psicólogos. A maior parte dos currículos ainda prevê o olhar técnico descontextualizado. A inserção de disciplinas que partam e voltem para a realidade, conforme apontava Martín-Baró (1983/2011), como prerrogativas do realismo crítico, ainda são exceções em propostas curriculares que se mantém reprodutoras do saber hegemônico. Se é preciso compreender a realidade para transformá-la, faz-se necessário rever completamente o que se intitula como Projeto Político Pedagógico (PPP) dos cursos, pois a dimensão política vem sendo negligenciada ou mencionada apenas para atender aspectos normativos das diretrizes curriculares. Uma efetiva dimensão política de um projeto curricular não supervaloriza o tecnicismo mas, ao contrário, o politiza e busca garantir um espaço dialógico e problematizador, que estimule a crítica e reflexão constante, inclusive dos conteúdos previstos nos processos de ensino e aprendizagem (Freire, 2014).

Pensar mudanças necessárias em se tratando de formação profissional exigirá reflexões em, no mínimo, três âmbitos: a esfera institucional, o compromisso e postura docente traduzidos por sua práxis e finalmente, o caráter emancipatório da proposta curricular. O primeiro, referente ao cenário institucional, merece a reflexão sobre o direito conquistado e atualmente considerado em risco que é a autonomia universitária. Embora o gozo de autonomia didático-científica das universidades esteja garantido no art. 207 da Constituição Federal (Brasil, 1988), há vários cerceamentos tácitos e explícitos a essa prerrogativa. É preciso formular perguntas para direcionar políticas propositivas de formação: que psicólogos queremos formar? Comprometidos com o que ou quem? Em benefício de quem irão atuar? Como institucionalmente teremos respaldo a essas escolhas que não são neutras? Como permitir que o PPP esteja articulado e coerente com um projeto institucional amplo que represente resistência às tentativas de silenciamento de posições emancipatórias que combatam desigualdades?

O âmbito do compromisso e postura docente traduzidos por sua práxis representa um desafio expressivo à formação do psicólogo. Gadotti & Carnoy (2018), em sua obra "Reinventando Freire", revitalizam a discussão sobre o valor da atitude crítica, reflexiva, aberta à escuta de vozes divergentes na reinvenção da educação democrática e

humanizadora. Diante de sistemas educacionais que se tornaram reféns do controle, com mecanismos uniformes de avaliação que limitam a atuação docente, a reinvenção da educação pressupõe a necessidade de retomada de um protagonismo autoral dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Mas… como operacionalizar isso? Sabe-se que cada professor construirá seu exercício de ação-reflexão-ação de forma idiossincrática e não se pretende, de forma alguma, minimizar sua agência sobre isso. Entretanto, podem ser importantes alguns alertas: a) não abrir mão do diálogo e da construção coletiva do conhecimento, sempre baseada na realidade e privilegiando a crítica, b) considerar as consubstancionalidades, enxergando a forma articulada e relacional pelas quais raça/etnias, classe e gênero se constituíram em processos estruturantes de desigualdade, c) tomar cuidado com a sedução pelas inovações tecnológicas ou metodologias ativas, que podem representar expressões progressistas desejáveis, mas que são novos revestimentos para antigas práticas, com objetivos de ajustamento à lógica capitalista utilitarista, excludente e tão reprodutora de conhecimento acrítico, como as metodologias tradicionais de caráter exclusivamente instrucional.

A materialidade da formação (aqui abordaremos a do psicólogo) é expressa, em seu terceiro âmbito, por seu currículo e, neste caso, queremos problematizar a ação emancipatória por ele contemplada. Se nosso currículo retrata um conhecimento separado em áreas, com disciplinas desconexas, nas quais se privilegiam visões dogmáticas, possivelmente veremos instaurado um processo que desconhece a dinâmica da vida extramuros institucionais. De acordo com Cortesão (2018), conceitos freirianos imprescindíveis à efetivação de uma educação emancipatória incluem efetivamente: culturas (no plural), politicidade e o inédito viável. Considerar as culturas permite que práticas sejam recriadas e não repetidas e podem auxiliar em projetos curriculares atentos à sociedade que queremos. Ao conhecer os impactos dos processos de exclusão que minimizam oportunidades de socialização das populações negligenciadas, exploradas e oprimidas, faz-se necessário lutar por uma formação e conhecimento que se constituam em prol da dignidade e direitos humanos, privilegiando uma formação crítico-reflexiva voltada para as necessidades dessas maiorias populares. De acordo com Padilha (2004), é

preciso dar lugar a um currículo intertranscultural, que promova a superação da lógica binária e que dê visibilidade ao direito de ser dentro da diversidade.

A politicidade se concretiza pelo fato de a universidade ser reconhecida como espaço de formação cidadã. Entre outros processos, a politização do ato educativo convoca que todos atuem na desconstrução do ideário liberal, combatendo o etnocentrismo e a meritocracia sempre presentes nas versões ditatoriais herdadas. De acordo com Freire (2005), o principal objetivo da educação é perceber a dinâmica da sociedade e suas contradições. Se perpetuarmos a consciência ingênua, estamos fortalecendo a exclusão, a violência e proliferando a alienação e a domesticação do pensamento. Um PPP precisa contemplar o desafio de não se deixar levar pela ilusão da primazia do conhecimento técnico. Para quem estamos trabalhando? De que adianta dominar teorias e fazeres, mas não se posicionar diante de uma notícia manipuladora ou de um posicionamento sexista ou homofóbico? Como dominar categorias nosográficas e não se engajar na avaliação e proposição de políticas públicas que sejam inclusivas e democráticas?

Este é o inédito viável, mencionado na obra freireana e problematizado por Cortesão (2018). Por ser inédito é um vir a ser, mas se qualifica como viável por ser fruto de persistência, ousadia e coragem. Ao planejar disciplinas, fluxos e todos os desdobramentos que uma formação científica e profissional requer, devemos nos questionar sobre qual inédito viável podemos sonhar. É preciso lembrar novamente das advertências sobre os mecanismos de reprodução dos discursos de dominação, exploração e opressão que se revestem de novas roupagens, como uma possível visão utilitarista presente nas habilidades e competências e pragmatismos ressignificados por termos atuais e positivamente difundidos nas novas tecnologias (Campos, 2019).

As mesmas recomendações valem para a compreensão e abordagem à pesquisa e à extensão como integrantes e potencializadoras do processo formativo. Entendemos que uma formação nestes termos evoca a indissociabilidade entre reflexão-ação, entre ensino-pesquisa-extensão, pautadas por processos de produção de conhecimento e intervenção que não se caracterizem como mais um dos instrumentos de conformação da ordem; pelo contrário, que contribuam para desvelá-la e confrontá-la em seus antagonismos e vicissitudes. Contudo, as demandas tecnicistas, que priorizam uma vertente produtivista e instrumentalista – compulsoriamente endossados por instituições

de ensino, órgãos de fomento etc. – terminam por favorecer, justamente, a perpetuação dos parâmetros hegemônicos de uma ciência tradicional, supostamente neutra e imparcial.

O próprio conhecimento é concebido como mercadoria, tendo na publicação um fim em si, a despeito de um canal para a divulgação de ideias e possíveis impactos na realidade sob a qual se debruça. Empreende-se uma busca desenfreada, numa ética da competitividade e da quantidade, materializada por meio de projetos individuais, cujas qualidades são medidas por métricas e indicadores numéricos, numa lógica de desempenho que descaracteriza o próprio processo formativo, a criatividade e nos distancia do processo artesanal da pesquisa, do ensino e da extensão.

As construções necessárias no campo da práxis psicossocial

Não podemos esquecer que todo esse ideário progressista e de contribuição emancipatória de formação precisa ser compreendido à luz da Psicologia no Brasil, alicerçada e consolidada em padrões positivistas, elitizados e hegemônicos. Na Psicologia, de acordo com Costa, Mendes e Pinto (2019, no prelo), movimentos que foram na contracorrente desses pressupostos, como o Projeto de "Compromisso Social" da Psicologia (PCSP) brasileira, embora tenham sido frutos de lutas históricas da Psicologia após 1970 ainda apresentam limitações que precisam ser debatidas, sob o risco dos reducionismos de sua compreensão proverem práticas distorcidas. Os autores problematizam, na forma de questionamentos, sobre qual compromisso social se está falando e sobre com o que e com quem ele está sendo firmado. Isso, porque no capitalismo vigente, pode-se, sobre o eufemismo da democracia e participação, supor que não se esteja atendendo a esses interesses, o que é um equívoco. O compromisso social voltado para a transformação social requer ação emancipatória não só por meio da criação e atuação em políticas sociais, mas para além delas e da própria Psicologia, devido às suas limitações e contradições.

Pensando nesse cenário, como os psicólogos que gostariam de desenvolver uma *práxis* psicossocial podem agir? Primeiro, talvez se possa aqui discutir o que é preciso

desconstruir. Conforme nos aponta Martín-Baró (1996), a aproximação física das maiorias populares, vistas pelas lentes de nossa formação normativa e patologizante, não será capaz de transformar nossa *práxis*. Ao contrário, corre-se o risco de perpetuar a lógica opressiva e ajustadora, que visa controle e não a emancipação. Essa advertência é necessária, pois o contato com populações vulneráveis tem norteado nossos currículos de forma bem-intencionada, mas distante de um *quefazer* que se pretenda reflexivo e crítico.

Freitas (2010) adverte que as representações que envolvem a atuação do psicólogo comunitário normalmente estão associadas à visita a locais pobres e sem infraestrutura, encontro com populações que desconhecem o trabalho do psicólogo, atuações em favelas, lixões, assentamentos ou mesmo instituições que atendem população marginalizada. Isso ilustra a ideia enganosa que prover o contato com públicos negligenciados possa garantir um *quefazer* diferenciado e comprometido com a transformação. Obviamente esses reducionismos precisam ser desconstruídos, pois originam práticas impositivas e descontextualizadas, nas quais há o mero deslocamento de ações hegemônicas para novos cenários.

Nos últimos anos, a vertente comunitária e psicossocial de nossa linha de pesquisa vem sendo procurada e reconhecida pelas instituições públicas, que se pretendem executoras de políticas setoriais e que contam com a inserção de psicólogos e estagiários de psicologia em seus quadros. De alguma forma, a institucionalização de setores psicossociais tem provocado uma leitura reflexiva dos modelos de atuação preconizados pelos órgãos e instituições. Algumas constatações são inevitáveis: a primeira delas é a transposição de um modelo clínico tradicional adaptado, pelos profissionais, para um cenário que apresenta outras necessidades. Isso comprova nossa falibilidade de formação, revelando a primazia dos modelos hegemônicos em Psicologia e as consequências concretas (nefastas) dessa *práxis* para os usuários, instituições e Estado.

A segunda constatação é a tendência de conformação à demanda institucional. Estamos a serviço do que nos é solicitado enquanto instituição? Somos agentes de ajustamento, mas agora sob uma chancela psicossocial? É preciso estar alerta para não cair em armadilhas. Em nome de uma pseudo denominação, estamos renunciando aos atributos identitários de uma *práxis* que se pretende intersetorial por natureza, que compreende a comunidade como protagonista de seus recursos e que visa o seu fortalecimento?

A dimensão psicossocial renuncia delineamentos clínicos e acolhe demandas múltiplas, investiga e articula serviços para atuação em rede, compreende cada serviço, comunidade e indivíduos como atores políticos, substituindo a lógica de trabalhar para a comunidade pela lógica de trabalhar com a comunidade. Abrir mão dessas convicções, que ainda se mostram recentes na compreensão dos fenômenos psicossociais é retroceder nos tímidos passos já ensaiados frente a um modelo mais abrangente, que encontra significação e materialidade nas relações com a totalidade.

Considerações finais

Chegamos ao final do capítulo, conforme sinalizamos, sem pretensões conclusivas. Mas é possível um olhar retrospectivo sobre os argumentos e constatações que ilustram o quanto o caráter emancipatório da Psicologia brasileira implica num norte inatingível mas, ao mesmo tempo, numa utopia realista que nos questione e faça movimentar, de modo a transformá-la, seja em suas bases e fundamentos, na atuação psicossocial, comunitária ou em qualquer outro campo; em suma, no que aqui tratamos como *práxis* psicossocial. Novamente, mesmo não sendo a Psicologia ou o psicólogo os atores dessa transformação, cabe a nós nos questionarmos acerca do que é possível ser feito e contribuir com esse horizonte o que, por sua vez, também significa um direcionamento de olhares e reflexões críticas "para dentro".

A proposta é nos incluirmos, como psicólogos trabalhadores, explorados, exigidos e nos deslocarmos para fora do nosso *quefazer* reprodutivista, assumindo nosso papel de atores políticos, no sentido amplo da palavra. Assim, não se nutrem ilusões de modificações estruturais ou extinção das desigualdades via Psicologia, mas se abrem caminhos para questionar a ordem dada e fortalecer, dentro do possível, os indivíduos e coletividades que serão os reais agentes de mudança. Os espaços, a despeito de suas limitações e contradições, devem ser disputados para que os tensionemos e lutemos pela problematização no interior dessa inserção, desvelando seus próprios antagonismos. Esse é o desafio, mas também a oportunidade de nos transformarmos, contribuindo para a formação de uma identidade, pessoal e coletiva, que responda à realidade que nos atravessa e nos constitui.

Referências

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Acessado em 30 de outubro de 2019. http://www.planalto.gov.be/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Campos (2019). Metodologias ativas: educação como prática da domesticação ou como prática da liberdade? In Padilha, P. R. & Abreu, J. *Paulo Freire em tempos de fakenews* (pp. 73-79). São Paulo: Instituto Paulo Freire.

Cortesão, L, (2018). Contra o desperdício do conhecimento: Paulo Freire ontem e hoje (pp. 47-62). In Gadotti, M. & Carnoy, M. (Eds.). *Reinventando Paulo Freire: A práxis do Instituto Paulo Freire*. São Paulo: Instituto Paulo Freire. Lemann Center / Stanford Graduate School of Education.

Costa, P. H. A., Mendes, K. T., & Pinto, M. A. (2019). Psicologia e Compromisso Social: Junção importante, problematização necessária e atual. (no prelo).

Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (2014). *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra.

Freitas, M. F. Q. (2010). Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária: práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90 no Brasil. In Campos, R. H. F. (Ed.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia* (pp. 54-80). Petrópolis, RJ: Vozes.

Gadotti. M., & Carnoy, M. (2018). *Reinventando Paulo Freire: A práxis do Instituto Paulo Freire*. São Paulo: Instituto Paulo Freire. Lemann Center/Stanford Graduate School of Education.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA, & Fórum Brasileiro de Segurança Pública-FBSP (2019). *Atlas da violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP.

Lane, S. T. M. (2012). A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In Lane, S. T. M., & Codo, W. (Eds.). *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 10-19). São Paulo: Editora Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1984).

Martín-Baró, I. (1996). O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *2*(1), 7-27.

Martín-Baró, I. (2011). Para uma Psicologia da Libertação. In Guzzo, R. S. L., & Lacerda Júnior, F. (Orgs.), (F. Lacerda Júnior, trad.). *O resgate da Psicologia da Libertação* (pp. 181-198). Campinas: Alínea. (Trabalho original publicado em 1983)

Martín-Baró, I. (2017). Entre o indivíduo e a sociedade. In Martín-Baró, I. (F. Lacerda Júnior, Org. e trad.). *Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais* (pp. 101-161). Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1983).

Padilha, P. R. (2004). *Currículo Intertranscultural – Novos itinerários para a Educação*. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire.

Ribeiro, D. (2006). *O povo brasileiro: formação e sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1995).

Zurba, M. C. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, *23*(spe), 5-11.

2 Conjugalidade, ontem e hoje

Renata Ito
Maria Inês Gandolfo Conceição
Isabela Machado da Silva

Este capítulo tem por objetivo compreender as configurações dos vínculos conjugais vividos na atualidade. Para isso, faz-se necessária uma breve revisão histórica dos modelos de casamento, que remonta à época do Brasil Colônia, no intuito de entender heranças culturais que vão delimitar características, valores e modos de funcionamento que organizam a vida conjugal atualmente. Sem essa contextualização histórica, social e cultural corre-se o risco de olhar a conjugalidade de maneira limitada. É preciso, portanto, entender criticamente como os modelos de casais e famílias foram concebidos ao longo do tempo (Diniz & Coelho, 2005).

Ao longo da história da família brasileira houve a coexistência de vários modelos de família. No Brasil Colônia, por exemplo, a sociedade era constituída por diversos segmentos que, por sua vez, tinham sua forma de organização própria (Samara, 1987, 2002). Nessa época, entre os escravos, o casamento oficializado ocorria nas grandes fazendas. Fora delas, esse procedimento ficava muito dispendioso, pois a presença dos padres era rara. As opções, bastante comuns entre os negros da época, eram os concubinatos e as ligações consensuais estáveis de longa duração (Del Priore, 2006). De qualquer maneira, era muito raro que os fazendeiros permitissem o casamento de seus escravos na igreja. Só o pronunciamento do proprietário bastava para serem reconhecidos como esposos.

O modelo patriarcal mais difundido baseava-se na autoridade inquestionável do homem, sob a qual estavam submetidos os familiares e o grupo social mais amplo (Castells, 1999). Essa dominação era exercida com violência física e psicológica, acolhida pela sociedade escravocrata da época. Muitos abusos ocorriam quando os desejos e ordens do patriarca não eram atendidos, lembrando que seus servos eram tanto os escravos quanto sua própria família. A mulher não tinha voz ativa, tampouco podia expressar suas opiniões.

O casamento da elite era entendido como um contrato de negócios para toda a vida e, por isso, deveria ser feito com muito critério. Não se tratava de algo que envolvesse sentimentos, amor, paixão e coisas do gênero, pois esses eram vistos como inimigos traiçoeiros. Visava-se à procriação, à linhagem e ao acúmulo de heranças. O gosto pessoal dos cônjuges não era levado em consideração. Para a Igreja, as uniões deveriam ocorrer por dever, a fim de saldar o débito conjugal, procriar e lutar contra o adultério. O catecismo, a Igreja, os prontuários morais vindos da metrópole e a própria sociedade regulamentavam e vigiavam atentamente a vida conjugal por meio da obediência e da fidelidade. Essa última era exigida das mulheres com extremo rigor, uma vez que sua função era dar descendentes. Por essa lógica, não se podia correr o risco de serem gerados filhos ilegítimos. Esperava-se de uma esposa que fosse honrada, honesta e discreta, não importando a formosura. Se fosse feia, tanto melhor, pois a beleza física era tida como uma maldição temida, um instrumento do pecado, já que o ato sexual devia ser comedido e permitido apenas para fins de reprodução. O desejo sexual era uma exclusividade masculina. O casamento era tido como uma solução de Deus para salvar o homem da imundice do desejo e do ato carnal. Nenhuma esposa deveria desejar o lugar de amante do marido (Castells, 1999).

Lima (1987) explica que a Igreja e a sociedade vigiavam a relação conjugal, inclusive a sexualidade. Queria-se saber se beijou, abraçou, tocou a mulher antes de se deleitar. Mesmo os pensamentos não estavam livres de censura, pois havia interesse em saber se houve desejo no ato. O sexo lícito ficava restrito à procriação. Amar casta e honrosamente não só era permitido como era considerado uma virtude. A moral era extremamente rígida, o prazer deveria ser reduzido ao mínimo.

O poder de decisão e o direito de opinar eram exclusividades masculinas. O senhor mandava, a esposa obedecia: devia estar sujeita ao marido, reverenciando-o. Havia certo horror às mulheres dominadoras. A mulher era vista como um ser desejoso de muitas coisas e o homem deveria estar atento a esses apetites para não declinar. Os afetos excessivos eram vistos como indesejáveis, uma vez que eram praticados por pobres, não por nobres (Lima, 1987).

A partir do século XIX, relata Del Priore (2006), o casamento praticado pela elite ainda ocorria por interesse e não levava em consideração gostos pessoais. O namoro era curto ou inexistente e o noivado, rápido. No matrimônio, os papéis eram claros: o homem estava designado a mandar, conquistar e realizar e, à mulher, cabia agradar, ser mãe e agir com pudor

"intrínseco", perfeitamente lapidado, com um ar doce e angelical. Entretanto, no cotidiano, as mulheres viviam displicentemente vestidas, ocupadas com os afazeres domésticos.

A noite de núpcias era um momento geralmente traumático para as mulheres, que eram iniciadas sexualmente, por vezes, com brutalidade (Adler, 1983). Durante o ato sexual, usava-se camisola ou calçolas com furos na altura da vagina. A nudez só era praticada nos bordéis pelas meretrizes. Não havia interesse do homem em satisfazer o prazer da esposa. Tudo era proibido e, depois da concepção, o sexo era desaconselhado (Del Priore, 2006).

Como o casamento era visto como uma transação comercial, depois de comprar a esposa, o marido passava a exibi-la em eventos sociais e essa devia se dar por satisfeita e distanciar-se na indiferença afetiva e nos limites da educação, impostos às mulheres. A pureza exigida das mulheres distanciava os casais. Del Priore (2006) afirma ser quase inexistente a relação entre casamento arranjado e erotização. Não havia espaço para sentimentos ou paixão nesse tipo de união. Carinho e amor só importavam em casamentos de pobres e libertos que continuavam a viver em concubinato. O amor e suas manifestações estavam relacionados à pobreza e a ligações ilegítimas. Nas camadas mais pobres, os jovens tinham o direito de escolher seus parceiros.

Em contrapartida, na elite, o pai é que decidia o futuro dos filhos, sem permitir que opinassem. Era comum que os noivos se conhecessem no dia do casamento, o que importava era manter a fortuna da família e a linhagem. Nesse tipo de união, as mulheres não tinham vez, deviam servir, obedecer e se submetiam às vontades e caprichos dos maridos, dependendo deles no aspecto financeiro e social. Ela era responsável por tirar o tédio do lar, educar os filhos, comandar os escravos e entreter os membros do lar. Por vezes, eram humilhadas e a agressão física era permitida, o que dirá a psicológica. O homem era o senhor. Para ele, as traições eram institucionalizadas e a fidelidade, ridicularizada. Sexo com a esposa era para a procriação, o resto era com a outra (Del Priore, 2006).

Nos séculos XVIII e XIX, os papéis conjugais não diferem muito. Basicamente, ao marido cabe mandar e à mulher, obedecer sem questionar e, claro, evitar transtornos a qualquer custo ao seu senhor. Já no século XX, ocorrem mudanças significativas. A modernização, industrialização e urbanização promoveram o surgimento de um novo modelo de família burguesa. O dinamismo da economia internacional, como entende Sevcenko (1998), invade a cultura escravocrata ainda bastante enraizada e desestrutura o sistema de hierarquia vigente, mudando a forma de vivenciar o tempo e o espaço. Os filhos dos fazendeiros partem para as

cidades em busca de estudo. Esse novo modelo vai, aos poucos, permitindo a liberalização dos costumes, uma nova sensibilidade e uma maneira diferente de pensar a conjugalidade e o amor, bem como a valorização da maternidade e do cuidado dos filhos de maneira mais consciente (Sevcenko, 1998).

Ocorre também o movimento de higienização, que tem por objetivo, na visão de Freire Costa (1989), exercer um controle demográfico e político sobre a população e, por conseguinte, sobre a vida familiar e social brasileira. Nesse período ocorre uma mudança no sentido de não serem mais os patriarcas a exercer o controle e sim o Estado. Há uma preocupação em promover a saúde física e moral das famílias sem interferir nas liberdades individuais. Nas primeiras décadas do século XX, o casamento ainda era indissolúvel, sua dissolução só ocorria em casos extremos. A mulher era tida como incapaz para algumas atividades e integralmente dependente do marido, sendo inferior a ele. O homem deveria fixar e manter financeiramente a casa. Da mulher era exigido que trouxesse paz ao lar, cuidasse da educação dos filhos, fosse complacente, previsse as vontades do marido para satisfazê-lo, fosse a "rainha do lar". Trabalhar fora, nem pensar! Isso era uma humilhação para o esposo, uma prova de que era fraco, incapaz de manter a família e que explorava a fraqueza feminina por dinheiro. O marido podia trair e a mulher deveria aceitar essa fraqueza natural de todo homem.

Maria Ângela D'Incao (2001) ilustra essa família burguesa como um ambiente acolhedor, estruturante, sólido, no qual os filhos são educados e a esposa é dedicada ao marido, às crianças e ao lar. Trigo (1989) ressalta que a mulher daquele tempo era educada para casar e ser dona-de-casa. A afetividade conjugal era repleta de normatizações, as mais importantes eram o asceticismo e a disciplina.

Pode-se pensar que não há nada de novo no comportamento dos cônjuges desde o século XVIII, mas isso não é verdade. A partir do século XX, a mulher passa a existir e pode expressar sua opinião, desde que de forma discreta e que nunca confronte o marido. Após a Primeira e a Segunda Guerra Mundial, apesar da crise, houve grandes avanços na medicina, tecnologia e ciência, de modo geral. Surgem, nesse período, o rádio, a televisão, o cinema, o avião, o automóvel, os eletrodomésticos, os antibióticos etc. As mulheres viraram força de trabalho no exterior e essa cultura era trazida pelas telas de cinema. As tradições do interior eram diluídas na sociedade urbanizada e industrializada. As fábricas, lojas e escritórios aproximavam homens e mulheres (Cândido, 1951). Ainda assim, a imprensa orientava a conduta feminina. Periódicos

destinados às senhoras casadas aconselhavam: não procurar seduzir corações masculinos; sempre preferir a companhia do marido a de qualquer outra; cozinhar bem, pois o homem se prende pelo estômago; acompanhar as opiniões do esposo; não ser vaidosa em excesso para não provocar ciúme; animar e confortar o marido (Bassanezi, 1996).

Os maridos liam quadrinhos eróticos e tudo era permitido, contanto que fosse honesto, trabalhador, forte, empreendedor e desse conforto à família. O bem-estar do marido era o termômetro da felicidade do casamento. Nas discussões, a razão era sempre masculina. A letra da música "ai que saudade da Amélia", escrita em 1941 pelos compositores Ataulfo Alves e Mario Lago, retrata a mudança do comportamento das mulheres e a consequente insatisfação masculina diante do fato. Vejamos um trecho:

> Nunca vi fazer tanta exigência/ Nem fazer o que você me faz/ Você não sabe o que é consciência/ Nem vê que eu sou um pobre rapaz/ Você só pensa em luxo e riqueza/ Tudo que você vê você quer/ Ai, meu Deus, que saudade da Amélia /Aquilo sim é que era mulher/ Às vezes passava fome ao meu lado/ E achava bonito não ter o que comer/ E quando me via contrariado/ Dizia: Meu filho, que se há de fazer/ Amélia não tinha a menor vaidade/ Amélia é que era mulher de verdade

As mulheres aprenderam a dizer não e, aos poucos, e com muita luta, passaram a ser respeitadas em suas opiniões. Com a Revolução Sexual dos anos 1960 e 1970, enfatizou-se a liberdade individual e questionaram-se os valores sociais e religiosos tradicionais. O advento da pílula anticoncepcional veio ao encontro desse processo e contribuiu para uma vivência mais livre da sexualidade. Os casais passaram a se escolher, já que as relações eram baseadas no sentimento recíproco. Os sentimentos começaram a ser permitidos e desejados. O marido não era mais o dono das esposas. Carícias e beijos eram cada vez mais comuns, inclusive em público. Os contatos preliminares ficaram mais longos. A nudez do casal passou a ser corriqueira. A mulher não era mais penalizada por expressar seus desejos e adquiria o direito ao prazer. A infidelidade masculina já não era mais tão aceita. O diálogo passa a ser fundamental nas uniões. Os divórcios não são mais um tabu e são realizados quando não se considera mais possível o convívio. Nos últimos séculos, o casamento passou por um significativo processo de transformação, principalmente no que diz respeito à liberdade de escolha do parceiro. Tal

processo induziu à valorização da intimidade e a uma maior expectativa de satisfação conjugal (Féres-Carneiro, Ponciano, & Magalhães, 2007; Melo, 2016; Neves, 2016).

Atualidade

Para entender os relacionamentos conjugais atuais e suas peculiaridades, é preciso, além de conhecer as heranças histórico-culturais, compreender o momento socio-histórico no qual vivemos: a pós- modernidade. Bauman (2003) caracteriza-a como um período no qual ocorre a liquefação dos laços sociais, ou seja, as relações são vivenciadas de forma mais rápida, descompromissada e os vínculos são frágeis. As mensagens são confusas, fluidas, imprevisíveis. O autor intitula essa era como *modernidade líquida*. Há um grande apelo consumista no sentido de trocar o que se tem por versões mais atualizadas e satisfatórias. Essa lógica é transferida para os relacionamentos humanos, cada vez mais efêmeros. Em troca de uma sensação de segurança, descartam-se sentimentos e até relacionamentos.

Nessa perspectiva, a ordem do dia é não fazer escolhas. Os novos relacionamentos, mais atraentes, acontecem sem que os anteriores sejam encerrados. Evita-se dividir o mesmo espaço, delimitam-se os momentos de convívio a fim de preservar a sensação de liberdade. Não há espaço para o tédio e os conflitos da vida conjugal, mas as pessoas ainda continuam buscando por relacionamentos (Bauman, 2003). Giddens (1993) entende que, no contexto atual, o casamento não é mais visto como uma opção óbvia e única para toda a vida. Ele dura enquanto há satisfação, caso contrário, pode ser terminado por um dos parceiros, a qualquer tempo.

Bauman (2003) compara o consumo, que é movido pelo impulso, com o desejo, como se este também estivesse subjugado às leis da compulsão. Não há tempo para que o desejo possa ser semeado, cultivado e alimentado. Esse processo demanda um tempo demasiadamente longo para os padrões sociais da modernidade líquida. Dessa forma, no contexto social contemporâneo, múltiplos arranjos conjugais, dos mais tradicionais aos mais modernos, constroem-se, desconstroem-se e se reconstroem, em ritmo acelerado. Fala-se em um mercado do amor romântico, já que se pode "indagar se o amor, em nossa sociedade, assim como o dinheiro, é trocado por diferentes valores, tais como: segurança, autoestima, realização financeira, satisfação sexual, hedonismo e ascese espiritual" (Kessler, 2013, p. 367).

Cabe ressaltar que todos os ideais vinculados ao amor romântico não desapareceram. As ideias do amor que supera barreiras e da busca pela pessoa que consegue ser simultaneamente a melhor amiga, a cuidadora, a companheira e a amante seguem sendo propagadas pela mídia, constituindo uma meta, mesmo que não admitida (Kessler, 2013; Vieira & Stengel, 2010). Mas como conciliar esse amor único e eterno com o amor líquido, o amor consumo? Esse é o paradoxo vivido por muitos casais na contemporaneidade, que se unem na esperança de alcançar esse ideal romântico, mas que, ao mesmo tempo, tem a consciência de que este só *será infinito enquanto durarem*[1]_os benefícios que essa relação trouxer, enquanto contribuir para a própria felicidade (Vieira & Stengel, 2010). São casais que buscam a segurança de uma relação, mas que querem seguir livres para buscar sua felicidade onde ela estiver, colocando-se, assim, diante da insegurança da finitude e do desconhecido. Trata-se de viver em uma realidade em que se sabe que é necessário fazer concessões para que o relacionamento tenha continuidade, mas em que cada uma delas é sentida como uma perda em relação à própria individualidade (Vieira & Stengel, 2010). Féres-Carneiro e Magalhães (2005) observaram que, por envolver a exigência de alto grau de intimidade e de envolvimento afetivo, o casamento segue como uma relação muito significativa na vida dos indivíduos e justamente por isso cada vez mais os cônjuges levam em consideração a possibilidade de romper o laço conjugal presente, na esperança de encontrar um vínculo mais satisfatório.

Esse conflito entre individualidade e conjugalidade (Féres-Carneiro, 1998) ganha destaque quando as mulheres conquistam o direito de não apenas trabalhar, mas de ter uma carreira (Figueiredo & Diniz, 2018). Se antes a ambição principal da mulher era o casamento e os filhos, agora as ambições profissionais coexistem nesse espaço, muitas vezes superando as ambições tradicionais. Uma carreira exige maior dedicação de tempo e energia, de forma que as demandas domésticas e as demandas profissionais tendem a entrar em conflito, pois mesmo que as relações tenham se tornado mais igualitárias, a mulher ainda é mais cobrada em relação às tarefas domésticas e ao cuidado com os filhos. Essa sobrecarga tende a contribuir para a insatisfação da mulher com a relação, podendo gerar conflitos entre os cônjuges. Portanto, se o casal de dupla-carreira quiser preservar a qualidade de sua relação, será necessário rever os

---

1- Trecho adaptado de Moraes, V. (1946). *Soneto de Fidelidade*. Recuperado de http://www.viniciusdemoraes.com.br/pt-br/poesia/poesias-avulsas/soneto-de-fidelidade

estereótipos de gênero que guiam a rotina familiar, para que o tempo que os cônjuges passam juntos possa ser otimizado, contribuindo-se, assim, para a qualidade de vida de ambos (Figueiredo & Diniz, 2018).

Por outro lado, cabe questionar o que faz com que os casais permaneçam juntos apesar de todas as transformações vivenciadas na contemporaneidade? Esse tem sido o tema de pesquisas voltadas a casais com casamento de longa-duração, ou seja, que estão juntos há mais de 20 anos ou 30 anos. Nos estudos conduzidos por Costa e Mosmann (2015) bem como por Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2018), esses casais destacaram o afeto que os unia, como o casamento se fortaleceu com o passar do tempo e como os próprios cônjuges amadureceram com a relação. Por outro lado, também se identificou na fala desses casais a preponderância de valores tradicionais de família, transmitidos por suas famílias de origem, bem como o temor de ter que lidar com o que uma separação poderia causar. As mudanças sofridas pelo casamento e pelas relações em geral seriam vistas com certa desconfiança por esses casais. No entanto, Costa e Mosmann problematizam a atitude de ver toda e qualquer mudança como necessariamente negativa. Afinal, na década de 70 muitos foram os pesquisadores que se preocuparam com a crise da família e com o risco de que essa instituição chegasse ao fim (Wagner & Levandowski, 2008). Hoje, fica claro que o que está em crise não é a família – cujos novos modelos, baseados no afeto, florescem –, mas um modelo específico de família, o modelo patriarcal tradicional.

Portanto, é possível perceber mudanças expressivas no campo da família e do casamento, em um contexto em que diferentes valores e configurações relacionais coexistem. Jablonski (2005) observa que, em todos os grandes centros urbanos ocidentais, encontram-se famílias nas quais ambos os cônjuges trabalham fora, famílias reconstituídas e reorganizadas por divórcios e recasamentos monoparentais, casais sem filhos, uniões estáveis não oficializadas, casais homossexuais. Todas essas formas alternativas se contrapõem ao "modelo tradicional" e vão reformulando o que se entende por família e por casamento. A título de exemplo de possíveis tipos de casais da pós- modernidade, veremos a união homossexual, a união estável e o poliamor.

A união homossexual

No Brasil, a união estável entre homossexuais foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal em 2011 (Santos, 2011). Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça tornou obrigatória a celebração de casamentos entre pessoas do mesmo sexo, bem como a conversão da união estável entre elas em casamento (Seligman, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), 19,5 mil casais homossexuais registraram sua união em cartório no período entre 2013 e 2016. No entanto, esses casais ainda são alvo de preconceito e violência, sendo o Brasil considerado como o país mais perigoso para homossexuais (Abrantes, 2016). Conforme sintetizaram Lira e Morais (2016):

> As discussões em torno da legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo têm se concentrado, de modo geral, em justificar ou combater a ideia de que o status legal do casamento para esses casais pode enfraquecer a instituição familiar e que isto prejudicaria o desenvolvimento psicossocial dos seus possíveis filhos (e.g. Knauer, 2012). As evidências científicas, no entanto, sugerem que a oficialização jurídica do casamento pode oferecer efeitos positivos na promoção do bem-estar físico e psicológico, diminuindo as disparidades em saúde mental entre lésbicas, gays, bissexuais e heterossexuais e promovendo benefícios tangíveis às suas vidas (Wight, LeBlanc, & Lee Badgett, 2013), o que pode colaborar para o exercício saudável da parentalidade. (p. 1060)

A conjugalidade, de modo geral, vem sendo encarada não tanto como uma instituição destinada à reprodução biológica e ao acúmulo de bens, mas predominantemente como espaço de exercício de amor e de cooperação mútua. Da mesma forma, os casamentos homossexuais seguem essa tendência (Mello, 2005). Estudos internacionais sugerem que esses casais tendem a se mostrar tão satisfeitos com sua relação quanto casais heterossexuais, além de tenderem a adotar uma divisão de tarefas mais igualitária, que considera os interesses e habilidades de cada cônjuge, e a apresentar padrões mais de resolução de conflitos mais positivos. Por outro lado, esses casais tendem a perceber menos apoio de suas famílias de origem, bem como a apresentarem uma maior dissolução de suas uniões (Kurdek, 2005), o que pode ser relacionado às possíveis dificuldades enfrentadas no reconhecimento e na formalização de suas uniões, bem como ao preconceito.

A união estável ou coabitação

Ennes (2006) constata que a união estável é transferida da categoria de concubinato para o conceito atual de família. Na visão da autora, a conjugalidade é a única característica exigida legalmente para que uma relação possa ser classificada como união estável. Isso gera algumas dificuldades jurídicas, pois a não exigência de filhos e da coabitação dificulta a diferenciação desse tipo de relacionamento de um namoro mais compromissado. O casal deve, no mínimo, ser visto socialmente enquanto tal. Uma vez comprovada a união estável, os membros do casal têm direitos e deveres previstos por lei.

A coabitação pode ser vista tanto como uma etapa preliminar ao casamento como uma escolha relacional independente (Blekesaune, 2018; Menezes, 2006). Embora estudos sugiram que casais em uniões estáveis tendem a se mostrar menos satisfeitos e mais propensos a terminar suas relações, sugere-se que esse efeito seja influenciado pelo significado que os casais atribuem às suas relações (Menezes, 2006). As uniões estáveis tendem, ainda, a proporcionar aos cônjuges os mesmos benefícios que os casamentos em termos de bem-estar pessoal (Blekesaune, 2018).

O poliamor

Outra forma alternativa ao casamento que surgiu na década de 1990 como uma nova modalidade de relacionamento amoroso. Essa modalidade de relacionamento poligâmica não se prende a uma identidade sexual particular (Klesse, 2006) e acredita ser possível e aceitável amar, ao mesmo tempo, vários indivíduos e manter múltiplos relacionamentos íntimos (Barker, 2005), desde que haja honestidade entre eles e não apenas trocas sexuais (Barker, 2005; Klesse, 2006). Klesse (2006) define o poliamor como uma modalidade de casamento de grupo aberto ou fechado, na qual pode haver parceiros primários, secundários e terciários. Não há o intuito de ter vários parceiros sexuais. A definição de um poliamoroso pode envolver somente dar o devido valor a cada pessoa e investir em um número fixo e simultâneo de relacionamentos duradouros. Entre os principais pontos defendidos por aqueles que defendem o poliamor, estão a oposição ao ideal de amor romântico, bem como a negociação das regras do relacionamento e a sinceridade na expressão dos próprios sentimentos e planos (Silvério, 2018). O gerenciamento do tempo e a possível redução do tempo destinado à relação com cada pessoa, bem como o

ciúme e o preconceito enfrentado, podem constituir desafios nesse contexto. Por outro lado, destacam que as "constantes negociações, diálogos, conflitos, dificuldades e transformações que acompanham as relações poli levam inevitavelmente ao autoconhecimento, crescimento pessoal, descoberta de si e amadurecimento" (Silvério 2018, p. 194).

O que é conjugalidade?

Constatou-se que as relações conjugais têm sofrido grandes alterações. Resta saber o que se entende por conjugalidade. Para Féres-Carneiro (1998), conjugalidade é uma identidade do casal formada por um desejo conjunto, uma história de vida conjugal, um projeto de vida conjugal, é ser um sendo dois. No laço conjugal, o encontro entre os parceiros gera um projeto conjugal baseado na história familiar de ambos e na interação das subjetividades. O projeto conjugal pressupõe ainda uma perspectiva de futuro a dois (Féres-Carneiro et al., 2007).

Bucher-Maluschke (2003) chama a atenção para o fato de a conjugalidade só se validar em uma dimensão temporal, em uma realidade construída e compartilhada por duas pessoas, em um determinado espaço no qual um Eu e um Tu, sem perder suas especificidades e identidades, transformam-se em um Nós. Portanto, conjugalidade é uma faceta referida à vivência comum aos parceiros, presente no vínculo conjugal (Magalhães, 2003). É possível fazer um paralelo do pensamento da autora com a perspectiva da filosofia dialógica de Martin Buber, uma vez que o filósofo entende o ser humano como um ente em relação e é justamente esta que fundamenta sua existência (Conceição, 2003). Para haver conjugalidade, por essa perspectiva, é necessária uma relação Eu-Tu, ou seja, haver uma reciprocidade e confirmação mútua; em vez de uma relação Eu-Isso, na qual se trata o outro de forma objetivante, não levando em consideração sua singularidade.

Lemaire (citado em Férez-Carneiro et al., 2007) considera que a conjugalidade é formada na porosidade de limites dos parceiros. Para o autor, há uma atração entre os enamorados, justamente a partir de algumas zonas mal delimitadas do "eu". Por essas brechas psíquicas é que a ligação e o investimento amoroso entre os cônjuges acontecem.

Bustos (2006) entende a conjugalidade a partir do vínculo que se estabelece entre os membros do casal, ou seja, o interjogo no qual atuam por meio de papéis e contra-papéis. Para o psicodramatista, a vivência dos vínculos primários pode produzir marcas ou feridas que não

permitem discriminar necessidade e desejo. Essas feridas exigiriam da pessoa desejada a substituição da carência primária.

A contribuição da teoria socionômica (ou psicodrama, como é mais conhecida) para o entendimento da conjugalidade a situa como uma interação de papéis e contra-papéis entre duas pessoas, que é social e culturalmente mediada, e que está em constante transformação. O resultado dessa interação pode ser o crescimento ou o sofrimento do casal, dependendo do quanto as regras de interação favorecem ou restringem as relações télicas, ou seja, o quanto ocorrem verdadeiras relações de encontro. A teoria de papéis e a teoria da espontaneidade são as que mais embasam tal compreensão. Para Moreno (1953/1994), criador da teoria socionômica, é na matriz de identidade, no seu primeiro núcleo socioafetivo que o indivíduo se define, por meio dos jogos de papéis. Dito de outra maneira, é na interação com seu primeiro ego-auxiliar, seja a mãe ou quem quer que consiga traduzir o que se passa com ele, que o bebê vai definindo seu eu. A criança vai aprendendo por meio dos sucessivos jogos de papéis com o outro a se diferenciar até ser capaz de inverter papéis, reconhecendo e aceitando o outro como diferente de si mesma.

No desempenho dos papéis de esposa e esposo, cada parceiro interage com seu contra-papel, definindo o seu próprio papel e, portanto, também a si mesmo. A relação atual com o parceiro é influenciada pelo modo como cada cônjuge conseguiu, na relação com os primeiros outros, diferenciar-se e se reconhecer como indivíduo. O papel conjugal vai se constituir na conserva cultural, nos vínculos amorosos e afetivos vividos ao longo do processo de desenvolvimento de sua matriz de identidade.

A interação de duas pessoas individualizadas levará ao desenvolvimento de relações télicas, ou seja, de percepção mútua, transparente com o parceiro, enquanto a relação entre indivíduos indiferenciados terá características predominantemente transferenciais. Nesse último caso, cada um tenderá a reagir a uma projeção e não ao próprio parceiro (Távora, 2000).

Em sua teoria de *clusters*, Bustos (2006) argumenta que, em torno das experiências originais do indivíduo com seus complementares primários, é formado um agrupamento de papéis que se relacionam a eles. Se não houver segurança para que a criança se desligue desses complementares originários, encontrará dificuldade para formar novos vínculos e viver experiências de igualdade e troca. No futuro, toda experiência que tiver elementos do *cluster*, remeterá o indivíduo para aquela fase e o indivíduo reagirá à situação nova de acordo com sua

matriz. Em outras palavras, o convívio conjugal propicia a reedição do romance familiar e, com isso, os parceiros têm a chance de reelaborar suas vivências infantis (Féres-Carneiro et al., 2007).

Féres-Carneiro (2004) e Magalhães (2004) ressaltam que a conjugalidade procede da trama inconsciente familiar dos cônjuges e ressaltam sua influência na interação da díade. Nota-se que a abordagem psicanalítica e a psicodramática convergem nesse aspecto. Dicks (citado em Araújo, 2005) acrescenta ainda que essa projeção mútua é um fator capital na determinação da habilidade do casal de obter bonificações ou adversidades. O melhor ou o pior de cada parceiro pode ser despertado pela inferência desses papéis projetados.

Em pesquisa realizada com 50 participantes casados, Ozório, Féres-Carneiro e Magalhães (2017) constaram que a relação conjugal dos pais representa um modelo para a relação conjugal dos filhos, apesar de todas as diferenças existentes entre essas relações e os momentos históricos que se constituíram. No entanto, esse modelo pode ser positivo ou negativo, de forma que pessoas que presenciaram a existência de conflitos ou violências podem buscar se relacionar de uma forma diferente com os seus cônjuges em uma tentativa de elaborar as próprias experiências.

Araújo (2005) explica que cada um projeta suas demandas e espera que o outro as acolha, a fim de preencher suas faltas. A qualidade e o desenvolvimento de uma relação amorosa dependem da natureza da combinação que se estabelece entre o par, em função do que cada um busca no outro, e da capacidade e disposição que ambos têm de corresponder ou não a essas mútuas demandas.

Kaufmann (1995) entende a conjugalidade como a vivência, pelo casal, de três fases, nas quais a realidade de cada membro sofre reajustes. Na primeira etapa da vida conjugal, os parceiros ainda não se conhecem a fundo. É um período de descoberta dos hábitos, opiniões e sentimentos uns dos outros. A fase seguinte é marcada pela convivência e pela construção de uma realidade conjunta, surgem os projetos a dois e pode-se perceber um maior sentimento de segurança e conforto em relação à identidade do casal enquanto tal. A díade começa a ter uma identidade própria, um modo de ser enquanto casal. Na última fase, os projetos individuais voltam a ter espaço na relação, o que faz com que os cônjuges definam os espaços comuns e individuais.

Considerações finais

Como vimos, há várias maneiras de se definir e entender o conceito de conjugalidade. Este estudo nos mostra que o modelo de relacionamento conjugal foi se modificando ao longo da história. O conceito envolve a qualidade da relação, suas fases, o histórico de vida e limites de cada indivíduo e certamente, o momento socio-histórico influencia o modo como o casal vive essa conjugalidade. Portanto, a naturalização de um padrão fixo de relacionamento conjugal "normalizado", cuja máxima representação é a do casal de sexos opostos, representa um apego a conservas culturais que impede a compreensão de novas construções intersubjetivas coexistentes, o que incita o preconceito e a estigmatização.

Referências

Abrantes, T. (2016/Julho). Brasil é o país mais perigoso para homossexuais, diz NYT. *Exame*. Recuperado de https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-e-o-pais-mais-perigoso-para-homossexuais-diz-nyt/

Adler, L. (1983). *Segredos de alcova*. Caxias do Sul: Terramar.

Araújo, M. de F. (2005). A difícil arte da convivência conjugal: A dialética do amor e da violência. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 278-293). Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Edições Loyola.

Barker, M. (2005). This is my partner, and this is my... partner's partner: Constructing a polyamorous identity in a monogamous world. *Journal of Constructivist Psychology*, *18*(1), 75-88.

Bassanezi, C. (1996). *Virando as páginas, revendo as mulheres: Relações homem- mulher e revistas femininas (1945-1964)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bauman, Z. (2003). *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Blekesaune, M. (2018). Is cohabitation as good as marriage for people's subjective well-being? Longitudinal evidence on happiness and life satisfaction in the british household panel

survey. *Journal of Happiness Studies*, *19*(2), 505–520. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9834-x

Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2003). Relações conjugais em transformação e sofrimento psíquico numa sociedade em transição. In I. I. Costa, A. F. Holanda, F. M. M. C. Martins, & M. I. Tafury (Eds.), *Ética, linguagem e sofrimento. Anais/Trabalhos Completos. VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia* (pp. 295-307). Brasília.

Bustos, D. M. (2006). *Perigo... Amor a vista! Drama e psicodrama de casais*. São Paulo: Aleph.

Candido, A. (1951). The Brazilian family. In T. L. Smith & A. Marchant (Eds.), *Brazil: portrait of half a continent* (pp. 291-312). Nova York: The Dryden Press.

Castells, M. (1999). *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra.

Conceição, M. I. G. (2003). A filosofia dialógica e a religião do encontro: Buber e Moreno. In I. I. Costa, A. F. Holanda, F. M. M. C. Martins, & M. I. Tafury (Eds.), *Ética, linguagem e sofrimento. Anais/Trabalhos Completos. VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia* (pp. 233-248). Brasília: Abrafipp.

Costa, C., & Mosmann, C. (2015). Relacionamentos conjugais na atualidade: Percepções de indivíduos em casamentos de longa duração. *Revista da SPAGESP*, *16*(2), 16–31.

D'Incaio, M. A. (2001). Mulher e família burguesa. In M. Del Priore (Ed.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 223-240). São Paulo: Contexto/Unesp.

Del Priore, M. (2006). *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto.

Diniz, G., & Coelho, V. L. (2005). A História e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 138-157). Rio de Janeiro: PUC-Rio.

Ennes, P. (2006). A união estável e suas implicações na vida cotidiana. *Revista Polêmica, 17*, 1-7.

Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *11*(2), 379-394.

Féres-Carneiro, T. (2004, maio). Conjugalidade dos pais e projeto dos filhos frente ao laço conjugal. *Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia – Anpepp* (pp. 43-44). Aracruz.

Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2005). Conjugalidade dos pais e projeto dos filhos frente ao laço conjugal. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 111-121). Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Edições Loyola.

Féres-Carneiro, T., Ponciano, E. L. T., & Magalhães, A. S. (2007). Família e casal: Da tradição à modernidade. In C. M. de O. Cerveny (Ed.), *Família em Movimento* (pp. 23- 36). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiredo, M. G., & Diniz, G. R. S. (2018). Mulheres casamento e carreira: Um olhar sob a perspectiva sistêmica feminista. *Nova Perspectiva Sistêmica*, *60*, 100–119. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n60a06

Freire Costa, J. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico dos grupos e psicoterapias.* Rio de Janeiro: Campus.

Giddens, A. (1993). *As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Unesp.

Jablonski, B. (1998). *Até que a vida nos separe: A crise do casamento contemporâneo* (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Agir.

Jablonski, B. (2005). Atitudes de jovens solteiros frente à família e ao casamento: Novas tendências? In T. Férez-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 90-110). Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Edições Loyola.

Kaufmann, J. C. (1995). *Sociologie du couple*. Paris: PUF.

Kessler, C. S. (2013). Relacionamento: Fim do amor romântico ou um novo amor consumo? *Sociedade e Cultura*, *16*(2), 363–374.

Klesse, C. (2006). Polyamory and its 'Others': contesting the terms of non-monogamy. *Sexualities, 9*(5), 565-583.

Kurdek, L. A. (2005). What do we know about gay and lesbian couples. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 251-254.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Casamento homoafetivo: amor, visibilidade e cidadania*. Recuperado de https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/19610-casamento-homoafetivo-amor-visibilidade-e-cidadania

Lima, L. G. (1987). *Mulheres, adultérios e padres: História e moral na sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: Dois Pontos.

Lira, A. N., & Morais, N. A. (2016). Famílias constituídas por lésbicas, gays e bissexuais: Revisão sistemática de literatura. *Temas Em Psicologia*, *24*(3), 1051–1067. https://doi.org/10.9788/TP2016.3-14Pt

Magalhães, A. S. (2003). Transmutando a subjetividade na conjugalidade. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 225-245). Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Edições Loyola.

Magalhães, A. S. (2004, maio). Conquistando a herança: Sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. *Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia – Anpepp*, Aracruz.

Mello, L. (2005). Outras famílias: A construção social da conjugalidade homossexual no Brasil. *Cadernos Pagu*, (24), 197-225. https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100010

Melo, R. (2016). A íntima relação entre as tecnologias comunicativas e nossa experiência afetivo-sexual. *Arte Factum*, *8*(1). Recuperado de http://www.artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/996/600

Menezes, C. C. (2006). *A transição para o casamento*. Universidade Federal do Rio Grade do Sul.

Moreno, J. L. (1994). *Quem sobreviverá? Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama, v. II*. Goiânia: Dimensão. (Trabalho original publicado em 1953)

Neves, D. M. (2016). Normas face ao género e à diversidade sexual: Mudanças inacabadas nos discursos juvenis. *Sociologia, Problemas e Práticas, 82*, 89-102.

Ozório, C. D., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2017). Casamento dos pais e conjugalidade dos filhos: do modelo tradicional ao contemporâneo. *Pensando Famílias*, *21*(1), 20–32. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100003&lng=pt&tlng=pt

Samara, E. M. (1987). Tendências atuais da história da família no Brasil. In A. M. Almeida (Ed.), *Pensando a família no Brasil: Da colônia à modernidade* (pp. 25-36). Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ.

Samara, E. M. (2002). O que mudou na família brasileira?: Da colônia à atualidade. *Psico USP*, *13*(2), 27-48.

Santos, D. (2011, Maio). Supremo reconhece união estável de homossexuais. *Portal G1*. Recuperado de http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/05/supremo-reconhece-uniao-estavel-de-homossexuais.html

Seligman, F. (2013, Maio). CNJ obriga cartórios de todo o país a celebrar casamento entre gays. *Folha de São Paulo*. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/05/1278302-cnj-estabelece-casamento-gay-em-todo-pais.shtml

Sevcenko, N. (1998). *História da vida privada no Brasil. República: Da Belle Époque à era do rádio*. São Paulo: Cia das Letras.

Silva, L. A., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2018). Motivations for the maintenance of marriage. *Psicologia em Estudo*, *23*, e41155. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e41155

Silvério, M. S. (2018). *Eu, tu... Ilus: Poliamor e não monogamias consensuais* (Instituto Universitário de Lisboa). Recuperado de https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/18470

Távora, M. T. (2000). Sociometria das figuras de mundo interno na terapia de casal: Um enfoque metodológico de intervenção. *Revista Brasileira de Psicodrama*, *8*(1), 51-66.

Trigo, M. H. B. (1989). Amor e casamento no século XX. In M. A. D'Incao, (Ed.), *Amor e família no Brasil* (pp. 88-93). São Paulo: Contexto.

Vieira, D. É., & Stengel, M. (2010). Os nós do individualismo e da conjugalidade na Pós-Modernidade. *Aletheia*, *32*, 147–160.

Wagner, A., & Levandowski, D. C. (2008). Sentir-se bem em família: Um desafio frente à diversidade. *Textos & Contextos*, *7*(1), 88-97.

3 Complex hypnosis contributions to Clinical Psychology

Maurício Neubern
Hugo Nogueira Gonçalves

The construction of clinical psychology, as a field of studies and research in psychology, receives contradictory influences from the modern paradigm of science (Gonzalez Rey, 2019). It is possible that these contradictions arise from the incompatibility between the proposal to study the epistemological terrain of subjectivity, where notions such as soul, subject, quality, feelings, arts, common sense, dwell under a proposal of objectivity, characterized by notions such as matter, quantity, universal laws and physics (Morin, 2014a). A first consequence of this process is the emergence of a considerable diversity of approaches, in contrast to the proposal of the modern paradigm of a hegemonic knowledge of reality. Under the aegis of different philosophical and epistemological influences (O'Donohue, 2013), the different approaches to clinical psychology are able to explore the various dichotomies involved in the notion of subjectivity, such as internal v. external, subject v. object, conscious v. unconscious, essence v. existence, construction v. revelation, singular v. universal, autonomy v. dependence, determinism v. free will, individual v. collective, subject v. object (Morin, 2014a), bringing contributions of high relevance.

However, in spite of these contributions, the modern paradigm of science often promotes a reductionist and disjunctive influence that establishes rigid relations between such notions, subjugating them among themselves or even ignoring one of them. Thus, the individual usually associates with the internal and both overlap the collective and the external, so as not to favor a dialectical understanding between them (Gonzalez Rey, 2019) and, as a consequence, the subject, as a being of action, creation and autonomy, is usually disentangled from its determinations and cultural dependences. Another

important issue is the polarization between meaning-related approaches, which often depart from a first-person science perspective, that is, that values the subject, its own universe of qualitative experiences, and standard-oriented approaches that general refer to a perspective of third-person science, aimed at an objective, quantitative and sensitive view of patterns (Neubern, 2016). Commonly such approaches choose a single explanatory category (meaning, behavior, cognition) to deal with and explain with a wide variety of processes of human experience, involving the body, interaction, language, feelings, imagination, among others, that is, a universe which is much more complex and systemic than the logic of a single theoretical category.

The dilemma existing between revealing or constructing the person's reality is also another problematic issue in this sense. Perhaps because of the absence of an ontological definition of the psyche (Gonzalez Rey, 2019), capable of establishing conceptual boundaries to address it, it is commonly difficult for clinical psychologists to understand to what extent their influences act on the experience of the other. Thus, not infrequently, some may position themselves in a realistic idea, without regard to their role in the relationship, while others may conceive themselves as constructors of this process, without, however, conceiving clearly whether or not there is a reality of the other beyond their influences. As discussed by authors in other fields (Stengers, 2002), this dilemma is marked by a great lack of clarity, which can result in several clinical problems, such as the imposition of an authoritarian narrative of the realists, or the neglection of lived, but not verbally expressed realities, on the part of constructivists or narrative clinicians (Gonzalez Rey, 2019).

Thus, the above-mentioned dilemmas result in rigid ways of conceiving the world of human experience, as if the inflexibility of the theoretical and methodological concepts did not match the fugacity, uniqueness and fluidity of many human processes. Although this incompatibility constitutes a problem, it also refers to a great challenge, since the field of study of clinical psychology – the human experience – may present possibilities of the highest relevance for the construction of alternatives regarding the dilemmas raised above. That is, the dimensions marginalized by the dominant paradigm need to be retaken in their relations with human experience as fields of reflection for new ways of thinking. In this sense, hypnosis can be a promising field for new reflections in clinical psychology,

mainly to provide, as will be discussed in this work, complex and creative perspectives for the relations between the dimensions that compose human experience, but that under institutional and epistemological processes (Chertok & Stengers, 1989), have come to an inflexible arrangement of relations.

For many authors, hypnosis is one of the most important topics in clinical psychology, specially because of its big potential of complexity (Méheust, 1999; Roustang, 2015; Stengers, 2002). As an experience, hypnosis is associated with trance, whose characteristics are the *ego-world* alterations, such as time, space, matter, causality, alterity and body, which is followed by the emergence of a series of unconscious processes (Neubern, 2016). As communication, hypnosis is understood as mutual processes of suggestion exchanges, which can be conceived as a general processes of influence (Roustang, 2015) or, more specifically, as the hypnotic techniques. Orders, truisms, analogies, storytelling, metaphors, body movements, and even the role assumed by someone within a hypnotic relationship can be examples of forms of hypnotic communication (Erickson, 1992).

Its historical studies bring out important process during the formation of clinical approaches (Chertok & Stengers, 1989), intrinsic relations with psychotherapy (Carroy, 2000), and relationships with social and cultural contexts in the nineteenth century (Méheust, 1999). Hypnosis is also very relevant to epistemology, especially in relation to the dilemma of creation and revelation of reality (Stengers, 2002), a common point that constitutes a challenge for practice and research (Neubern, 2017). Its field of clinical applications is also very broad, in order to cover diverse demands of psychotherapy, psychiatry, psychology, medicine, dentistry (Erickson & Rossi, 1983) and even its articulations with neuroscience (Morar, Ducreux & Knafo, 2018) and human sciences (Midol, 2010).

On the other hand, hypnosis, as a human phenomenon, highlights important possibilities for problematic issues in clinical psychology. Some cultural studies (Midol, 2010; Nathan, 2004), mainly developed in cultures with other notions of self, point out that the trance constitutes, at the same time, as a collective and individual process. Going beyond a process of individual experience, they emphasize how collective processes are part of the trance, in the form of beings, knowledge and devices that pass through them

and become decisive for people. This brings the perspective of conceiving the individual in his different relations with collective processes that may be outside and also within him, which greatly relaxes the relationship internal v. external, as well as the relationship determination v. free will.

Hypnosis is also of great relevance for thinking about the problem of the heterogeneity of the communicational and experiential processes (Roustang, 2015), since in trance the subject does not usually live a situation in the "as if" logic, but he feels it very concretely (Neubern, 2016). A childhood scene visualization, for example, in which the child plays in a lake is not exhausted in a symbolic process, since a whole series of sensations (tactile, kinesthetic, olfactory, visual) are present, accompanied by emotions and images that are not always translated in words. Hypnotic communication, in turn, transcends the symbolic question, involving vital and corporeal processes (Roustang, 2015), bringing them closer to biology, while also implying a dramatic dimension that brings it closer to the theater (Erickson, 1992; Schechner, 2013). Words are loaded with an energetic charge, and occur in a body choreography also highly permeated by the culture that transmits symbols, but also other processes, thus requiring a semiotic understanding based on diversity of signs (Neubern, 2016).

Hypnosis is also of great relevance in the reflection on the dilemma construction v. revelation of reality, mainly for constituting itself as a praxis in which the relational influence is constitutive of the experience of the people (Erickson, 1992; Roustang, 2015). Since all therapeutic theory (medical, psychotherapeutic, psychological, spiritual) is hypnogenic (Stengers, 2002), that is, it reproduces its view of the world in the person's experience, the mutual influence typical of hypnosis transcends the boundaries between inner and outer. It helps to create in the world of the person what is conveyed in the relational process and constitutes the theory of the psychologist, which requires a process of reflexivity and much ethical consideration. However, the world of the other is also a reality and has an active role in the process, which involves its creation and its own autonomy, built throughout its history and its action in different moments of social insertion. This reality that presents itself in the hypnotic process is forged by influence, while at the same time it is also revealed in a certain way, because it evokes constitutive processes of the person's experience. This also touches on the uniqueness of the person's

meanings, a point well defended by Erickson (1992), not only placing the dichotomy autonomy v. dependence, but also the need for the psychologist to recognize the specificity of the realities lived by the other to weave his interventions.

Complexity, in turn, an interdisciplinary philosophy of thinking (Morin, 2014a; 2014b), becomes an interesting possibility to point some ways to these dilemmas. In opposition to the modern paradigm, with its reductionisms, disjunctions and simplifications, complexity proposes the articulation between different disciplines and key notions of knowledge. Under a complex thought, a phenomenon such as trance is simultaneously biological, psychological, social, sociological, ethnical, cultural, spiritual, ethical, economic and includes a dialogic relationship between the different dichotomies of human experience (Neubern, 2016). Therefore, the French thinker Edgar Morin (2014a; 2014b), one of the most important authors of this thought, recognizes that highlighting the various dimensions of a phenomenon is not enough to define its complexity, requiring a method (*La Méthode*) that, through certain concepts (organization, subject, hologram, autonomy-dependence, whole-part), is capable of articulating such processes and dimensions.

Thus, a phenomenon like the trance is an organizational process, which involves order (patterns, regularities, generalities) and disorders (potentialities, changes, ruptures); it happens in the experience of a subject who is singular, but necessarily includes collectivities, as his cultural knowledges; it opens space to think this individuality as something that represents several all (cultural, genetic, social, collective), being therefore a hologram; this subject can be autonomous, being creative and reflective, and at the same time dependent and influenced by various determinations to which it comes to represent (Morin, 2014b; Neubern, 2016).

Thus, the objective of this work is to propose, from the reflection on hypnosis, complex ideas (Morin, 2014a) for clinical psychology, which will be done in two ways: trance and hypnotic communication. Both subdivisions are illustrated by three case studies developed by Milton Erickson and Tobie Nathan. However, since complexity does not have an empirical methodology, this works is supported by peircean semiotics (Colapietro, 1989; Jappy, 2013; Nöth, 2015; Peirce, 1998), which has many similarities with complexity (Morin, 2014a; 2014b). In other words, the applications of semiotics on the

questions treated in case studies works as a support to provide subsides for the construction of complex ideas about the points discussed here. This work is developed in two ways. First, three short case studies are understood by the application of some concepts of peircean semiotics and phenomenology. Two of them work the relations between individuality and collectivity in trance, in questions such as the polyphony of the human subjectivity, the role of the ego while subject and representative (medium) of a collective world, and the problem of the meaning, while the last, treats hypnotic communication and its questions such as heterogeneity of signs, creation and revelation, whole and part, autonomy and dependence. Second, the concepts of complexity are used to understand the issues raised above and, at the same time, highlight contributions to clinical psychology.

Theory: hypnosis, complexity and semiotics

Complexity means that which is woven together (Morin, 2014b), creates a whole, which is beyond the sum of the parts, but does not eliminate its parts either, that is, the whole-part principle. The complexity proposes the articulation between different knowledges, dimensions and notions, commonly separated by the reductionist and disjunctive paradigms of human knowledges (Morin, 2014a). System (or organization) is one key concept of the complex approach, since it articulates different dimensions and notions, while a dynamic process in which order and disorder are always present. Thus, instead of proposing the dichotomy between notions as autonomy and dependence, complexity conceives that both are present in the systems of nature and humans, forming dialectic and recursive links between them and, in consequence, human experience can be comprehended while a *self-eco-organization* system. In this sense, hologram is another important key notion and can be understood while a condition in which each person brings in himself, all wholes of which he participates (family, community, society, species, culture and humanity).

Hypnosis is conceived, as discussed above (Neubern, 2016), as the relationship between trance, which refers to the notion of state as Charcot defended in Paris, and hypnotic communication, which refers to the notion of suggestion, as defended by Bernheim, Liebeault and Delboeuf in Nancy (Carroy, 2000). The alterations ego-world

that characterizes the trance have as consequence the emergence of many processes, such as polyphony (Morin, 1996), in which many voices can emerge and stablish new relations with the ego. During trance, a person can be possessed by an ancestor or spirit (a "we", that is, a voice which represents a collective world and its demands), talk with somebody important in his story (a "you"), or still feel a strong anesthesia (a "that", or an phylogenetical heritage). The human experience became thus, a kind of negotiating arena and the ego, commonly conceived as the sole source of reason and control, perceives other sources of agency and power with those who it needs to stablish new forms of relationships.

In this sense, hypnotic communication is not only addressed to the ego, but also to the different voices of person's experience (Neubern, 2016). Storytelling, for example, contains many subjects in its phrases and this diversity can implicate the polyphonic experience of the trance, and in consequence, many of these voices beyond the ego can be involved in a therapeutic process. Truisms, analogies, metaphors, in summary, hypnotic techniques work in the same way and, if each person is also inhabited by many voices (Roustang, 2015) and collective worlds (Nathan, 2015) the hypnotic communication is not only developed by two people , but also by different collective worlds. In this way, hypnotic communication emerges from an encounter of worlds because therapist and person are not alone in human relations, but deeply influenced by this collective world.

Peirce's contributions (Peirce, 1998) are also very important here, especially in regard to semiotics (the study of signs) and phenomenology (the study of the ways of apprehension of the world). A sign is something which represents an object and produces an effect in the mind of an interlocutor (an interpretant). Signs can be understood and classified according to themselves, the interpretants and also their objects. And–(Jappy, 2013; Nöth, 2015), according to this last possibility, they can be *icons*, which are linked by quality with their objects (such as images, drawings, hieroglyphics, verbs, adverbs and adjectives), *indexes*, which are related by functionality or causality (such as footprints on the floor, thermometers measurements and scratching made by a bear in a tree) and *symbols*, which are related to their objects by law, habits or conventions (words, books and speech). A *symbol* has in its constitution, an *index* and an *icon,* and, in a similar way, an

index has an *icon*. Semiotic forms are systems or configurations of signs (Jappy, 2013), commonly present in human communication and experience.

Signs have also an important relation with phenomenological categories (Peirce, 1998): *firstness*, implicated with quality, potentiality, feelings and present are very linked to icons, while *secondness*, implicated with singular phenomena, existent and reaction are related to indexes and *thirdness*, implicated with law, convention, thinking and habit, are especially linked to symbols. Iconicity is the capacity of the sign to convey the quality of its objects, which can be conceived in three kinds of signs: *images* (first-firstness), *diagrams* (second-firstness) and *metaphors* (third-firstness).

Trance: individuality and collectivity

Tobie Nathan (2004), one of the most important French ethnopsychiatrists, presents a case study in which he received for an appointment an immigrant woman born in Cameroon. She was very depressed because of her father's death and under psychiatric care. When they began the conversation, she developed a trance state and began to speak with masculine gestures and a thick voice, which frightened the members of the therapeutic team. Then, Nathan asked her, who was there, and the answer was: "I'm her father. She is my adoptive daughter and I need to give my inheritance to all of my children and daughters. If I can't do it, I'll take revenge of everyone" (p. 73). Nathan realized that this was a traditional practice from his ethnical group that was to be fulfilled, for it was a condition of peace to the deceased ancestor. Therefore, the next sessions were held with the presence of other children until the father, through the trance of his adoptive daughter, was able to attribute to each of them their part of inheritance. During this process, the depressive symptoms had disappeared, the woman declared, and they decided to interrupt the therapy.

Trance can also promote a very active participation of the patient, which place him as the subject of the process (Morin, 2014b). Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1983) offers a very interesting example, through the hypnosis developed with a young and depressed man nicknamed "sad sack". This patient had an history full of episodes that generated suffering (negative moments with his family, work and girls, a traumatic divorce, suicidal

ideation, and loss of the job that he liked) and, at that moment, he was depressed and thinking about suicide. In a very complex use of suggestions, Erickson led him to visualize a sequence of many scenes in his mind and then told him that he should think very seriously about the scenes and think about what he should choose for his own life. The patient took a lot of time-to think in trance and, after this first appointment, he changed many things in his life, such as his relationship with colleagues and boss (he asked for a salary increase for the latter), the type of restaurants and places he frequented and a more dignified house to live in.

The comparison between these two case studies is very interesting, because they suggest different roles assumed by the *ego* during trance. Nathan's patient was perhaps a case of *ego* eclipsed (Clément, 2011), in which she had her being (body, voice, mind) taken by another that represented a collectivity (*we*). She was possessed, without knowing and remembering what was happening, and her unique role was to serve as an intermediary for the ancestor to be respected by the living people. Erickson's patient was very active during trance experience and he could work consciously to think and to take decisions which were very relevant to his therapeutic process. His clinical demand – the depression – was individual, despite the social influence, and when he watched the scenes, he didn't negotiate or interact with others, but with himself in order to think about the changes he should make and how to achieve them. It is possible to conceive that in the case study of the woman, she has preferably acted as a representative or medium of this collective universe (Nathan, 2015) and its conversations (Colapietro, 1989), while in the case of the young man, he has preferably played the role of subject (Morin, 2014b) of his process.

Hypnotic communication

Milton Erickson (1958, quoted in Haley, 1985) reported a very interesting case study with a young musician, Pietro, whose family had Italian origin. Pietro asked for a therapy session after seeking help of many physicians to solve his problem: a great swelling in his lower lip. This problem was very inconvenient, since Pietro was a flautist and unable to work in the orchestra. His father was very authoritarian, having been responsible for many of his choices in his past life, including music and the flute and at that time he was still a kind of patriarch who decided for every member of the family, from the simple day-to-day

choices to issues of greater importance (such as profession and marriage). His father was somebody who should never be questioned, even if his decisions brought suffering to other family members.

Initially, Erickson had a casual conversation with Pietro, but with the introduction of some sentences with no apparent sense, such as "I was born in December" (p. 96). Thus, Erickson led him to a light trance where he suggested Pietro to speak freely whatever came to his mind and, at the end of the first session, he responded to his request for a new meeting: "I'm recording the hour and day. Be here on time" (p. 92). However, Erickson intentionally withheld any information about the day and hour of the next session, letting Pietro go home without knowing when the next appointment would be, but only that it would happen. During the next nine months, Pietro would go to therapy to offend Erickson, with different kinds of offenses, and profanity about the different themes of his life, such as his way of thinking, his profession (psychiatrist) and his ancestral origin (Vikings). Therefore, when Pietro tried to criticize him as a father, he had an insight and said: "But you aren't my father" (p. 93) which was followed by a good conversation between them about how Pietro could have a free, direct and respectful dialogue with his father (which occurred that night). Three months later, he had no more symptoms and was able to return to his work in the orchestra.

Discussion

Trance: individuality and collectivity

The cultural influence was decisive to narrative construction of each case study. In the first case, there was a person who came from a traditional African society, in which the recognition of the individual is linked to his ethnical group (Nathan, 2015), which favors his participation in the trance as an intermediary. In the second case, originating in a Western society, where the individual and his autonomy are praised, he has assumed his active role as subject (Morin, 2014b). This is not to say that the roles of subject and medium were not present in both cases, but only that there was a dominance of one of them in each case.

Those case studies are very interesting to illustrate the relationships between individuality and collectivity. They bring out the problem of semiotic forms and theirs

objects, that is, their cultural antecedents which are, in a semiotic perspective (Colapietro, 1989), the conversations. When somebody says *"I do this, … I want this, … I am …"* the *I* is a semiotic form which is preceded by conversations and many other social and cultural exchanges, like practices, rituals, designations, loyalties, missions. In summary, a process that carries a subjective load which places the subject as representative of this cultural world (Neubern, 2016). The woman in the case study reported by Nathan (2004) was aware of the cultural obligations about her dead father and, probably, the absence of a moment of inheritance distribution amongst the children was one of the most important elements integrated into her depression. Then, the *I* here is fully taken up by cultural process as if the obedience to their laws (symbols) was her only option, especially regarding her depression.

However, her father was also a semiotic form representing this cultural and spiritual universe. The trance, with all of its characteristics, was an important way of expression of this collective world: when she enters the trance, her father (someone who lives in a world with other references of place, time, matter, causality) assumes her body and voice and can express many elements of the spiritual world, such as the mandatory rules, the intentionality of ancestors and the request of a conversation. Therefore, while she became a spokeswoman of this universe, someone who should be a medium (or sign) between the spiritual world of the ancestors and her relatives, her father was also a representative of this world that required the presence of his children to fulfill an ancestor obligation. Following a complex perspective, it would be possible to conceive that the trance favored a negotiation between the *I* (the woman), the *you* (her father) under dominance of the *we* (the group of ancestors and humans). The *I* should be liberated from the depression only if the negotiation met the expectations of the *we*, a conflict that is very common in trances of spiritual content (Nathan, 2004).

Unlike the above example, in the case study reported by Erickson (Erickson & Rossi, 1983), the *I,* while semiotic form, is not eclipsed. The patient, in trance, could deliberately think about the experiences and take practical decisions about his life, decisions that were fundamental to important daily changes. It is possible to conceive that the patient here had to interact differently with the *you*, that is, the people in his world of experience with whom he developed important relationships, such as those of love and work. In this way, the different *you* in his world was at the center of building his problems and letting him

think negatively about himself, as well as building his depression state and suicidal ideation. In spite of the emphasis on the individual theme, this case study cannot be understood in an exclusive individual view, nor as a case of *ego*-isolated action, since it involves many social processes (the interaction with the various *you*), different forms of agency (Gallagher, 2012) and the individualism typical of Western cultures. It is possible to conceive that the more internal and individual processes are also forged collectively, through different cultural processes.

Those case studies bring consequences of great relevance to clinical psychology. First, beyond the internal v. external dichotomies, as individual v. collective, the *ego* is not an isolated or omnipotent psych instance, but a semiotic form that maintains multiple relations with sociocultural processes that preceded it and with whom it interacts daily (Colapietro, 1989; Neubern, 2016). Thus, when somebody says *I want this … I feel that … I think this*, these expressions, implicated with the *ego*, can contain the possibilities of the subject and the medium, because they bring within themselves the conscious intentionality of the individual and the collective influences of the sociocultural universe. Therefore, each person is a kind of *hologram* (Morin, 2014b), that is, a part that represents many wholes (family, ethnic origins, religion, society, biology), and also keeps the possibility of intentional action of the subject, whose constructions promote the subjectivities of their influences.

The relationship between the subject and the medium can take many forms, especially in clinical practices such as psychotherapy. Sometimes, as related in Nathan's case study (Nathan, 2004), the medium must be dominant, because the person needs to take the role of intermediary of her cultural universe. This is very common in clinical demands linked to spirituality (Clément, 2011), in which there is a cultural requirement for the person to assume this role. Other situations require the subject to be dominant, especially when the person fells subjugated by negative process, as in the case study reported by Erickson (Erickson & Rossi, 1983). And, many case studies can present two possibilities in different moments of their therapeutic process, since the person may have different demands attached to each of these conditions. Such a variety of arrangements of these conditions may, perhaps, be encompassed by a general principle in which both need

to be reconciled in the person's experience, although the therapeutic process may give more emphasis to one.

Second, the trance offers to clinical psychology a different understanding about an experience of reality that is generally not accessible through conversation (Clément, 2011). When a person is in trance their experiences don't occur under the logic of the "as if" as it frequently happens in the technique of conversation, in which experiences occur under certain distance promoted by words and symbols typical from thirdness. In trance, the person does not only talk about her past, but revives it, feeling in his body the impact of something that doesn't appear to her as illusion, memory or imagination, but as a kind of reality also implied with firstness and secondness. The typical *ego-world* reference changes that characterize trance (Neubern, 2016) can promote not only a strong impact in the person, but mainly a world experience with other nature of references, far beyond the ego control. Erickson's patient (Erickson & Rossi, 1983) was able to think about his past, while visualizing and feelling intense scenes that contributed to his depression. As for Nathan's patient (Nathan, 2004), her trance was characterized by the concrete presence of her dead father, who spoke in the name of a very real world for her culture – the ancestors – so that it could be scarcely classified in purely psychological and individual terms.

Perhaps the most important consequence of this point is the question of meaning, which is one of the most relevant topics to the various practices in clinical psychology, since it implies the subjective experience as reality (Gonzalez Rey, 2019). Meaning, while symbolic process, can't be conceived as its unique concept of analysis, since subjective experience is constructed in complex semiotic processes with a large variety of signs (Colapietro, 1989). Thus, following a semiotic perspective (Jappy, 2013), categories such as cognition, unconscious, emotions, behavior and narrative must be conceived under many semiotic articulations, since they integrate semiotic forms which are very complex systems or organizations (Neubern, 2016). The depression experienced by Erickson's patient, for example, involved different social exchanges of suffering at work and in the affective field, processes of vitality in the body, negative body image, cognitive processes in the form of constructing suicide as logic, emotions of high negativity, in short, signs of different logical levels composing very complex semiotic forms. The potentiality for change often originates from the disorder of that organization, that is, the modification of established

processes of that system, which in the case of said patient, occurred by evoking a different capacity to think of oneself and its history. His unwillingness to think otherwise might have been tied to an old disposition for his affectionate and working projects, which, however, were generally frustrated.

Moreover, meaning is a construction that implicates simultaneously individual and collective process. At the same time that meaning is the product of individual semiosis (Colapietro, 1989), it is also a kind of hologram, integrating within itself different cultural universes (ethnical, spiritual, community, family, society) in which the person inserts himself (Neubern, 2017). Without this understanding, Nathan (2004) could interpret the patient's dead father as a defense mechanism, a form of compensation or an imaginary process produced with the objective of helping her deal with the mourning of her father. That is, from an individual and intrapsychic point of view, he couldn't comprehend the reality she lived in its multiple meanings, when her father took her body and used her voice to talk with their family. Therefore, meaning cannot be accessed and understood without considering the various semiotics connections with the cultural universes and its components, which can greatly vary according to a person`s culture. Cultural devices (rituals, practices, performances as found in religion, education, science, work), social transmissions (family loyalties, modes of relationship, values, media), cultural beings (spirits, *orixás*, ancestors, family members dead, *demons*), and the collective knowledges (ideologies, politics, economy, religion) are some examples that integrate the complex network of the construction of meaning.

Hypnotic communication

The development of a semiotic and complex analysis of Pietro's case study stems from the understanding that hypnotic communication is heterogeneous in semiotic terms (Neubern, 2016). Different kind of signs are present in hypnotic communication and, consequently, its comprehension can be situated beyond the very common polarization in clinical psychology between meaning, connected to narrative, insights, empathy, first-person science and patterns, linked to behavior, cognition, objective analysis and third-person science. During Pietro's therapy, Erickson uttered meaningless phrases (such as "I was born in December"), which could be thought of as *indexes*, whose function was simply to draw the patient's attention to something he didn't know. It was a subliminal

message in which he, the therapist, was putting himself as an omnipotent and narcissistic figure, since there was no pertinence in expressing his date of birth. Then, this subliminal relation between Erickson and his father was also a kind of symbolic sign (a *metaphor*) since he used a single sign (himself) to juxtapose these two figures.

Although hypnotic communication may emphasize some semiotic level (such as the *secondness* of the patterns or *thirdness* of the meanings), its tissues are always heterogeneous. The signs can act in the production of reactions, as do the *indexes*, and simultaneously in the construction of meanings, which is a symbolic field. The hypnotic communication developed between Erickson and Pietro resembles a boxing match, in which the provocations, acting as indexes, where compared to punches and the logic of the conflicting relationship, as symbolic signs, to the rules of struggle. Moreover, the iconicity between Pietro's father and Erickson's authoritarian attitude was able to promote a dimension of firstness, which favored the formation of a deep emotional bond capable of accepting and providing the therapeutic process of the young man. This affective soil is not only the fundamental basis of the therapeutic process of hypnosis, but it is also the basis of other semiotic process, so that the expression of each act or speech is preceded by signs of firstness and may be also supported or organized by the symbols. The diversity of semiotic forms is even greater when one considers, in these relationships, other important dimensions of hypnosis, such as gestures, body choreography and sonority (Roustang, 2015; Schechner, 2013).

A first important contribution to clinical psychology is that, following the complex *whole-part* principle (Morin, 2014b), the different logical levels of communication signs can offer to clinical psychology important ways for understanding and approaching complex problems. Some clinical demands, such as chronic pain (Neubern, 2016), are organized in different levels, but often psychologists have only one theoretical category to deal with (like symbols, cognitions or narratives). Symbols, for instance, are very important to understand and treat chronic pain. However, there are many systems of this kind of experience, whose organizational dominance is not symbolic, but made up of indexes and, if a psychologist insists on a symbolic approach, he risks creating an anthropomorphic perspective (as if the pain possessed human attributes, such as intention and guilt) or ineffective interventions. Unlike Pietro's symptom, in which the symbolic seemed to prevail, there are symptoms in which the indexes seem to predominate, which

requires the psychologist a special focus on secondness. Thus, the *whole-part* principle is important to understand the specificity of each moment in the semiotic forms of human experience, in order to construct, by means of communication, approaches compatible with them as well as to avoid the very common misunderstanding of dissolving the diversity of processes by a single dominant category.

The second important point is the dilemma between construction and revelation of the subjective reality of the person (Stengers, 2002). When Erickson assumed an authoritarian role and Pietro expressed a strong aggressiveness, there were different kinds of influence (specially from Erickson's suggestions) linked to specific process of semiosis (particularly from Pietro's repressed feelings about his despotic father). In other words, the suggestions, as semiotic forms, were directed to a very particular field of interpreters (Jappy, 2013) due to a *pertinent* read made by the therapist: he perceived semiotic forms of Pietro's experience linked to his father, his suffering and symptoms, and then constructed a favorable context for the patient to deal with, express and re-signify that process. The communication created a new and singular semiotic network through the inclusion of new signs to pre-existing semiotic forms, which had a significant impact on the experience of Pietro.

Therefore, the construction of this therapeutic process, including its solutions, was constituted by specific and pertinent forms of communication and, at the same time, by processes of a subjective reality that already existed and needed to be revealed in some way. Without a pertinent reading, a therapist could create obviously an alternative reality with the patient, but very far from his demands and capable even of harming him, either by increasing his suffering, or by contributing to his difficulties in accepting his own cultural origins and belongings. In other words, pertinence is fundamental in this discussion, since it places the patient also as a subject who constructs the reality – a condition usually attributed only to the researcher in science (Neubern, 2017). Then, if pertinence fails to produce the difference between fact and artifact, as the modern paradigm requires (Stengers, 2002), it allows one to differentiate the semiotic forms that make sense or not for the subject and are, therefore, real or alienating to this subject as to his own world.

Hypnotic communication is also extremely involved with the autonomy-dependence paradox (Morin, 2014b), so the construction of a clinical process must take into account

the ways and roles each person can take part in clinical relationship (Bioy, 2018). It is a third important contribution here discussed and implies two principles in hypnosis. First, communication should preferably be a way of inviting the subject to participate in the relationship in a free and creative way (Erickson, 1992). Erickson's seemingly authoritarian stance favored Pietro's freedom to take on an aggressive role that had great relevance to his therapeutic process and was hard to assume in other contexts. Second, each person always brings with him his bonds in a way that he never enters in a therapeutic relationship alone, since each person always brings with himself the social influences and baggage that inhabit his world (Nathan, 2015; Roustang, 2015). In this sense, the progress of Pietro's therapy might be difficult if he did not bring his father's authoritarian figure to the relational setting, which characterized the curious paradox of having the freedom to work his own oppression. That is, acting as an interesting form of invitation, clinical communication facilitates an activity of autonomy in different levels, even those beyond the reach of ego.

These ideas provide important contributions to clinical psychology, especially regarding the concept of *self-eco-organization,* that is, a principle in which an organization is influenced by processes inherent to itself (autos or self) and also by the ecology where it is inserted. (Morin, 2014b). The actions of both protagonists, the psychologist and the person, in a clinical context constitute a process that considers and participates in this ecology of signs (culture, society, nature) that permeate the relationship and make up large organizations, which places them in the dimension of the *echo*. These are actions that involve freedom and creative power, mainly because they have the sensitivity of the present moment. They involve techniques, application of concepts and ways of insertion in the relational choreography required by such ecology. However, this action is not entirely free, since it needs to consider the determinants that inhabit such processes and, especially, the individuals, which gives the dimension of the *autos or self*. What determinations, impositions, and demands (like Pietro's tyrannical father) must be brought into the setting and put into the agenda for such a process. Only in this way, taking into account and negotiating with the relevant determinations imposed on the person, will the clinical process acquire an emancipatory character.

Conclusions

It is possible to consider that the importance of hypnosis for clinical psychology is precisely what is conceived as marginal in the modern paradigm of science (Chertok & Stengers, 1989): its elusive character, singular, qualitative, subtle, fugitive, in short, its deep subjective constitution. Opposing consecrated notions of this paradigm, such as quantity, universal laws, objectivity (Morin, 2014a), hypnosis has rebelled against the attempts to domesticate it as a field of scientific interest, which in itself is already of great relevance to clinical psychology, since this one also finds many difficulties to be inserted like science under the aegis of the modern paradigm (Stengers, 2002). That is, if hypnosis refuses the brutal attempt to reduce the *psyche* to a *physis*, it becomes a point of great interest for clinical psychology, pointing to some relevant alternative pathways.

A first alternative is that a field pervaded by such subjectivity cannot entail rigid and inflexible relations between the different notions of human experience commonly polarized by modern influence. As Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1983) very well describes, an *a priori* in this sense is not possible, given that human experiences are unique and have multiple configuration possibilities. At this point, the concept of organization is of great relevance, because it points out the various systemic possibilities of connection between different processes, highlighting their regularities (order), but also, and especially, the ruptures and transformations that characterize them (disorder), given the elusive character of human experience. This singular and unstable content of experience also breaks with the objective perspective of law, but allows us to perceive, through notions such as organization and hologram, how differently collective and, indeed, universal processes are also present in the processes of a single person. The apparent paradox between being subject (which implies creation and freedom) and being representative of a collectivity also pass through such points (Morin, 2014a).

A second point in this sense is that deeply subjective human experience is not encapsulated within an individual, but is in many ways connected to the world. In this sense, there is a complex relationship of high clinical relevance between the potential and qualitative dimensions of the firstness that underlies the signs of human relationships (Nöth, 2015) and experience and the concrete processes (such as words, gestures, social practices, rituals) that characterize social exchanges (Neubern, 2016). Hypnosis is of great

importance for the study of the subliminal relations that are present in the microsocial exchanges, but also in macrosocial influences, like those of the media, the cinema and other great metanarratives of a society. Hypnosis, especially through semiotics (Jappy, 2013), has much to say about how such influences come to life in the imaginary of people, so as to favor their constructions of the world and their attitudes toward destiny.

However, if there is a need to develop such proposals in the context of the scientific communities of clinical psychologists, hypnosis also makes an unequivocal contribution to this, since, while denouncing power-plays between different factions, it points to a need for dialogue which requires interest in doubt rather than certainty. The elusive nature of its phenomena highlights that the search for certainties in the history of the psychic sciences generally coincides with the imposition of the authority of some school authors (Stengers, 2002), as a way of liquidating doubt, contradictions and debates. Hypnosis requires exactly the fields of dialogues in which the interest is not to overcome confrontations with people who think differently, but to seek for joint growth inclusive of different ideas. Although for many this may seem utopic, for others it may constitute a sign of epistemological and institutional maturation of the communities of clinical psychologists that do so (Neubern, 2016).

References

Bioy, A. (2018). Cachez cet inconscient que je ne saurais voir. *Transes, 5*, 35 – 39.

Carroy, J. (2000). L'invention du mot psychothérapi et ses enjeux. *Psychologie Clinique*, 9, 11- 30.

Chertok, L. & Stengers, I. (1989). *Le Coeur et la raison. L'Hypnose en question*. Paris: Payot.

Clément, C. (2011). *L'Appel de la transe*. Paris: Stok.

Colapietro, V. (1989). *Peirce's approach to the self*. New York: Suny.

Erickson, M. (1985). *Healing in hypnosis*. New York: Irvington.

Erickson, M. (1992). *Creative choices in hypnosis*. New York: Irvington.

Erickson & Rossi, E. (1983). *Experiencing hypnosis*. New York: Irvington.

Gallagher, S. (2012). Multiple aspects of agency. *New Ideas in Psychology*, *30*, 15-31.

Gonzalez Rey, F. (2019). Subjectivity in debate: some reconstructed philosophical premises to advance its discussion in psychology. *Journal of Theory and Social Behavior*, 49, 1-23.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton Erickson*. New York: Triangle Press.

Jappy, T. (2013). *Introduction to peircean visual semiotics*. New York: Bloomsbury.

Méheust, B. (1999). *Somnambulisme et médiumnité*. Paris: Syntelabo.

Midol, N. (2010). *Écologie des transes*. Paris: Téraèdre.

Morar, S.; Ducreux, D., & Knafo, S. (2018). Un ou plusieurs inconscients dans nos neurones. *Transes*, *5*, 53 – 64.

Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In D. Fried-Schnitman (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. (pp. 45 – 58). Porto Alegre: Artes Médicas.

Morin, E. (2014a). *La méthode IV. Les idées*. Paris: Points Essai.

Morin, E. (2014b). *La méthode V. l'Humanité de l'humanité*. Paris: Points Essai.

Nathan, T. (2004). *Du commerce avec les diables*. Paris: Synthelabo.

Nathan, T. (2015). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris: Points Essai.

Neubern, M. (2016). Iconicidade e complexidade na comunicação hipnótica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32* (esp), 1-9.

Neubern, M. (2017). Iconicidade como possibilidade de pesquisa qualitativa da hipnose. *Psicologia em Estudo, 22*, 505-515.

Nöth, W. (2015). The paradigms of iconicity in language and literature. Em M. Hiraga (org). *Iconicity: east meets west*. (pp. 13-34). Amsterdan: John Benjamins.

O'Donohue, W. (2013). *Clinical psychology and the philosophy of science*. London: Springer.

Peirce, C. (1998). *The essential Peirce.* Indianapolis: Indiana University Press.

Roustang, F. (2015). *Jamais contre, d'abord: la présence d'un corps*. Paris: Odile Jacob.

Scheschner, R. (2013). *Performance studies. An introduction*. London : Routledge.

Stengers, I. (2002). *Hypnose: entre magie et science*. Paris: Synthelabo.

4 Freud e socioeducação: a educação entre a repressão e a oferta de alternativas de vida

Tiago Alves Miranda
Luiz Augusto M. Celes

Os adolescentes que cometem atos infracionais[1] são sentenciados ao cumprimento de medidas socioeducativas. Para cumpri-las, eles devem se submeter ao atendimento socioeducativo – uma prática educativa que privilegia a promoção do desenvolvimento e a garantia dos direitos dos adolescentes, em detrimento dos aspectos sancionatórios. Essa concepção de atendimento é reveladora de uma tensão entre a prática pedagógica (seu eixo prioritário) e a repressão (que deve ocupar um lugar secundário).

As ideias freudianas acerca da educação se encontram no ponto de tensão entre a repressão e a proposição de alternativas educativas críticas à repressão – o que instiga a utilização da psicanálise para pensar o atendimento socioeducativo. Porém, ainda que tenha sido um entusiasta da aplicação da psicanálise à educação e defendido sua utilização por educadores de adolescentes que infringem leis (Freud, 1925/2011), Freud apresentou posicionamentos divergentes sobre a educação ao longo de sua obra: ora criticando o uso da repressão na tarefa educativa, ora assentindo que os educadores devem reprimir (ou impor limites) aos educandos. Tais posicionamentos são reflexo de diferentes pontos de vista de Freud sobre as relações entre pulsões e cultura. Respectivamente: a crítica aos excessos repressivos da civilização frente ao afluxo pulsional, e a afirmação do irredutível antagonismo pulsões-cultura.

Associadas ao fato de que Freud não sistematizou suas ideias sobre a educação, as discrepâncias em seu pensamento levantam dúvidas sobre a possibilidade de articular

1. Condutas que a legislação penal brasileira tipifica como crimes, mas que, quando praticadas por criança ou adolescente, recebem a denominação técnica de atos infracionais.

psicanálise e socioeducação – pelo menos quanto a esta última, haja vista que seu espírito ético-legal preconiza uma crítica à repressão. Por isso, é relevante apresentarmos uma concepção freudiana de educação que seja crítica ao uso da repressão, mas que não ignore importantes aspectos da oposição pulsões-cultura – sendo este o objetivo do presente artigo. Para alcançá-lo, examinaremos as ideias freudianas sobre a educação, orientando-nos pela perspectiva do atendimento socioeducativo.

Este artigo é inspirado nas elaborações pós-freudianas (fomentadas pelo próprio Freud) acerca das relações entre psicanálise e educação, especialmente na querela entre Millot (1987) e Cifali (2003). Para Millot (1987), Freud inicialmente fundamentou uma crítica ao caráter repressivo da educação, mas mudanças na teoria (pulsional, principalmente) o teriam conduzido a abandonar o projeto de uma reforma educativa baseada na psicanálise. Nesse diapasão, Freud teria desistido de aplicar a psicanálise à educação e estabelecido que sua única contribuição ao campo consistiria na análise do educador e da criança (Millot, 1987). Já Cifali (2003) realça que, ainda que suas ideias tenham sido pendulares, Freud manteve um permanente entusiasmo quanto à aplicação da psicanálise à educação. Cifali (2003) reafirma a possibilidade de que a psicanálise se posicione criticamente à repressão, contrapondo-se a interpretações que reivindicam a "quintessência" da obra de Freud (que se encontraria em textos tardios onde ele supostamente teria recusado toda influência na área educacional).

Para Lajonquière (2010), a polêmica Millot-Cifali e outras incidências da psicanálise na educação são decorrentes da diversidade e da disparidade das ideias de Freud sobre o tema, que suscitou (e continuará a suscitar) idas e vindas sobre o texto freudiano. Um exemplo disso é Kupfer (1989/2007), que, em *Freud e a educação: o mestre do impossível*, defendeu o posicionamento de Millot (1987) acerca da inaplicabilidade da psicanálise à educação. Posteriormente, em *Freud e a educação, dez anos depois*, Kupfer (1999) admitiu ser possível pensar uma educação psicanaliticamente orientada. Kupfer (1999) compreende que, em que pesem suas contribuições para o tema da educação, Millot (1987) velava pela ortodoxia lacaniana frente às ideias kleinianas e à ego psychology e, para isso, fiava-se em "(...) palavras-de-ordem que imperavam, na época, no interior do Campo Freudiano na França" (Kupfer, 1999, p. 17).

De nossa parte, avaliamos ser necessário reconhecer a irredutibilidade da oposição pulsões-civilização e o consequente mal-estar na cultura acentuados por Millot (1987), sem menosprezar a postura crítica de Freud face aos excessos da cultura, como o fez Cifali (2003). Contudo, não poderemos nos imiscuir nos pormenores desse debate (que contou com a intervenção de inúmeros autores), posto que nos distanciaríamos do objetivo deste artigo. Por isso, contribuiremos a essa discussão restringindo nossa atenção ao texto freudiano.

O atendimento socioeducativo

O Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA (Brasil, 1990) outorga a condição de sujeitos de direitos a toda a população infanto-juvenil brasileira, e reconhece a "(...) condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento" (Brasil, 1990, art. 6º). Nessas circunstâncias, Estado, sociedade e família têm o dever de garantir, com absoluta prioridade, todos os direitos de crianças e adolescentes, "(...) a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (Brasil, 1990, art. 3º). Ou seja, compreende-se que o acesso a direitos como saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização etc. interfere direta e positivamente no processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Acolher o ECA (Brasil, 1990) no cotidiano significa, portanto, tratar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e indivíduos que se encontram na infância ou adolescência, períodos da vida determinantes de seus próprios futuros e do futuro da sociedade. Por esse prisma, o ECA (Brasil, 1990) não é apenas um instrumento legal, mas se constitui como uma forma pela qual Estado e sociedade devem perceber e se relacionar com a população infanto-juvenil.

Nesse contexto ético-legal, o aparato institucional de controle social do delito deve ser acionado somente em situações em que crianças e adolescentes estejam envolvidos em atos infracionais. Para crianças que os cometem, aplicam-se medidas protetivas; e os adolescentes são sancionados com medidas socioeducativas (MSEs), de caráter coercitivo, no curso das quais lhes é imposta a restrição de direitos ou a privação de liberdade (Brasil, 2012).

Mesmo assim, Estado, família e sociedade devem manter, no cerne de sua relação com os adolescentes em cumprimento de MSEs, o compromisso com a garantia de seus direitos e a promoção de seu desenvolvimento – já que esse compromisso se estende a toda a população infanto-juvenil brasileira, sem qualquer distinção (Brasil, 1990). Coerentemente, embora as MSEs tenham uma inextirpável natureza sancionatória – posto que têm o objetivo de desaprovar a conduta infracional pela imposição de restrições legais (Brasil, 2012) –, sua operacionalização se embasa na garantia de direitos e na realização de ações educativas, dotando-as de uma natureza sociopedagógica predominante (Brasil, 2006).

Essa natureza dupla das MSEs – sancionatória e educativa – assinala uma distinção entre a restrição de direitos ou a privação de liberdade de um lado, e a realização de uma ação pedagógica de outro. Depreende-se dessa distinção o entendimento de que punir (impor sanções legais) não é suficiente para educar. E quando esta compreensão é associada à diretriz pedagógica que prescreve a "prevalência da ação socioeducativa sobre os aspectos meramente sancionatórios" (Brasil, 2006, p. 47), conclui-se que há uma crítica à repressão no campo da socioeducação.

Essa postura crítica se opõe à perspectiva que compreende que a privação de liberdade (ou a punição) exerce, por si só, uma função educativa. Trata-se de uma concepção bastante difundida entre os operadores do Direito (Lopes de Oliveira, 2014) – e, acrescentamos, entre profissionais e gestores de Unidades que executam MSEs –, contra a qual Konzen (2006) e Lopes de Oliveira (2014) propõem uma solução: vincular o caráter sancionatório da MSE à sentença em que ela é aplicada, reservando seu caráter educativo ao atendimento socioeducativo – a prática pedagógica à qual os adolescentes são submetidos.

Esse expediente de "(...) marcar simbolicamente a vinculação da função pedagógica não à MSE, em si, mas ao atendimento que é realizado no contexto dos programas socioeducativos (...)" (Lopes de Oliveira, 2014, p. 93) consiste em uma operação diferenciação: evidenciar a função punitiva (repressiva) da sanção (que se materializa pela restrição de direitos ou pela privação de liberdade), negando que ela tenha um caráter educativo. Porém, ainda que acompanhemos Konzen (2006) e Lopes de Oliveira (2014) – e o faremos adiante –, entendemos que a distinção que sugerem é insuficiente para dar

conta das relações entre repressão e educação no atendimento socioeducativo. Isto, porque tal distinção não consegue albergar o fato de que os adolescentes sentenciados ao cumprimento de MSEs são coagidos a se submeterem a uma prática educativa (o atendimento socioeducativo) que tem a mesma duração das restrições legais que lhes são infligidas. Ou seja, mesmo que se diga que a sanção não é educativa, a repressão não deixa de fazer parte da educação.

Por conseguinte, a coexistência entre repressão e educação é inerente ao atendimento socioeducativo. Ao dizê-lo, não estamos fazendo qualquer defesa de um reducionismo repressivo-sancionatório; pelo contrário, defendemos que, tal como se infere das normativas vigentes (Brasil, 1990, 2006, 2012), a repressão seja deliberadamente secundarizada na ação socioeducativa. Todavia, é impossível fazer desaparecer a repressão, restando a alternativa de atenuar sua participação na relação com os adolescentes.

Com essa intenção, o socioeducador[2] acumulará as funções conflitantes de fazer cumprir uma sentença condenatória e de fazer prevalecer com o adolescente uma relação pedagógica menos saturada pela sanção. Para cumprir essas tarefas, é útil a distinção sugerida por Konzen (2006) e Lopes de Oliveira (2014): atribuir (ao menos em parte) o caráter sancionatório da MSE à sentença (e, portanto, ao Judiciário) é uma ação que, além de corresponder à realidade do processo judicial – já que é a autoridade judiciária quem decide entre manter ou extinguir a MSE, ou até impor novas sanções –, contribui para que o socioeducador possa se ocupar menos com o controle, a vigilância e a adaptação dos adolescentes à sociedade e à MSE. Assim, retira-se o acento de algumas das principais expressões da sanção no atendimento socioeducativo.

A garantia de direitos também é uma ação estratégica nesse sentido, especialmente quando entendida como a oferta de condições sociais e materiais para que os adolescentes possam construir alternativas para suas vidas. Nesse caso, o socioeducador dedicará

2. Para fins deste texto, consideram-se socioeducadores todos os profissionais que atuam no atendimento socioeducativo (em meio aberto ou fechado), independentemente de atuarem na área da segurança, saúde ou escola, ou de comporem equipe técnica.

tempo e atenção a um conjunto de ações que não está imediatamente relacionado à sanção.

Ademais, a garantia de direitos é uma das vias pelas quais se promoverá o desenvolvimento dos adolescentes, tendo em vista que "(...) para o pleno desenvolvimento das pessoas que se encontram nessa fase da vida, é essencial que sejam fornecidas condições sociais adequadas à consecução de todos os direitos a elas atribuídos" (Brasil, 2006, p. 26). De outro lado, infere-se dessa concepção que a falta de condições sociais contribui para a prática de ilicitudes de adolescentes. Nessa linha, normativas da Organização das Nações Unidas (ONU, 1985, 1990) das quais o Brasil é signatário – e que fundamentaram o ECA (Brasil, 1990) – ressaltam que toda a sociedade deve envidar esforços a fim de conferir as condições necessárias para assegurar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, e, assim, reduzir as motivações para que se vinculem ao contexto infracional. Logo, tais normativas (ONU, 1985, 1990) reconhecem que diversos fatores cooperam para que um adolescente incorra em uma infração à lei, – dentre os quais, o desrespeito à proteção integral –, e que, em contrapartida, garantir direitos é uma forma de evitar a conduta infracional de crianças e adolescentes.

Em suma, a legislação brasileira prevê sanções para adolescentes que cometem atos infracionais, mas os submete a uma prática educativa empenhada em secundarizar a repressão e que, dentre outras ações, garanta as condições sociais e materiais que lhes permitam idealizar e construir alternativas para suas vidas. Essas concepções ético-legais impelem os socioeducadores a utilizar referenciais teóricos que considerem a importância de ofertar condições de vida para os adolescentes e questionem intervenções meramente repressivas. Com essas orientações, buscaremos uma concepção freudiana sobre a educação que ofereça elementos para serem articulados ao atendimento socioeducativo.

Freud e a educação

Iniciamos nossa investigação com uma advertência: as referências de Freud sobre a educação são numerosas em sua obra, mas não foram objeto de sistematização, de modo que algumas delas se contradizem. Para lhes conferir uma coerência, é necessário um

esforço de síntese que compreenda os pressupostos que as sustentam – ao qual nos dedicaremos, a partir de dois posicionamentos antagônicos de Freud sobre a educação.

Qualquer que fosse a dualidade pulsional vigente, Freud (e.g., 1913/1996a, 1914/2010a, 1930/1996b) demonstra a incompatibilidade entre as reivindicações pulsionais e culturais, denotada pelo processo psíquico de internalização das proibições culturais, em prejuízo da satisfação pulsional. E porque a educação – que engloba a ação dos pais e de outras figuras de autoridade na vida da criança – é considerada um vetor das proibições culturais, as ideias freudianas sobre a educação se embasam na oposição pulsão-civilização.

Frente a esse viés repressivo da educação, Freud oscila entre a contestação e o consentimento: ora se orienta pela compreensão de que, conhecendo a teoria psicanalítica, os educadores "(...) vão se abster de qualquer tentativa de suprimir esses impulsos pela força (...)" (Freud, 1913/1996c, p. 191), ora, afirma que "(...) a educação deve inibir, proibir e suprimir (...)" (Freud, 1933/1996d, p. 147). Uma discussão sobre os pressupostos que fundamentam essas ideias (decorrentes da oposição pulsões-cultura) concede lastro significativo para uma síntese entre elas e para conclusões que lhes ultrapassam.

A repressão na educação. A compreensão de que a educação deve impor limites se alicerça na inexorabilidade das injunções coercitivas da civilização à satisfação pulsional. Essa postura freudiana é mais evidente na última dualidade pulsional, quando a teorização da pulsão de morte radicalizou o antagonismo pulsões-cultura: com ela, tanto indivíduo quanto civilização precisarão travar batalhas intestinas entre Eros e pulsão de morte, cujo resultado é um mal-estar que resiste a toda reforma cultural ou educacional.

Do lado do indivíduo, o conflito entre pulsões de vida e pulsão de morte atinge seu clímax no complexo de Édipo com a vitória (momentânea) de Eros, que impele a criança a renunciar à agressividade e se identificar ao pai. Esta vitória é, no entanto, paga ao preço da criação do superego, que se apossa de toda a agressividade que o sujeito gostaria de exercer contra o pai e a utiliza contra o ego, gerando um sentimento de culpa inconsciente. Por isso, "(...) o sentimento de culpa é expressão tanto do conflito devido à

ambivalência, quanto da eterna luta entre Eros e o instinto[3] de destruição ou morte" (Freud, 1930/1996b, p. 135).

E, para a cultura, a pulsão de morte é "(...) o maior impedimento à civilização" (Freud, 1930/1996b, p. 125). Sem a coerção e a renúncia pulsionais, a humanidade seria um grupamento caótico de indivíduos preocupados apenas com a satisfação de impulsos egoístas, cujo tecido estaria condenado à desintegração. Assim, a civilização não pode se eximir de restringir a satisfação pulsional. Esse breve quadro nos habilita a entender o seguinte trecho:

> A criança deve aprender a controlar seus instintos. É impossível conceder-lhe liberdade de pôr em prática todos os seus impulsos sem restrição (...). Por conseguinte, *a educação deve inibir, proibir e suprimir*, e isto ela procurou fazer em todos os períodos da história (Freud, 1933/1996d, p. 147, *grifos nossos*).

Logo, é porque a renúncia, a culpa e o mal-estar são expressões de um conflito pulsional interno aos indivíduos, e porque a vida em comunidade exige a renúncia de satisfações pulsionais, que a educação não deve se esquivar de transmitir proibições culturais a fim de preparar crianças e jovens para o convívio social. Isolada, essa ideia conduziria à conclusão de que Freud fazia uma defesa monolítica da repressão no âmbito da educação.

A crítica à repressão. No entanto, ainda que a renúncia pulsional seja um fenômeno de base para a cultura e para o psiquismo, faz diferença se determinada sociedade é opressora ou generosa para com os interesses e desejos individuais. Afinal, o conflito entre pulsões de vida e pulsão de morte é universal e fundamental para os sujeitos, mas vários aspectos (inclusive sociais, culturais e educativos) intervêm em seus resultados.

Em *Os instintos e seus destinos*, por exemplo, Freud (1915/2010b) apresenta a relação Eu-mundo exterior como uma das três grandes polaridades que governam o psiquismo e influenciam os diversos destinos pulsionais. Mesmo que nesse momento Freud

---

3. Quando se tratar de transcrições da tradução do texto freudiano, manteremos a palavra "instinto", mas nós utilizaremos o termo "pulsão" ao longo do artigo.

(1915/2010b) não considere a pulsão de morte, suas características de busca radical da satisfação (portanto, de tendência ao zero) e da agressividade estão implicadas na noção de pulsão sexual. Assim, por mais que possamos entender o conflito pulsional como inerente aos indivíduos e insolúvel, sendo, por isso, responsável pelo mal-estar próprio à vida em sociedade, não se pode dizer que ele é insuscetível à ação de outros fatores, como os sociais e culturais, para a determinação dos destinos pulsionais. Para sermos freudianos mais uma vez (e outras vezes) a grandeza ou o grau de infelicidade pode ser influenciada pelas condições exteriores.

É essa compreensão que respalda as críticas de Freud aos excessos repressivos da cultura e da educação. *Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna* é um dos textos que seguem essa trilha, onde Freud (1908/1996e) critica as proibições excessivas à satisfação das pulsões sexuais impostas pela moralidade e educação de sua época. Considerando o papel da sexualidade na gênese das neuroses, Freud (1908/1996e) responsabiliza (em parte) o severo regime de continência sexual exigido pela civilização e sugere que a psicanálise poderia pensar uma reforma cultural e educacional que evitasse a causação das neuroses.

Mesmo quando a pulsão de morte já havia sido teorizada, Freud (1927/1996f), em *O futuro de uma ilusão*, debruça-se sobre os excessos coercitivos da civilização e da educação, concluindo pela necessidade de reformas. Com um discurso idealista, Freud (1927/1996f) discute a função repressiva desempenhada pela religião que, em nome da contenção pulsional, interdita o pensamento e extenua o potencial intelectual dos indivíduos.

Essas construções subsidiaram a proposição de reformas que preconizam uma educação menos moralista (ou menos repressiva) que não conduza à neurose (Freud, 1913/1996c), ou uma educação para a realidade que, frente ao poder das pulsões, aposta na razão em detrimento das ameaças e ilusões da religião (Freud, 1927/1996f). Em ambos os casos, Freud (1913/1996c, 1927/1996f) levou às últimas consequências o papel da civilização na determinação dos destinos pulsionais para estabelecer suas perspectivas educativas.

A síntese possível. Em nossa argumentação prévia deixamos entrever que os pressupostos que fundamentam o encargo dos educadores de impor limites a crianças e jovens e aqueles sustentam uma crítica à repressão na educação coexistem com relativa harmonia. Tais pressupostos concernem, respectivamente, à inevitabilidade da contenção pulsional para a convivência social, e à crítica ao elã da civilização em restringir a satisfação pulsional. Mesmo a introdução da pulsão de morte na teoria, que resultou na radicalização da oposição pulsões-cultura, não fez com que esses pressupostos se anulassem. Isso pode ser verificado em *O mal-estar na civilização*: ainda que entenda que a cultura se alicerça sobre a renúncia pulsional, Freud (1930/1996b) reconhece que a civilização costuma se exceder em seus esforços de manter as pulsões sob controle tanto no que tange às escassas ofertas de satisfação pulsional, quanto às altas exigências de renúncia que faz a seus integrantes. Assim, a cultura poderia ser organizada de forma a atender mais adequadamente aos indivíduos:

> Quando, com toda justiça, consideramos falho o presente estado de nossa civilização, por atender de forma tão inadequada às nossas exigências de um plano de vida que nos torne felizes, e por permitir a existência de tanto sofrimento, que provavelmente poderia ser evitado; quando, com crítica impiedosa, tentamos pôr à mostra as raízes de sua imperfeição, estamos indubitavelmente exercendo um direito justo, e não nos mostrando inimigos da civilização. Podemos esperar efetuar, gradativamente, em nossa civilização alterações tais, que satisfaçam melhor nossas necessidades e escapem às nossas críticas. Mas talvez também possamos nos familiarizar com a ideia de existirem dificuldades, ligadas à natureza da civilização, que não se submeterão a qualquer tentativa de reforma (Freud, 1930/1996b, p. 120).

Ou seja, não obstante a estruturação da civilização sobre a renúncia pulsional, Freud (1930/1996b) mantém sua crítica à cultura e anseia que ela seja mais satisfatória aos indivíduos. Essas duas perspectivas não se contradizem, apenas se restringem mutuamente. Tanto o enunciado da inelutável contenção pulsional para a convivência social não é uma carta branca para o autoritarismo, quanto o ideal de alcance almejado por reformas sociais sofre uma redução significativa. É precisamente esta ressalva que o conflito entre pulsões de vida e pulsão de morte faz à intenção reformista de Freud: um

alerta quanto às limitações de reformas sociais e educacionais amparadas em críticas à atitude repressiva da civilização e da educação, e não um esvaziamento completo de suas potencialidades.

Apoiados nessa lógica, podemos ir adiante e dizer, com Freud (1927/1996f), que certas dificuldades da convivência social "(...) não são inerentes à natureza da própria civilização, mas determinadas pelas imperfeições das formas culturais que até agora se desenvolveram" (p. 16). Uma delas é a existência de sociedades que negam satisfações pulsionais a apenas uma parcela de seus integrantes, uma classe social. Aqui, Freud (1927/1996f) é implacável:

> Se, porém, uma cultura não foi além do ponto em que a satisfação de uma parte de seus participantes depende da opressão da outra parte, parte esta talvez maior – e este é o caso em todas as culturas atuais –, é compreensível que as pessoas assim oprimidas desenvolvam uma intensa hostilidade para com uma cultura cuja existência elas tornam possível pelo seu trabalho, mas de cuja riqueza não possuem mais do que uma quota mínima. Em tais condições, não é de esperar uma internalização das proibições culturais entre as pessoas oprimidas. Pelo contrário, elas não estão preparadas para reconhecer essas proibições, têm a intenção de destruir a própria cultura e, se possível, até mesmo aniquilar os postulados em que se baseia. (...) Não é preciso dizer que uma civilização que deixa insatisfeito um número tão grande de seus participantes e os impulsiona à revolta, não tem nem merece a perspectiva de uma existência duradoura (p. 22).

Para além da convivência entre pulsão de morte e crítica à cultura, depreende-se desse excerto um ponto cardinal: mesmo a internalização de proibições culturais depende (também, evidentemente) das oportunidades de satisfação pulsional proporcionadas pelas formas de organização social; ou seja, há uma fundamentação pulsional da vida em comunidade. Nessa direção, as proibições não são o único recurso de que a civilização dispõe para que os sujeitos vivam conforme seus preceitos; mas, ao contrário, a relação indivíduo-sociedade também se edifica sobre a satisfação das pulsões e, por conseguinte, no esforço empreendido pelas formações culturais para conceder liberdade e meios para que seus integrantes desfrutem dos benefícios da civilização.

Nesse sentido, podemos lembrar que, em alguns momentos, Freud (e.g., 1908/1996e, 1927/1996f, 1930/1996b) pondera que a cultura deve oferecer contrapartidas para as renúncias que demanda dos indivíduos. Não é razoável exigir tanto sem qualquer compensação, sem adotar medidas "(...) que se destinam a reconciliar os homens com ela [a civilização] e a recompensá-los por seus sacrifícios" (Freud, 1927/1996f, p. 20).

Uma proposição para a educação. Uma vez assentados em um mesmo terreno os pressupostos aparentemente antagônicos das ideias freudianas sobre a educação, torna-se viável um diálogo entre elas:

> (...) a educação deve inibir, proibir e suprimir, e isto ela procurou fazer em todos os períodos da história. Na análise, porém, temos verificado que precisamente essa supressão dos instintos envolve o risco de doença neurótica. (...) Assim, a educação tem de escolher seu caminho entre o Sila da não-interferência e o Caríbdis da frustração. A menos que o problema seja inteiramente insolúvel, deve-se descobrir um ponto ótimo que possibilite à educação atingir o máximo com o mínimo de dano. Será, portanto, uma questão de decidir quanto proibir, em que hora e por que meios. E, ademais, devemos levar em conta o fato de que os objetos de nossa influência educacional têm disposições constitucionais inatas muito diferentes, de modo que é quase impossível que o mesmo método educativo possa ser uniformemente bom para todas as crianças. Uma simples reflexão nos diz que até agora a educação cumpriu muito mal sua tarefa e causou às crianças grandes prejuízos. Se ela descobrir o ponto ótimo e executar suas tarefas de maneira ideal, ela pode esperar eliminar um dos fatores da etiologia do adoecer – a influência dos traumas acidentais da infância. Ela não pode, em caso nenhum, suprimir o outro fator – o poder de uma constituição instintual rebelde (Freud, 1933/1996d, p. 147).

Com essas palavras esclarecedoras, Freud (1933/1996d) reafirma sua preocupação com a nocividade de uma educação que reprima em demasia e acentua a ação mútua de fatores internos e externos aos indivíduos para os destinos pulsionais, reconhecendo a educação como um agente externo que também é determinante para a dinâmica psíquica dos sujeitos. Logo, mesmo afirmando que a educação deve impor limites, Freud (1933/1996d) mantém sua postura crítica em relação aos excessos da coerção pulsional e

evidencia que o educador deve proibir apenas quando pertinente. Em suma, Freud (1933/1996d) entende que a imposição de limites é um recurso do qual a educação não pode se privar, mas que deve ser usado com ponderação e sobriedade.

Essa prudência face à coerção pulsional se soma à ideia de que a civilização deve lançar mão de medidas compensatórias para as renúncias que exige dos indivíduos. Identificamos tal perspectiva nas críticas a uma educação religiosa que, para impor limites à satisfação pulsional, prefere se servir de ameaças de punição celestial e de promessas de bem-aventurança após a morte (Freud, 1927/1996f). E é congruente com essa postura crítica um deslocamento da repressão de seu lugar central, que passa a ser ocupado pela oferta de meios e oportunidades de satisfação para que os sujeitos viabilizem suas vidas:

> Enquanto, porém, a virtude não for recompensada aqui na Terra, a ética, imagino eu, pregará em vão. Acho também bastante certo que, nesse sentido, uma mudança real nas relações dos seres humanos com a propriedade seria de muito mais ajuda do que quaisquer ordens éticas (...) (Freud, 1930/1996b, p. 146).

Como constatado acima, é imprescindível que, ao passo que imponham restrições, as organizações sociais atendam aos interesses individuais. Caso contrário, tratar-se-ão de proibições opressoras que exigem renúncia cega e incondicional, com graves consequências para os indivíduos.

Essa argumentação é consoante com uma educação menos preocupada com impor limites e que utiliza a pulsão sexual para fins culturais, pelo mecanismo da sublimação:

> Nossas mais elevadas virtudes desenvolveram-se, como formações reativas e sublimações, de nossas piores disposições. A educação deve escrupulosamente abster-se de soterrar essas preciosas fontes de ação e restringir-se a incentivar os processos pelos quais essas energias são conduzidas ao longo de trilhas seguras (Freud, 1913/1996c, p. 191).

Além das pulsões sexuais, a pulsão de morte também pode ser sublimada: "O instinto de destruição, moderado e domado, e, por assim dizer, inibido em sua finalidade, deve, quando dirigido para objetos, proporcionar ao ego a satisfação de suas necessidades e o controle sobre a natureza" (Freud, 1930/1996b, p. 125).

Essas ideias nos levam a pensar que o educador agiria como um guia, um orientador que entende que cada sujeito precisa encontrar as próprias alternativas para viabilizar sua vida. Nesse caso, os educadores assumiriam a função capital de auxiliar os educandos a descobrir, traçar e consolidar as trajetórias de vida que desejam, que lhes interessam e que são viáveis, acompanhando-os em seu itinerário.

E a Socioeducação com isso?

Antes de prosseguirmos rumo a um estreitamento das relações entre psicanálise e socioeducação, é relevante prestar um esclarecimento a fim de não dar margem a imprecisões. Aqui, nossa leitura das propostas freudianas e as conclusões que lhe são decorentes foram norteadas pelo prisma do atendimento socioeducativo, uma prática educativa específica destinada a adolescentes e jovens com uma problemática também específica – a infração a leis da sociedade brasileira. Assim, qualquer prolongamento de nossas conclusões em direção a outros contextos educativos (educação familiar ou educação escolar, por exemplo) precisa ser objeto de ponderações cautelosas.

Por outro lado, interessa-nos notar que Freud não fazia uma separação taxativa entre os contextos onde ocorrem a educação, o que pode ser verificado em *Prólogo a* Juventude Abandonada*, de August Aichhorn* (Freud, 1925/2011). Aichhorn (1925/2006) escreveu um livro que tratava da educação de jovens com problemas de conduta, dentre os quais, jovens que cometiam infrações à lei. E, no prefácio a este livro, Freud (1925/2011) extraiu conclusões para a educação (de forma geral) a partir da prática educativa de Aichhorn (1925/2006).

Tal constatação nos estimula a ampliar para outros contextos educativos as elaborações contidas no presente artigo. E as linhas de investigação acumuladas em nossa leitura da obra freudiana convergem para a seguinte formulação: "A causa determinante de *todas as formas assumidas pela vida mental humana* deve, na verdade, ser buscada na ação recíproca entre as disposições inatas e as experiências acidentais" (Freud, 1940/1996g, p. 197, *grifos nossos*). Portanto, respeitando as peculiaridades de cada contexto e sujeito, os educadores deve ter em mente que civilização e educação devem ser contadas entre os determinantes do destino de todos os indivíduos.

No caso dos adolescentes que cometem infrações, em uma perspectiva freudiana é pertinente adotar um posicionamento crítico frente ao lugar ocupado pela repressão na educação e uma postura (no mínimo) compreensiva frente às condições de vida dos adolescentes (tal como Aichhorn (1925/2006) o fez, diga-se de passagem). Nesse sentido, salientamos que grande parte dos adolescentes em cumprimento de MSE possui poucas alternativas para construir seus futuros – como observa, por exemplo, a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013), que indica que, em sua maioria, eles são de baixa condição socioeconômica, residem em bairros periféricos, apresentam defasagem e/ou evasão escolar, não trabalham ou estão em empregos informais etc. Por isso, uma teoria psicanaliticamente orientada sobre o fenômeno da delinquência juvenil que não contemple os determinantes sociais de suas condutas incorreria em erro crasso de abstração da realidade – a famigerada psicologização de problemas sociais.

No âmbito da socioeducação, uma das consequências desse expediente é sua materialização no atendimento aos adolescentes: sem contemplar os determinantes sociais com a devida gravidade, corre-se o risco de empreender uma prática que não se empenhe na construção de oportunidades de satisfação pulsional e alternativas de vida para os sujeitos. Ao atuar dessa forma, executa-se uma sentença condenatória por infração à lei cometida por um adolescente, ao mesmo tempo em que se despreza as infrações à lei perpetradas por Estado e sociedade ao violar e/ou não garantir direitos deste mesmo adolescente ao longo de sua vida. Para além de constituir um problema ético, essa atuação faz prevalecer na socioeducação uma índole repressiva que submete os sujeitos a uma sanção de caráter unicamente aflitivo e espera que eles se curvem aos ditames sociais sem perspectivas de alternativas para suas vidas (convenhamos que ao menos parte dos adolescentes se vê encurralada diante das opções que vislumbra para viver seu presente e construir seu futuro). Por isso, qualquer teoria que se preste a fundamentar o atendimento socioeducativo precisa se ocupar do fator social – seja uma teoria sobre os sujeitos, seja uma teoria sobre a prática.

Neste momento, nossa atenção está voltada principalmente para a prática socioeducativa. E devemos confessar que, antes de nos dedicarmos ao presente artigo, pesquisávamos a associação entre a técnica psicanalítica e a ação educativa, com a intenção de discutir o desafio de sustentar uma escuta psicanaliticamente orientada no

trabalho com adolescentes em conflito com a lei, tal como Freud (1925/2011) sugeriu ser possível:

> Se ele [o educador] aprendeu a análise mediante a experiência em sua própria pessoa e está em condição de aplicá-la (...) como ajuda em seu trabalho, então se deve permitir a ele o exercício da psicanálise e não lhe pôr nisso obstáculos por motivos mesquinhos (p. 350).

Todavia, no percurso dessa pesquisa, fomos reconduzidos aos fundamentos da articulação entre psicanálise e educação.

O referencial que adotamos para guiar nossa leitura da obra freudiana resulta em uma atenção especial à questão sociocultural na determinação da conduta infracional dos adolescentes. E, sendo a socioeducação uma política pública que intervém também sobre os determinantes sociais, uma reflexão de orientação psicanalítica sobre o atendimento socioeducativo deve, no mínimo, endossar tal intervenção. Caso contrário, abre-se margem para que um profissional orientado pela psicanálise se dedique a uma prática exclusivamente psicoterapêutica e deliberadamente exonere a si e à instituição da responsabilidade de intervir sobre os fatores sociais; ou, na melhor das hipóteses, realize uma escuta acolhedora das, não raro, precárias condições de existência desses sujeitos, mas não veja motivos para um esforço no sentido de alterar essa realidade. Seja como for, a atuação profissional assim considerada fica à mercê dos contextos institucionais e sociais com os quais se defronta, e periga se tornar mais uma peça da engrenagem repressivo-sancionatória destinada aos adolescentes em conflito com a lei.

Por esse ângulo, a articulação entre ação socioeducativa e psicanálise requer a atenção à fundamentação pulsional da vida em sociedade:

> Uma psicanálise que procure pensar a atualidade (...) deve, pois, considerar que os sujeitos são agenciados nas suas modalidades de satisfação e de gozo a partir daquilo que lhes possibilitam as ordens social e política, assim como pelos mecanismos de distribuição de riqueza. Isto nos conduz muito além de considerar que o psiquismo e o sujeito se fundam apenas na ordem simbólica e no registro da linguagem, pois esta leitura da subjetividade esquece que o psiquismo se inscreve em um corpo erógeno e

> pulsional para se constituir enquanto tal, não existindo então qualquer psiquismo que seja desencorpado (Birman, 1996, pp. 132-3).

Assim, as explicações da delinquência devem considerar as condições de existência dos adolescentes: como é sua residência, como têm se alimentado, quais relações estabelecem com integrantes de sua comunidade, quais locais podem frequentar, quais oportunidades de diversão a que têm acesso, como é sua relação com a escola, quais suas possibilidades de inserção profissional etc.

Essas considerações permitem sustentar uma prática que contemple o dever dos socioeducadores (e de toda a sociedade brasileira) de assegurar aos adolescentes, "(...) com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária" (Brasil, 1990, art. 4º).

E essa não é uma atuação completamente estranha à psicanálise. Freud (1919/2010c) previra adequações técnicas com esse cariz ao aventar a ampliação da psicanálise à população pobre: "É possível que só consigamos realizar algo se pudermos juntar auxílio psíquico e apoio material (...)" (p. 292). É verdade que ele se referia especificamente aos sujeitos que sofrem com neuroses, mas fica patente um projeto de intervenção sobre os determinantes sociais que contribuem para a manutenção desse quadro psicopatológico.

Ressalte-se que, assim como na proposta freudiana de uma educação menos repressiva, na socioeducação tal intervenção é também de natureza político-cultural, já que a inclusão social, a garantia de direitos e, consequentemente, a oferta de alternativas de vida para os jovens incluem a forma pela qual a sociedade se relaciona com o fenômeno da delinquência juvenil – em que se destaca o sentimento social de vingança que preme por sanções severas e intolerantes, e que ignoram a conjuntura social na qual os adolescentes se inserem e a efetividade das medidas a serem impostas.

Sumariamente, uma teoria que empreenda uma leitura da realidade dos adolescentes infratores fundamenta não apenas a compreensão sobre o que se passa com esses sujeitos, mas fornece elementos para que se intervenha nessa realidade. No caso da psicanálise aplicada à socioeducação, isso implica considerar a articulação entre as demandas

pulsionais e a responsabilidade da civilização em propiciar oportunidades para sua satisfação.

Enfim, nosso percurso nos deixou próximos à conclusão de Rassial (1999) que, em *O adolescente e o psicanalista*, situa a delinquência como uma tentativa dos sujeitos de lidar com o não-lugar que marca a condição adolescente (entre a criança e o adulto): "Do ponto de vista do psicanalista que atende jovens delinquentes (...), a tarefa não poderia ser, portanto, 'curar' a delinquência, mas permitir ao sujeito explorar outras vias menos perigosas" (p. 63). Neste momento, também nos perguntamos, indo um pouco além das considerações de Rassial (1999), pelas condições socioculturais e materiais que permitem aos adolescentes explorarem tais "vias menos perigosas".

Por trabalhar em uma política pública, o socioeducador está em posição privilegiada para se implicar na garantia de direitos dos adolescentes, e auxiliá-los a criar alternativas para suas vidas. Assim, é imperativo conhecer esses direitos e se colocar à disposição para ajudá-los a descobrir qual "técnica de viver" (Freud, 1930/1996b) é desejada por cada sujeito.

Considerações finais

A oposição pulsões-cultura abarca os debates sobre os limites que os sujeitos devem observar na convivência social, a crítica aos excessos da cultura na imposição de proibições e a necessidade de garantir condições de existência aos indivíduos. Essas questões são caras à socioeducação, que também está às voltas com a tensão entre os interesses individuais e coletivos. Dessa forma, certamente, a psicanálise pode se constituir como uma teoria crítica e auxiliar na avaliação das condições e possibilidades do trabalho socioeducativo.

E neste artigo pudemos divisar que as relações entre repressão e educação é um dos temas com os quais a psicanálise pode contribuir. Sob a pena de Freud, a imposição de limites – embora não seja isenta de riscos aos sujeitos e deva ser realizada com muita ponderação – faz parte da educação. Estamos cientes de que na socioeducação circulam, entre os profissionais, concepções que reduzem a educação à repressão, as quais são fonte de distorções, injustiças e até violações de direitos. Contudo, o debate sobre a imposição

de limites precisa ser enfrentado, já que a pertença do atendimento socioeducativo ao contexto do controle social do delito torna a repressão inextirpável da educação. Assim, todos os socioeducadores precisam se defrontar com a tarefa de, ao menos, dar um lugar à repressão em seu trabalho, e, sem uma reflexão consequente, arriscam ignorar importantes aspectos e problemas atinentes a seu trabalho, à sociedade, às instituições, e ao público que atendem. Porém, trata-se de tema complexo e delicado, e nosso texto só permite sublinhar a importância de um aprofundamento de sua discussão em futuras abordagens.

Por fim, este artigo também indica que pensar o trabalho na socioeducação pelo prisma da psicanálise exige a articulação entre o exercício das funções educativas e a clínica –outra linha para ser seguida em futuras abordagens. Se as alternativas e condições de vida disponíveis aos adolescentes incidem sobre suas subjetividades, tais alternativas e condições são potenciais fonte de sofrimento psíquico. Logo, garantir direitos é uma forma de intervir sobre a saúde mental dos adolescentes. E é aqui que a clínica se encontra com a socioeducação, já que, na concepção freudiana, a inclusão social não é uma panaceia para o sofrimento psíquico. No decorrer do acompanhamento, é recomendável ofertar aos adolescentes (e suas famílias) uma escuta que lhes permitam superar as repetições às quais amiúde (os seres humanos) se entregam e dar outros destinos a suas demandas pulsionais

Referências

Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada* (R. del Portillo, trad.). Barcelona: Gedisa. (Texto original publicado em 1925).

Birman, J. (1996). A economia do gozo e os impasses da justiça: Uma leitura psicanalítica da justiça. *Physis, 6*(1-2), 121-134. DOI: 10.1590/S0103-73311996000100006

Brasil (1990). ECA-*Estatuto da Criança e do Adolescente*. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil (2006). Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. . *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo*. Brasília, DF: Conanda.

Brasil (2012). *Lei n. 12.594. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.

Cifali, M. (2003). *¿Freud pedagogo?* (I. V. Núñez, trad.). Cidade do México, MX: Siglo Veintiuno.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. (2013). *Perfil e percepção social dos adolescentes em medida socioeducativa no Distrito Federal*. Brasília, DF: Codeplan. Recuperado de https://www.tjdf.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes/publicacoes-1/perfil-e-percepcao-social-dos-adolescentes-em-medida-socioeducativa-no-distrito-federal/view.

Costa, A. C. G. (2006). Introdução. In A. C. G. Costa (Coord.), *Parâmetros para a formação do socioeducador: uma proposta inicial para reflexão e debate* (pp. 11-13). Brasília, DF: SEDH.

Freud, S. (1996a). Totem e tabu. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 13, pp. 13-163). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1913).

Freud, S. (1996b). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição* Standard *brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 21, pp. 73-153). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1930).

Freud, S. (1996c). O interesse científico da psicanálise. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 13, pp. 169-192). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1913).

Freud, S. (1996d). Conferência 34. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 22, pp. 135-154). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1933).

Freud, S. (1996e). Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J.

Salomão, trad., Vol. 9, pp. 167-186). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1908).

Freud, S. (1996f). O futuro de uma ilusão. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 21, pp. 13-71). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1927).

Freud, S. (1996g). Esboço de psicanálise. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 153-221). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1940).

Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1914).

Freud, S. (2010b). Os instintos e seus destinos. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 12, pp. 51-81). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1915).

Freud, S. (2010c). Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 14, pp. 279-292). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1919).

Freud, S. (2011). Prólogo a *Juventude abandonada* de August Aichhorn. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 16, pp. 347-350). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1925).

Konzen, A. A. (2006). Reflexões sobre a medida e sua execução (ou sobre o nascimento de um modelo de convivência do jurídico e do pedagógico na socioeducação). In Ilanud, ABMP, SEDH, & UNFPA (Orgs.), *Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização* (pp. 343-365). São Paulo: Ilanud.

Kupfer, M. C. M. (1999). Freud e a educação, dez anos depois. *Revista da Appoa, 9*(16), pp. 14-26. Recuperado de http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista16.pdf.

Kupfer, M. C. M. (2007). *Freud e a educação: o mestre do impossível*. São Paulo: Scipione. (Texto original publicado em 1989).

Lajonquière, L. (2010). *Figuras do infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Lopes de Oliveira, M. C. S. (2014). Da medida ao atendimento socioeducativo: implicações conceituais e éticas. In I. L. Paiva, C. Souza & D. B. Rodrigues (Orgs.), *Justiça juvenil: teoria e prática no sistema socioeducativo* (pp. 79-99). Natal, RN: EdUFRN. Recuperado de https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/1/aa814.

Millot, C. (1987). *Freud antipedagogo* (A. Roitman, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Miranda, T. A., & Oliveira, J. G. (2019). O atendimento socioeducativo na perspectiva da proteção integral: autonomia, garantia de direitos e responsabilização judicial. In M. N. Fernandes & R. P. Costa (Orgs.), *Socioeducação no Brasil: intersetorialidade, desafios e referências para o atendimento* (Vol. 3, pp. 156-174). Curitiba, PR: Nova Práxis.

Organização das Nações Unidas – ONU. (1985). *Regras mínimas das Nações Unidas para administração da justiça juvenil*. Recuperado de https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm//comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/RegrMiniNacUnidAdmJustInfJuv.html.

Organização das Nações Unidas – ONU. (1990). *Princípios das Nações Unidas para a prevenção da delinquência juvenil*. Recuperado de https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/PrincNacUniPrevDeliqJuv.html.

Rassial, J.-J. (1999). *O adolescente e o psicanalista* (L. M. F. Bernardino, trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Souza, T. Y. (2012). *Processos de desenvolvimento de educadores sociais do sistema de medidas socioeducativas: indicadores de formação.* (Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento e Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF). Recuperado de https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12340/1/2012_TatianaYokoydeSouza.pdf.

5 Psicanálise e universidade: encontros e desencontros na pesquisa, ensino e extensão

Márcia Cristina Maesso
Eliana Rigotto Lazzarini
Daniela Scheinkman Chatelard

Propomos, no escopo desse trabalho, considerar as aproximações e distanciamentos gerados com a inserção da psicanálise na universidade, destacando que, enquanto a psicanálise foi constituída como método que associa investigação e tratamento psíquico ofertando lugar ao saber do sujeito do inconsciente, a universidade, como lugar onde o trabalho de ensino, pesquisa e extensão são exercidos de maneira imbricada, privilegia uma produção em torno do saber sobre o objeto, regido pela consciência. Nosso objetivo, ao empreender essa leitura, sustentada pelos fundamentos psicanalíticos, é situar que, embora haja encontros e desencontros quanto às funções às quais psicanálise se propõe a exercer no âmbito da universidade, e quanto ao que a universidade, como instituição balizada por uma política própria de funcionamento, pressupõe sobre o trabalho a ser produzido em seu bojo, as trocas efetuadas nessa interface podem ser profícuas para ambas.

Na universidade, o enlaçamento entre ensino, pesquisa e extensão opera com a finalidade de transmitir o conhecimento instituído, produzir novos conhecimentos por meio de pesquisas, visando à promoção e à extensão de técnicas e métodos em benefício da comunidade. A universidade, pode ser tomada como um templo do saber, local onde se produz, acumula-se, transmite-se e aprimora-se o conhecimento que passa a ter efeitos na cultura e na sociedade. A psicanálise vem florescendo nos espaços universitários no Brasil, sobretudo na área de ciências humanas e majoritariamente nos cursos de Psicologia, onde foi introduzida em 1960 e amplamente difundida desde 1970 (Nicolau, 2009). Durante as décadas que decorreram desde a inserção da psicanálise na universidade, muitos trabalhos foram realizados acerca das inquietações e estranhamentos sobre o campo da psicanálise no

campus universitário, contudo a discussão não cessa e o espaço de tensão pode ser usado como fonte geradora de novas interpretações e considerações.

Para abordar a complexidade que envolve a psicanálise na pesquisa, ensino e extensão na universidade, partiremos de algumas questões: Qual o destino da psicanálise na universidade? Como a universidade pode contribuir para a revisão e o desdobramento teórico-conceitual da psicanálise? Pode a universidade ser interveniente na práxis psicanalítica e na formação do psicanalista? Em contrapartida, como a psicanálise pode contribuir com sua práxis, fundamentos e conceitos no âmbito da universidade e na formação dos profissionais?

Ao propor essas questões encontramos ressonância na frase interrogativa da música *Cajuína* de Caetano Veloso: "Existirmos, a que será que se destina?" A que será que se destina a psicanálise na universidade? A frase de Caetano foi convocada por tratar como enigma assuntos fundamentais para uma pesquisa em psicanálise, quais sejam, a existência e a finalidade, que também se relacionam às produções, criações que acontecem na universidade e os objetivos que envolvem tais produções.

Quanto à formação do psicanalista no espaço da universidade Freud (1919/2010) considerou que:

> No tocante à psicanálise, sua inclusão no currículo acadêmico seria motivo de satisfação para um psicanalista, mas, ao mesmo tempo, é evidente que ele pode prescindir da universidade, sem prejuízo para sua formação. Pois o que ele necessita teoricamente pode ser obtido na literatura especializada e aprofundado nas reuniões científicas das sociedades psicanalíticas, assim como na troca de ideias com membros mais experientes. Quanto à experiência prática, além do que aprende na análise pessoal ele a adquire ao tratar pacientes, sob aconselhamento e supervisão de colegas já conhecidos. (p. 378)

Nessa citação encontra-se o tripé fundamental que dá suporte à formação do psicanalista, análise pessoal, estudo da teoria e supervisão clínica, indicando que ele não depende da universidade para obtê-lo. Contudo, Freud menciona que há uma satisfação para o psicanalista e um ganho para a universidade com a inclusão da psicanálise em seu meio.

Freud (1919/2010, p. 380) considerou que o método psicanalítico não se restringe à investigação dos processos psíquicos, mas se estende à resolução de problemas na filosofia, na religião, na arte, fecundando outras disciplinas com seus conceitos e contribuindo para uma relação dialética entre os saberes de uma *universitas litterarum*. Presumimos que tais ganhos de satisfação, para ambos, com a universidade de letras (*universitas litterarum*) mantenha relação com o desejo do psicanalista em sustentar o saber inconsciente, que difere do saber que surge da produção ou da aquisição de conhecimento pela via da consciência. O saber inconsciente é oriundo das brechas dos discursos que também se articulam no âmbito da universidade. A contribuição que esse Outro[1] saber, do inconsciente, pode trazer para a universidade e para a psicanálise é incomensurável, sobretudo no que tange a colocar sob tensão e discussão os saberes instituídos em ambos os campos.

No caso particular da psicanálise o ensino teórico de sua matéria, dentro das fronteiras da universidade, ocorre relativamente de maneira satisfatória. A literatura é extensa, acessível, geralmente de boa qualidade. A ressalva a ser feita fica por conta das diferenças fundamentais que circunscrevem a pesquisa, entre o método empreendido pela psicanálise que coaduna com seu arcabouço teórico-clínico e a universidade como instituição que se sustenta mediante uma política com normas e regras específicas. Na universidade ensina-se em nome de um saber conscientemente formulado ou que se pretende formular, sobre o objeto, preferencialmente sem a presença e interveniência do sujeito da pesquisa. Na psicanálise o sujeito da pesquisa conta como livre de saberes apriorísticos, tal como Freud propôs com a regra fundamental da associação livre, com a abstinência de um saber antecipado, permitindo ao sujeito produzir um saber singular, a partir do que emana de suas associações, considerando a busca pelo saber sobre o objeto, em relação ao desejo do sujeito. Coadunando com a ciência construtivista, que propõe a construção de modelos explicativos em torno do objeto que pretende conhecer, o saber sobre o objeto proposto na psicanálise respeita essa lógica, sustentando que a construção

1. Outro escrito com o maiúsculo, remete ao grande Outro proposto por Lacan como lugar do discurso inconsciente. Lacan, J. (1973). O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Magno, M. D. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)

do saber é ficcional mas tem estrutura verdade, sendo o meio pelo qual o sujeito sustenta seu desejo (Costa, 2009). A psicanálise se coloca como questionadora do conhecimento instituído, buscando separar o saber da condição de verdade absoluta sobre o real, considerando que a apreensão da verdade é parcial e apenas possível por meio de um semi-dizer (Lacan, 1969-70/1992). E ainda, se a universidade busca apreender o real pelo conceito e com isto negar sua existência intangível, a psicanálise evidencia que só há possibilidade de bordejar o real, reconhecendo sua existência na impossibilidade de conformá-lo. Em suma, a psicanálise adverte a universidade quanto à busca por estabelecer o universal como verdade ao referenciar a verdade como produção singular do sujeito, como semi-dizer.

No que concerne à pesquisa e sua aplicabilidade em extensão, um complicador também se estabelece, sendo fonte de limitação para a *práxis.* Muito embora a universidade ofereça estágios nos cursos de graduação e pós-graduação em que a psicanálise se aplica, sobretudo nos cursos de Psicologia, alguns fatores não se adequam devidamente: a transmissão e a apreensão da técnica, por sua própria natureza, é lenta e longa; os espaços para a prática clínica e a supervisão são difíceis de serem ajustados e a permanência do aluno aprendiz é limitada. Como a psicanálise propõe o manejo da transferência e da contratransferência, demandaria do estudante e do professor um aprofundamento muito maior dos processos psíquicos vividos por ambos. Além disso, a condição mínima exigida ao praticante da psicanálise, qual seja, que realize sua análise pessoal, não pode ser imposta ao estudante, apesar de sabermos de sua importância primordial.

A despeito dessas dificuldades e algumas outras não citadas, alguns ganhos podem ser considerados na dialética que se estabelece com a entrada da psicanálise na universidade. A diversidade de discursos que circulam no espaço universitário são produtores de material profícuo para a pesquisa psicanalítica que, em contrapartida, aporta novos saberes. Apesar dos problemas encontrados para que a práxis da psicanálise ocorra a contento na universidade, a oferta de escuta e tratamento sob a orientação da ética psicanalítica e a supervisão dos atendimentos realizados pelos alunos-estagiários, que acontecem geralmente nas clínicas-escola dos cursos de psicologia, fazem avançar a psicanálise, enquanto acolhem as demandas de tratamento do sofrimento psíquico das pessoas da comunidade. A psicanálise extramuros também encontra possibilidade de

florescer no espaço universitário, donde surgem novas demandas de tratamento que ultrapassam a condição de tratamento clássico oferecida pelo uso do divã. Há uma relação dialética na qual a psicanálise se reinventa no espaço da universidade, enquanto nele propõe mudanças.

É no conjunto das diferenças e limitações, como coloca França Neto (2018) que podemos entender a importância da aproximação entre a universidade e a psicanálise. Em suas palavras: "A clínica traz para a academia, mundo do conceito, o excesso humano, campo do real, da contingência, do irredutível ao universal do conceito. A clínica é o real dentro da academia, da universidade" (p. 105). Pensamos que é neste aspecto que a psicanálise traz um frescor para a academia, libertando-a de sua rigidez. As clínicas-escola, em contraponto com a formalidade conceitual, trazem a vivacidade, o novo para dentro da universidade. Por outro lado, a psicanálise também se beneficia com algo da formalização. O real do caso clínico é abordado pelo simbólico no ato de escrever, foi o que fez Freud, promovendo, com isso, a invenção da psicanálise. Este ato fez com que ele pudesse submeter à comunidade psicanalítica suas descobertas e hipóteses. Narrar fragmentos clínicos é uma ferramenta de produção teórica da psicanálise e também um ato, como sugere França Neto (2018): "Este ato faz parte do labor do psicanalista e o impele reiteradamente a tentar formalizar o real, apreendê-lo com as ferramentas da linguagem" (p. 107).

O estabelecimento do diálogo entre universidade e psicanálise pode ser frutífero se houver respeito mútuo, compartilhamento e abertura para não priorizar o puro excesso de cada um ou a ilusão de que podemos eliminá-lo. Trata-se, sobretudo, de manejar o saber da academia e o saber do inconsciente preconizado na psicanálise de uma forma criativa e produtiva, como Freud nos transmitiu.

Psicanálise na universidade: a que será que se destina?

Os encontros e desencontros que envolvem a dialética estabelecida entre a psicanálise e a universidade, abrangem a pesquisa, o ensino e a extensão. A questão sobre a que será que se destina a pesquisa em psicanálise é importante por dizer respeito, principalmente

ao método, à prática, à edificação teórica e às pesquisas em torno da psicopatologia do sujeito e do social.

Freud, nos primórdios da psicanálise partiu do princípio de que há uma realidade do aparelho psíquico que pode ser acessada pela investigação científica. Esteve preocupado em fazer ingressar a psicanálise no domínio das ciências temendo que, se fosse considerada fora deste, viesse a ser associada à pura especulação ou a uma disciplina esotérica. Uma lógica que era condizente com seu tempo e que parece fazer pouco sentido nos dias de hoje. Mas, ainda na atualidade, os psicanalistas têm se posicionado em torno de uma discussão que busca a definição clara e concisa do que seja uma pesquisa em psicanálise. Duas correntes se defrontam: por um lado os defensores de uma pesquisa que se apoia no modelo das ciências naturais, as "ciências duras", cujas condições de replicabilidade, verificação, previsibilidade, quantificação são postas em ação e, por outro lado, há aqueles que defendem a psicanálise como disciplina específica, com critérios próprios, sem os modelos pré-estabelecidos e excludentes da pesquisa científica (Botella e Botella, 2003). Quanto a isso é possível afirmar, sem prejuízo do rigor conceitual, que a psicanálise opera por meio de construções criativas no espaço de um entrelaçamento entre clínica e pesquisa, entre prática e teoria.

A favor do segundo modelo, surgem argumentos que buscam definir a trajetória da psicanálise. A psicanálise surgiu almejando situar-se como ciência positivista, mas foi ampliando e modificando seu contexto e se tornando cada vez mais adequada às condições das ciências humanas, cujo objeto é relativo aos fenômenos humanos que não possuem causalidades lineares e não podem ser explicadas ou entendidas pelo método positivista das ciências ditas duras, fundamentando-se pela pesquisa que se constrói concomitantemente à experiência clínica. Widlocker (2003) adverte que há na prática individual psicanalítica uma tríplice situação – individualidade do caso, complexidade e intersubjetividade – que impõe regras metodológicas diferentes daquelas da pesquisa científica clássica. Todo conceito metapsicológico é em si um modelo e Freud elaborou vários modelos sucessivos. De acordo com Widlocker (2003, p. 54): "Enquanto o pesquisador científico isola dados suscetíveis de explicar as relações causais, o psicanalista se interessa por aqueles dados que podem guiar seu pensamento e ajudá-lo a capacitar o

pensar do analisando". Destarte, a teoria que se forma na psicanálise não tem função explicativa, mas descritiva e de elaboração subjetiva.

Na psicanálise, o método de tratamento e o método de investigação estão estreitamente relacionados, culminando na produção conceitual, como podemos ler na definição proposta por Freud (1923 [1922]) sobre a psicanálise, considerando-a como:

> 1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo; 2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e 3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica. (p. 287)

Quando Freud definiu a psicanálise desta forma, ele nos fez saber que ela é imanente a um método que a funda, que constitui o seu meio e horizonte. Para ele, a teoria analítica é indissociável da prática e a sessão é lugar de pesquisa. Embora distintos, o método de investigação e o método de tratamento psicanalítico estão intimamente imbricados, numa relação homóloga a uma faixa de *Moëbius,* na qual a partir de uma torção, duas superfícies se convertem em uma.

A psicanálise é um método de investigação e de tratamento que se insere na universidade pela prática do magistério, da extensão e da pesquisa, indicando que ensino e transmissão da teoria estão atrelados à prática da clínica psicanalítica, que não se restringe ao consultório, ao atendimento individual, ou ao uso do divã. A práxis da psicanálise possibilita a extensão universitária pela oferta de tratamento psíquico à comunidade, por meio de estratégias variáveis de acordo com a demanda, respeitando os fundamentos epistemológicos e éticos do campo. A psicopatologia fomenta a pesquisa teórica e clínica em psicanálise desde sua fundação. *Pathos* é a palavra grega que alude ao sofrimento, à paixão; *psyché*, também de origem grega é a alma, o psíquico; *logos* significando fundamento, razão, discurso, envolve a construção ética e epistemológica da psicanálise, desde Freud, como campo de pesquisa e saber sobre uma outra *psicopathologia*, ou seja, um saber (*logos*) acerca do inconsciente e do sofrimento psíquico (*pathos*) sem excluí-lo ou tomá-lo por anormalidade ou doença. Outra modalidade deste

método é a associação livre de um lado e a escuta flutuante do outro, por se tratar de uma pesquisa cujo referencial teórico é a psicanálise enquanto clínica e *práxis*, que privilegia a pesquisa qualitativa levando em conta o singular do sujeito e de seu *pathos*. Trata-se da pesquisa em psicanálise em extensão em sua implicação com a intenção, e não de uma psicanálise aplicada.

É preciso considerar que há diferença entre as questões que surgem sobre a articulação do discurso psicanalítico na universidade e do discurso psicanalítico em relação à ciência. Enquanto o discurso que circula na universidade surgiu na Idade Média e se sustenta pelo ensino de um saber adquirido, o discurso da ciência, a partir da modernidade, vive do questionamento do saber. Nesse aspecto, a psicanálise coaduna com a ciência moderna. Há uma compatibilidade lógica entre o discurso da psicanálise e o da ciência, ambos irromperam na modernidade questionando saberes instituídos sobre a existência de um objeto real que a ciência antiga considerava desvelar, supondo projetar luz, eliminando completamente as sombras (Calazans & Neves, 2010).

Além de apontar para a parcialidade do conhecimento estabelecido e para a possibilidade de criação de novos saberes, para contornar a questão sobre o que a pesquisa psicanalítica tem por finalidade encaminhar, destinar, será preciso considerar a incidência do sujeito, por conseguinte do desejo, na pesquisa que acontece na universidade e seus efeitos.

Podemos considerar que Freud provocou uma revolução cultural, se não uma revolução científica, ao sustentar a hipótese do inconsciente como um novo paradigma, buscando fundamentar que as motivações humanas inconscientes incidem nas mais diversas formas de produção da cultura e modos de organização social. A proposição freudiana envolve de modo indissociável teoria e práxis em seu método, remetendo à concepção de Thomas Kuhn (1962/1998) sobre o alcance que a mudança paradigmática pode atingir quanto à ciência e a política, indicando que "quando os paradigmas mudam, ocorrem alterações significativas nos critérios que determinam a legitimidade, tanto dos problemas, como das soluções" (p. 145).

Freud fundou um novo discurso, segundo o que Foucault (1992) propôs na conferência intitulada *O que é um autor?* Em razão disso, Freud é considerado um autor

cuja obra, aberta, permite aos outros que depois dele vieram, aos leitores, a ela retornar para extrair o que se encontra nas entrelinhas. O discurso psicanalítico, fundado por Freud, inclui o inconsciente, partindo de uma outra concepção de psicopatologia, na qual o sofrimento psíquico (*pathos*) não é tomado como doença ou anormalidade, mas encontra-se na vida cotidiana, na linguagem e pode ser escutado como um dizer do sujeito. Atento aos eventos clínicos como um modo de dizer, considerando-os como formações do inconsciente através dos sonhos, atos falhos, chistes, sintomas e também na cultura, Freud inventou um novo método de investigação e tratamento.

Avançando nessa direção, por não resistir ao inconsciente e mais ainda, por tomá-lo em sua literalidade, Lacan, leitor de Freud, propôs fazer um retorno ao campo discursivo por ele criado. Lacan inventou um modo de tratar o real pelo simbólico colocando o real em evidência nas formações imaginárias e nas construções simbólicas, definindo-o como o que não cessa de não se escrever. Em coerência à sua consideração sobre o real como impossível de ser completamente apreendido, Lacan propôs a transliteração da palavra *Unbewusste* (Inconsciente, em alemão) para *Une bévue* (um equívoco, em francês) .Essa operação que é baseada na transliteração é diferente da tradução (Allouch, 1995), sendo que há na língua francesa a palavra *inconsciente* e Lacan poderia dela se servir. A tradução de uma a outra língua preza por manter o sentido original, mas ele partiu da homofonia entre as palavras, para propor a passagem de um modo de escrever a outro, por meio da letra, passando da letra alemã para a letra francesa. Desse modo, houve alteração do sentido, privilegiando considerar que o inconsciente é um equívoco, um tropeço, é o que se produz como um achado (Lacan, 1964/1988). Um achado é *la trouvaille* palavra francesa que comporta *trou* (furo) e pela aproximação sonora *la faille* (uma falha).

Aprendemos com Freud que as formações do inconsciente são expressões censuradas, que retornam do conteúdo proibido recalcado e com Lacan que há um real que resta impossível de ser completamente capturado pelo simbólico ou pelo imaginário, quando as formações do inconsciente são tomadas como letras em textura no discurso, considerando que há algo que está para se escrever, mas que no limite, se escreve parcialmente (Lacan, 1957/1998).

Segundo o mesmo princípio que define a práxis psicanalítica, os conceitos da psicanálise, além de serem formulados, escritos por meio de letras, como propôs Lacan,

também podem ser lidos como significantes, permitindo distintas interpretações. Os neologismos lacanianos mostram de modo exemplar o ganho conceitual que se obtém ao tratar noções e conceitos como significantes.

Anzieu (2006, p. 262) afirma que "ser psicanalista não é reproduzir a obra freudiana, mas sim dar continuidade a um desejo secreto (...), o desejo de ser amado por Freud". Anzieu se refere aqui à sua experiência e ao seu próprio trabalho de pesquisa que diz respeito à obra que elaborou sobre a análise de Freud, na qual se deu conta do trabalho primordial e originário que fez de Freud o primeiro analista. Anzieu nos conta os passos de Freud em sua trajetória de invenção da psicanálise, apontando que Freud se descobriu psicanalista ao analisar seus próprios sonhos e os sonhos de seus pacientes, familiares e amigos mais próximos. Freud impôs uma rotina a si caracterizada pela escritura de suas experiências que foram trabalhadas mediante sua elaboração em subsequentes e contínuos ajustes, traçando com isto uma grande obra que se tornou o substrato para alocar a descoberta do inconsciente, que a princípio não lhe pareceu como o "continente negro", antes disso, tinha outras cores, lugar de alojamento de mistérios e enigmas, caminho para a concepção da psicanálise.

Freud imprimiu com seus escritos uma nova linguagem, cuja referência está na criação dos conceitos. Nesta empreitada propôs diálogos com interlocutores, alguns possíveis, outros impossíveis, os quais por motivos diversos responderam à sua maneira com aceitação provida de questionamento ou com a simples oposição diante da originalidade de um pensamento genuíno e pretensamente à frente de seu tempo.

Os fatos da vida de Freud, sua trajetória, invenções, percalços podem mostrar aos psicanalistas como fazer par com a sobrevivência de seu pensamento e principalmente com a sobrevivência de um *modus operandi* que coloca a criatividade e a abertura em seu cerne. Botella e Botella (2003) nos recordam que apesar de Freud estar engajado em um ideal científico correspondente à sua época ao de uma ciência positivista, ele ainda pôde inaugurar uma nova abordagem do conhecimento, mesmo sem estar consciente disto, tornando-se o precursor de uma nova *Weltanschuung* científica. Seguindo os passos de Freud, a questão sobre o que criar em psicanálise é norteadora de uma busca que é própria do psicanalista, mas também do pesquisador. Criar é fazer viver algo novo que conquiste espaço e venha dar outros sentidos aos enunciados. Os psicanalistas, hoje, podem tomar

para si um pouco da semente fecunda do pai, mas sobretudo devem buscar ampliar sua obra, buscar o novo, a inovação, espaço de conquista.

Na *Proposição de 09 de outubro de 1967* Lacan (1967/2003, p.255) enfatiza que:

> a raiz da experiência do campo da psicanálise, colocado em sua *extensão*, (...) deve ser encontrada na própria experiência psicanalítica, queremos dizer tomada em *intensão*: única razão justa a ser formulada da necessidade de uma psicanálise introdutiva para operar neste campo.

Operar em três eixos deste campo: no epistêmico, na práxis e no político. A práxis não se reduz à técnica, à prática de uma atividade, mas se relaciona a uma ação transformadora pela qual transforma a si mesma. Demarcado por tal especificidade, o campo psicanalítico é aberto, sobretudo porque conserva o real na escrita dos seus conceitos e pressupostos teóricos, mas também porque fundamenta sua experiência pela leitura, pelo trabalho simbólico sobre o que está escrito. O tratamento do real pelo simbólico produz deslocamentos e fabricação de outros significantes a partir da letra que irrompe e rompe, como um ato poético, o corte do sentido estabelecido. Neste movimento, trata-se na experiência psicanalítica de fazer falar, a começar pelo que foi proposto no nascimento dessa práxis com as histéricas. O sintoma é de início o mutismo num sujeito suposto falante. Ora, lembra Lacan, o traço diferencial da histérica é precisamente o movimento de falar, no qual se constitui o seu desejo. Não é surpreendente que Freud tenha entrado por esta porta, para demonstrar as relações do desejo com a linguagem, e que ele tenha, por esta investigação, descoberto os mecanismos do inconsciente.

O inconsciente "achado" na pesquisa

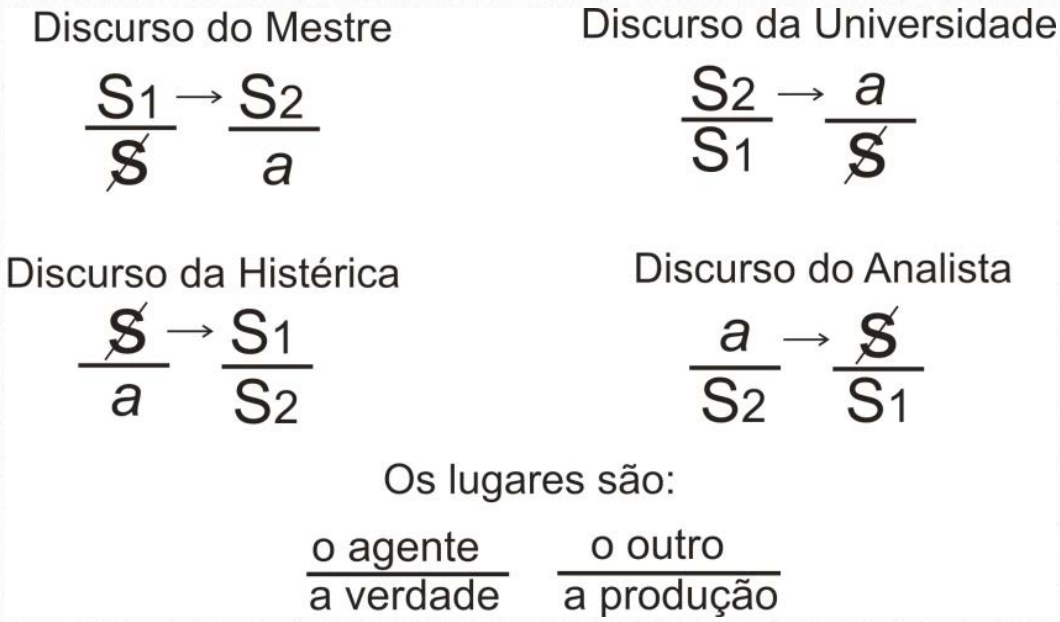
Na aula de 22 de janeiro do 11º. seminário proferido por Lacan (1964/1988), ao qual se dedicou a abordar os fundamentos da psicanálise, ele fez uma apropriação da frase de Picasso: "eu não procuro, acho" (p. 14), para dizer que a condição de não pesquisar possibilita o encontro, o achado (*la trouvaille*). Com isso, obviamente não estava dizendo que não se posicionava como investigador, pelo contrário, Lacan era erudito, leitor ávido

de vários assuntos, buscou na obra de Freud, na linguística, matemática, topologia, filosofia, meios simbólicos para tratar o real. Mas, o que estava dizendo é que ele não sabia *à priori* o que buscava e tampouco esforçava-se para encontrar um objeto positivo, absoluto. Aliás, se podemos considerar um objeto da investigação psicanalítica, esse é o inconsciente, o que está prestes a existir como achado no furo, na falha.

A concepção de Lacan (1964/1988) acerca do inconsciente, conceito fundamental da psicanálise, como "conceito da falta" (p. 30), mostra que a persistência do real na escrita e na leitura ou entendimento dos conceitos, permite conservar as entrelinhas e manter o vigor sem eliminar o rigor epistemológico das pesquisas em psicanálise. Não foi por acaso que Lacan se serviu de letras e matemas para formalizar sobre a práxis psicanalítica, as letras não têm significado e não são significantes, mas permitem que algo venha a se escrever.

Outra importante contribuição de Lacan, para abordar a que se destina a pesquisa psicanalítica na universidade, situa-se nos fundamentos de sua teoria dos discursos (Lacan,1969-70/1992) que foi construída a partir de letras e lugares a partir dos quais cada discurso (mestre, histérica, psicanalista e universitário) ocupa uma posição e articula um modo distinto de laço social. Os discursos sofrem modificações ao girar. Partindo do discurso do mestre e girando é possível chegar ao discurso do psicanalista, contudo é preciso passar antes pelo discurso da histérica que agencia, por meio da divisão do sujeito, a quem falta o objeto, o conhecimento, o questionamento do mestre, produzindo um saber referido ao inconsciente.

Figura 1.
Escrita na forma matemática dos quatro discursos formulados por Lacan (1969-70/1992, p. 65).



O discurso do psicanalista é agenciador do trabalho psíquico, ou seja, principia o trabalho do sujeito de investigar sobre o dizer do seu sintoma e o saber inconsciente. Levando em conta a função do discurso do psicanalista na universidade, é possível considerar que há incidência do sujeito, portanto do desejo, na pesquisa e os seus efeitos podem produzir transformações tanto para o pesquisador, na forma de elaboração subjetiva, quanto para a epistemologia, com o alargamento conceitual. Em direção diversa, o discurso universitário parte do saber principiando o trabalho, mas o saber é sobre o objeto, o sujeito permanece interditado e nesse trabalho o mestre comparece na posição da verdade, como sendo detentor da verdade.

O desejo de saber marcou a trajetória de Freud na criação do campo psicanalítico com fundamentações sobre uma outra psicopatologia, ou seja, um saber (*logos*) sobre as paixões, sobre o sofrimento psíquico (*pathos)* sem a atribuição do sentido de anormalidade ou doença. Logos também se refere ao discurso, ou seja, ao laço social que cada discurso corrobora e o discurso da psicanálise surge concedendo lugar para o sujeito trabalhar na direção de produzir algum saber sobre sua verdade. Sujeito que as ciências naturais e exatas excluíram, com o objetivo de alcançar o ideal de obter a verdade, como achado sobre o objeto, extraída pelo método.

À guisa de conclusão

No fim da década de 1960, houve grandes manifestações das revoltas estudantis no Brasil e em outras partes do mundo, abalando as ordens sociais. Em maio de 1968 colocou-se em questão o sistema universitário e os valores tradicionais da sociedade francesa, onde Lacan proferia seus seminários anuais. Em 26 de novembro de 1969, ainda sob o clima de contestação generalizada, Lacan deu início ao seminário *O avesso da Psicanálise*. Suas formulações foram certamente marcadas pelas circunstâncias históricas que convulsionaram não apenas o meio intelectual e político francês, mas também o psicanalítico. O Avesso, o empenho de Lacan na construção de uma teoria da discursividade culminou na teoria dos quatro discursos, uma concepção de laço social singular e frutífera, com a qual Lacan deu um passo adiante em seu ensino, articulando o campo da linguagem ao campo do gozo. Foi o reconhecimento desta relação que fez com que Lacan, ao propor a retomada da psicanálise pelo avesso, pudesse questionar o lugar da psicanálise na política. A originalidade dos quatro discursos configura-se como meio de pensar o laço social.

Com isso, podemos colocar a questão do grupo e da função dos coletivos humanos, que Freud já havia enunciado no texto *Mal estar na civilização*, a ênfase no grupo, a questão fundamental que foi posta por Freud concerne ao gozo e à renúncia ao gozo que a vida na civilização exige. A possibilidade de fazer laço social implica no consentimento da perda de gozo, que é uma condição da civilização.

Com a elaboração, construção dos matemas e a formalização dos discursos, Lacan pretendeu fazer com que o discurso do analista fosse capaz de ensinar, de transmitir mas sem confundi-lo com o discurso universitário, este último, fundado em um saber cumulativo e acadêmico no qual o sujeito como produto se resume em créditos e não como autor. Quando falamos de pesquisa em psicanálise, o valor da singularidade do caso é ressaltado por Freud ao indicar que cada caso deve ser escutado e investigado como se fosse o primeiro, colocando-se em reserva o saber sobre a teoria e seguindo a lógica do saber *a posteriori*. Tomando a situação clínica, observamos que há um vínculo entre os participantes, semelhante ao que se estabelece na "pesquisa ação" com a diferença de que o envolvimento do observador é marcado pela sua subjetividade numa pesquisa que é incitada pelo evento clínico. O psicanalista/observador participa com o desejo e não

apenas escutando e intervindo junto ao analisante. Um trabalho psicanalítico, na prática, se faz ali onde surge o inconsciente, que por sua vez não responde ao tempo ou à hora da pesquisa. A hora da pesquisa, prazos, remetem ao trabalho do psicanalista, sua escrita é posterior ao evento clínico, embora na própria escrita algo do inconsciente como achado (*trouvaille*) possa surgir.

A entrada do discurso psicanalítico na universidade produz efeitos fecundos para ambos, mas não se trata de sobrepor um discurso ao outro, de atribuir valores ou estabelecer alguma hierarquia entre eles. A riqueza desse encontro situa-se na preservação das distinções discursivas, sem relação de subserviência e no respeito quanto à irredutibilidade dos desencontros. A fecundidade do discurso psicanalítico consiste na possibilidade de valer-se de cada discurso para questionar e colocar sob tensão o semblante que este articula, tirá-lo de uma posição cristalizada e fazê-lo girar. Ao incluir o sujeito, situando a verdade como saber que surge por meio do semi-dizer do falante (*parlêtre*), o discurso psicanalítico revela que o saber está no lugar da verdade somente como fruto do trabalho psíquico do sujeito e não como o encontro do objeto em si, pois o objeto tomado a partir da noção de *objeto a*, cara nas formulações de Lacan sobre o objeto desde sempre perdido, é o que causa o desejo mas não o obstrui, o achado é *la trouvaille* tem relação com o inconsciente, guarda o furo e a falha.

O tripé, a saber, análise pessoal, debate teórico e supervisão de casos clínicos, é essencial e faz o enodamento entre psicanálise em intensão e em extensão, onde os lugares da supervisão e da pesquisa em psicanálise são possíveis na universidade. A transmissão do saber da psicanálise na universidade se abre ao campo da saúde mental e à interdisciplinaridade, circulando entre os demais discursos que são produzidos nos laços sociais oriundos de outros campos do saber. Já o discurso da histérica em que o sujeito dividido com suas paixões e desejo (*pathos*), interroga os significantes mestres para produzir saber, gera movimento de reinvenção. O discurso da ciência se aproxima do discurso histérico, em ambos há a demanda de saber e questionamento da verdade.

A teoria dos quatro discursos, como abordamos, surgiu num contexto histórico, sociopolítico, podendo ser formulada como aquilo de que se trata o laço social enquanto essencialmente fundado na linguagem: a lógica significante ordena tanto as relações

humanas quanto estrutura o inconsciente. O inconsciente é um saber, isto se demonstra no laço social.

A escrita dos quatro discursos define que um sujeito pode mudar de posição conforme o discurso, não ocupando apenas a posição alienada de escravo como está colocada no discurso do mestre, condição de sua constituição, na qual um significante o representa para um outro significante.

Se o que norteia a psicanálise gira em torno da questão da castração, do traumático, do *troumatisme* ante à diferença, da entrada do ser vivo na linguagem, de um saber inconsciente, de um saber que fura, como pensar num discurso avesso a este quanto a sua transmissão? Como passar de um discurso marcado pelo significante mestre, de onde se atribui o valor de verdade ao saber e que agencia o trabalho, para um discurso onde comparece a transmissão de um saber não-todo? Quando Lacan desenvolveu a teoria dos quatro discursos, sugeriu que aquele que ensina se encontre no lugar de agente do discurso da histérica, no qual, ao interrogar o mestre, produz um saber. Ou seja, aquele que ensina não é o mestre, ou está no lugar do mestre (do saber) como pretende o universitário, mas no lugar daquele que interroga, sabendo, no entanto, que este lugar é sempre do semblante. Os personagens que giram nos quatro lugares dos discursos são puros semblantes.

A questão da transmissão da psicanálise se faz a partir da formação do psicanalista na análise pessoal e com os estudos dos fundamentos, que podem ser realizados em uma escola de psicanálise, numa instituição ou numa universidade. Ou seja, o lugar da pesquisa e do ensino são garantidos na psicanálise, pela formalização de um saber a partir do semi-dizer, de uma transmissão que opera pela transmissão da letra, da escrita do inconsciente, de um texto a ser veiculado pelas asas do desejo, uma transmissão oriunda de uma formação.

O campo psicanalítico é aberto dada a constância do real na escrita dos seus fundamentos e na leitura preconizada pelo trabalho simbólico de encadeamento dos conceitos pela ordem significante, propondo deslocamentos e fabricação de novos sentidos. Essa abertura tem consequências epistemológicas e cria um espaço profícuo para a pesquisa na universidade, que concerne tanto aos diversos discursos que se articulam por meio da psicanálise em extensão, quanto à teoria e à clínica na psicanálise em intensão. A questão está na transmissão de um saber não-todo que o campo da psicanálise oferece à universidade. Transmissão de uma ética, a do desejo, a do bem-dizer.

Referências

Allouch, J. (1995). *Letra a letra: transcrever, traduzir, transliterar*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.

Anzieu, D. (2006) *Psicanalisar*. Berliner, C. (Trad). Aparecida/SP: Ideias e Letras.

Botella, C. & Botella, S. (2003) A pesquisa em psicanálise. In Green, A. *Psicanálise contemporânea*. T B. M. P.upinambá, A. Cabral, D. A. Portolese, , E. R. Nazareth, I. W. Novinsky, J. M. Canelas, L. T. L. Mattos, R. Kehdy, (Trad.).Rio de Janeiro: Imago.

Calazans, R. & Neves, T. I. (2010). Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. *Ágora*, v. XIII, n. 2, jul/dez. (pp. 101-205).

Costa, A. (2009). Sobre o saber na pesquisa e intervenção no campo social. In H. Caldas, & S. Altoé, *Psicanálise, Universidade e Sociedade* (pp. 238-248). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Foucault, M. (1992). *O que é um autor?* (2ª. ed.). Cascais, A. F. e Cordeiro, E. (Trad.). Lisboa: Veja-Passagens.

França Neto, O. (2018) A psicanálise e suas incursões universitárias. In *Psicanálise em perspectiva. Marcas e traços na universidade*. Livro I. L. M .C. Barone, L. Hermann, M. R. Miranda, e J. L. L. Paravidini, (Orgs.). Uberlândia, MG: EdUFU

Freud, S. (1923 [1922] *Dois verbetes de enciclopédia*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18 (1920-1922) *Além do princípio do prazer*, *Psicologia de grupo e outros trabalhos*. Oiticica, C. M. (Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1990). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Meurer, J. L. (Trad). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).

Freud, S. (2010). Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? In *Sigmund Freud obras completas,* Vol. 14.. Souza, P. C. (Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)

Kuhn, T. S. (1998). *A estrutura das revoluções científicas*. In Boeira, B. V. & Boeira, N. (Trad.). 5ª ed. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1962)

Lacan, J. (1973). *O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Magno, M. D. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)

Lacan, J. (1974). Le non-dupeserrent. (aula de 19/02/1974). http://staferla.free.fr/S21/S21%20NON-DUPES....PDF.

Lacan, J. (1985). *O seminário livro 20: mais, ainda*. Magno, M. D. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)

Lacan, J. (1992). *O seminário livro 17: o avesso da psicanálise*. Roitman, A. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970)

Lacan, J. (1997). *O seminário: livro 7: a ética da psicanálise*. Quinet, A. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.(Trabalho original publicado em 1959-1960)

Lacan, J. (1998a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos*. Ribeiro, V. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957)

Lacan, J. (1998b). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In *Escritos*. Ribeiro, V. (Trad.) Rio de Janeiro: Zahar.(Trabalho original publicado em 1960)

Lacan. (1998c). A psicanálise e seu ensino. In *Escritos*. Ribeiro, V. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).

Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros Escritos*. Ribeiro, V. (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.(Trabalho original publicado em 1967)

Nicolau, R. F. (2009). A inserção da psicanálise nos cursos de psicologia. Em H. Caldas, & S. Altoé, *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. (pp. 238-248).

Widlocker, D. (2003) O lugar da pesquisa clínica em psicanálise. In A. Green, *Psicanálise contemporânea*. Tupinambá, B.M.P.; Cabral, A.; Portolese, D. A.; Nazareth, E. R.; Novinsky, I. W.; Canelas, J. M.; Mattos, L. T.L.;Kehdy, R.(Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

6 Superendividamento: reflexões e desafios para a Psicologia

Ana Cláudia Almeida Machado
Eliane Maria Fleury Seidl

Introdução

Este capítulo apresenta o resultado de uma revisão narrativa da literatura sobre superendividamento, cujo objetivo é apresentar algumas contribuições que a ciência psicológica tem fornecido sobre o tema, assim como desafios propostos para a área. Para enriquecer a discussão, além da psicologia, o texto traz contribuições de autores oriundos de outras áreas do conhecimento, já que a interdisciplinaridade e a multicausalidade são características próprias do superendividamento.

A psicologia busca compreender as causas e as consequências do superendividamento sobre os indivíduos, tanto para evitar efeitos adversos sobre a saúde mental da população, como para impedir práticas que o influenciam. O pensamento sociológico de Zygmunt Bauman sobre o que denomina ser a "sociedade de consumidores" pode agregar conhecimento relevante para o saber psicológico, razão pela qual o autor será abordado neste texto. Bauman considera o capitalismo um sistema "parasitário" (Bauman, 2010a). As coisas, e também as relações, têm adquirido uma natureza cada vez mais individual, superficial e descartável. A diversidade, ao invés de desejável, torna-se algo a ser evitado. (Bauman, 1999).

Para Santos e Avritzer (2002), as sociedades capitalistas passaram a considerar a noção de democracia equivalente à concepção da democracia liberal, na tentativa de estabilizar a tensão controlada entre a mesma e o capitalismo" (p. 59). Em nome da pretensa liberdade, tudo é possível, e por que não dizer, democrático. Enquanto as práticas neoliberais têm feito com que as famílias brasileiras percam sua capacidade econômica, os bancos atingem lucros recordes a cada ano. A concentração de riqueza no país tem feito

aumentar a desigualdade social a cada ano. Segundo Santos (2010), uma democracia sem redistribuição social é a outra face do capitalismo.

Cada vez mais pessoas vêm entrando em situação de superendividamento no Brasil ano após ano. Isso também tem ocorrido em outros países do globo, em especial naqueles que adotaram políticas econômicas neoliberais. Recentemente, cidadãos de diversos países da América do Sul vêm dando claras demonstrações de insatisfação com o aumento da pobreza e perda do seu poder de compra, com alta concentração de riqueza nas mãos de poucos e aumento expressivo da desigualdade, o que faz com que cada vez mais pessoas passem para classes sociais menos favorecidas. Não se está aqui falando de consumo de supérfluos, o qual pode estar ligado ao consumismo, mas sim, de produtos básicos como alimentação e medicamentos, indispensáveis à sobrevivência.

No Brasil, as tidas sagradas reformas trabalhista e previdenciária, da forma como foram propostas, nem de longe vêm demonstrando serem capazes de cumprir com o que prometeram: diminuir o desemprego, o endividamento e a sensação de desalento por que passam os brasileiros.

Superendividamento: conceituações

Entende-se por superendividamento a impossibilidade de um devedor pessoa física, leigo e de boa-fé, pagar suas dívidas atuais e futuras de consumo em um tempo razoável, considerando sua capacidade atual de rendas e patrimônio (Marques, 2010).

Já Fernandes (2015) usa outra linha de pensamento em sua acepção sobre o termo, já que o define como sendo a "impossibilidade do indivíduo de pagar todas suas dívidas de consumo, resultado da expansão desenfreada do fornecimento de crédito, fato que gera um acúmulo de obrigações a serem cumpridas, abalando a estrutura psicológica e familiar do devedor" (p. 55).

Para Ranyard, McHugh e McNair (2017), uma pessoa está superendividada quando o pagamento da soma total das despesas obrigatórias provoca estresse financeiro insustentável (*unsustainable financial stress*). A duas últimas conceituações trazem um posicionamento crítico a respeito do problema e, de forma subjetiva, minimizam a culpa

que geralmente recai sobre o devedor pela situação de calamidade financeira em que se encontra.

Proposta legislativa em tramitação no Senado Federal (Projeto de Lei n. 3.515, de 2015) estabelece que superendividamento é o comprometimento de mais de 30% da renda líquida mensal do consumidor com o pagamento do conjunto das dívidas pessoais (excluído o financiamento para a aquisição de casa para moradia). Cabe aqui fazer uma ressalva: estabelecer parâmetros meramente quantitativos para classificar uma pessoa como superendividada apresenta limitações. Acredita-se que, para entender o superendividamento, dever-se-ia necessariamente considerar se o pagamento das despesas tornou-se um "fardo pesado" (*heavy burden*) para o consumidor, independentemente das cifras em torno da dívida (Disney, Bridges, & Gathergood, 2008).

Superendividamento não é sinônimo de endividamento, apesar de o primeiro conter o segundo. O superendividamento "nunca começa no estágio 'super', na escala 'sobre', no estratosférico '*over*'" (Gaulia, 2017, p. 51).

Tipos de superendividamento

Quanto aos tipos, o superendividamento pode ser classificado em passivo ou ativo. No superendividamento passivo, as dívidas foram contraídas em virtude de uma situação inesperada, como algum acidente da vida (divórcio, doença, desemprego etc), e não em razão de um descontrole financeiro. O superendividamento ativo, por sua vez, ocorre em razão de uma má administração do orçamento doméstico, conduzindo a um endividamento compulsivo (Marques, 2010). No "jargão popular, devedor ativo seria aquele que gasta mais do que ganha" (Consalter citado em Schmidt Neto, 2009, p. 174).

Há, ainda, uma categorização secundária de superendividamento ativo, na qual o mesmo é classificado em "superendividamento ativo consciente" ou "superendividamento ativo inconsciente". O diferencial está na ausência ou presença de boa-fé por parte do devedor. Assim, os superendividados ativos conscientes são as pessoas que agiram com a intenção deliberada de não pagar (Marques, 2010). Ressalta-se que abordar o fenômeno sob essa ótica irá requerer reflexões que perpassam uma perspectiva ética, para além da psicológica ou sociológica.

Apesar da importância dessa distinção conceitual, não se deve desprezar que os acidentes da vida, aquelas situações inesperadas e relacionadas ao superendividamento passivo, tais como desemprego, divórcios, morte ou problemas de saúde, são as maiores fontes de superendividamento de brasileiros (Viegas, 2016).

Cabe ainda destacar a possível relação entre a falta de hábito de poupar do brasileiro e a disponibilidade de sistemas pretensamente universais de assistência nas principais áreas sociais, como saúde, educação e segurança. O histórico nacional de alta inflação, que estimulava o consumo imediato, é outro aspecto a ser considerado.

O papel das instituições financeiras no superendividamento

A irresponsabilidade na liberação do crédito é tema estreitamente relacionado ao superendividamento e essa questão diz respeito à forma como os contratos bancários são negociados. Já no momento da efetivação das operações financeiras pode estar nítido para o credor (ou deveria estar) que o tomador terá dificuldades em reembolsá-lo no futuro (Lima, 2014). Dessa forma, é necessário que haja uma regulação do mercado financeiro, assim como é preciso que sejam tomadas medidas que visem amenizar os problemas por que passam os mais de 30 milhões de brasileiros que não ganham o suficiente para pagarem suas dívidas, considerados superendividados (IDEC, 2018).

Em março de 2019, 62,4% das famílias brasileiras estavam endividadas, uma vez que possuem dívidas entre cheque pré-datado, cartão de crédito, cheque especial, carnê de loja, empréstimo pessoal, prestação de carro e seguro. Nesse mesmo mês, quase uma entre quatro famílias (23,4%) tinham dívidas ou contas em atraso. O percentual de famílias que declararam não ter condições de pagar essas dívidas (o que significa sua manutenção na situação de inadimplência) foi de 9,4% (CNC, 2018).

Nos últimos anos, a realização imediata das necessidades de consumo dos brasileiros tornou-se possível por meio de uma política de ampliação do crédito à população, a qual fazia parte de um programa de distribuição de riqueza que ascendeu milhões de pessoas na pirâmide social. Se, por um lado, o aumento na oferta de crédito acabou estimulando o superendividamento, por outro, também contribuiu para o enfrentamento de importantes mazelas sociais que há décadas recaíam sobre a população. Para Lima (2014), o

superendividamento é um problema das sociedades em que houve ampliação da oferta de crédito às pessoas físicas, podendo ser considerado a "outra face da democratização do crédito" (p. 25).

Cabe mencionar, no entanto, que um dos maiores programas de combate à pobreza que o mundo já conheceu não se amparou apenas no aumento da oferta de crédito para uma população que até então estava excluída do mercado financeiro, mas também incentivou a criação de milhões de vagas de empregos formais, assim como – por meio da implantação de políticas sociais em diversas áreas – fomentou a distribuição de renda no país que ocupava o nono lugar no *ranking* de desigualdade social no mundo (Oxfam Brasil, 2018).

Tal cenário, ainda beneficiado por um panorama internacional favorável ao comércio exterior (graças às políticas desenvolvimentistas chinesas que demandaram a importação de *commodities* brasileiras em larga escala no início deste século), trouxe aos brasileiros das classes D e E condições de vida nunca antes experimentadas. Entretanto, para muitas dessas pessoas, o acesso ao crédito também era novidade, a qual não se fez acompanhar de uma política voltada à educação financeira. Isso acabou trazendo consequências inesperadas a uma parcela desses novos consumidores, ora transformados em tomadores de crédito. No entanto, apesar do fato de que algumas pessoas tornaram-se superendividadas em virtude da oferta de crédito, é possível afirmar que o superendividamento foi um efeito iatrogênico das políticas sociais de combate à pobreza no Brasil. O termo iatrogenia refere-se à possibilidade de ocorrerem danos em decorrência de um tratamento, significa causar involuntariamente um mal quando se intencionava fazer o bem, uma espécie de efeito colateral de uma droga que também cura.

As relações de consumo estabelecidas nos últimos anos no mundo foram especialmente influenciadas pelo surgimento dos cartões de crédito, cujo uso inverte a lógica de consumo de tempos de outrora. Se, antes, era necessário "apertar o cinto, privar-se de certas alegrias, gastar com prudência e frugalidade, colocar o dinheiro economizado na caderneta de poupança e ter esperança, com cuidado e paciência, de conseguir juntar o suficiente para transformar os sonhos em realidade" (Bauman, 2010a, p. 12), agora passou a ser possível "inverter a ordem dos fatores: desfrute agora e pague depois" (Bauman, 2010a, p. 12).

A ideia que se dissemina com o advento dos cartões de crédito é a de que as necessidades podem ser imediatamente satisfeitas, ainda incentivada pela crença de que cada momento é único e merece ser desfrutado agora. A supervalorização da satisfação imediata dos desejos e necessidades, a exacerbação da experiência presente, é uma espécie de autoengano. A "estratégia de *carpe diem* é uma reação a um mundo esvaziado de valores que finge ser duradouro" (Bauman, 2005, p. 59).

Quando se fala de superendividamento também não se pode deixar de mencionar a lógica de mercado. No mundo bancário, privilegia-se o alcance de resultados, os quais são impostos tanto por meio da pressão sobre os empregados bancários para o alcance de metas, como pela concorrência entre bancos, muitas vezes praticada em detrimento da ética nas relações de consumo.

Mecanismos de regulação do setor bancário são importantes para impedir práticas abusivas. Igualmente relevante é ampliar a divulgação de conteúdos sobre educação financeira para a população. Disponibilizar informações claras sobre crédito, tornar os consumidores capazes de realizar projeções reais do pagamento da dívida e oferecer informações, ainda que básicas, sobre os mecanismos de funcionamento do mercado financeiro, são ações vitais para o despertar de autonomia por parte dos consumidores.

No Brasil, a baixa concorrência entre bancos é fator que agrava essa situação. No final de 2018, os cinco maiores conglomerados bancários do país (Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Itaú-Unibanco, Santander e Bradesco) eram responsáveis por 84,8% do mercado de crédito e 83,8% dos depósitos totais no país (Bacen, 2018). Difícil imaginar que não se pratique cartel num cenário como esse.

Se o sistema capitalista precisa ser retroalimentado constantemente – e considerando que os interesses das instituições financeiras podem estar na contramão do que deve ser feito para combater o superendividamento – é também necessário oferecer meios de tornar os clientes dos bancos menos vulneráveis a essas instituições. O foco deve ser o estabelecimento de um conjunto de proteções que não permitam seu assujeitamento, mas ao contrário, que sejam capazes de promover o exercício da autonomia.

A influência social sobre o consumo

O consumismo surge quando o consumo assume o papel que na sociedade de produtores era exercido pelo trabalho. Em substituição a uma sociedade de produção ou de consumo, existe hoje uma "sociedade de consumidores" (Bauman, 2010a, p. 33).

A sociedade de consumo tenta satisfazer as necessidades humanas de forma nunca antes experimentada (Bauman, 2009). Ao mesmo tempo em que encoraja a escolha por um estilo de vida consumista, a prosperidade da sociedade de consumo só é possível mediante a insatisfação permanente de seus membros (Bauman, 2008a). A característica mais proeminente da sociedade de consumidores "é a transformação dos consumidores em mercadorias" (Bauman, 2008b, p. 20). Para que isso não ocorra, há uma deliberada depreciação e desvalorização dos produtos de consumo pelo mercado logo após terem sido promovidos como fonte de desejo (Bauman, 2008a). A sociedade de consumo é uma "sociedade do excesso e da extravagância e, portanto, da redundância e do desperdício pródigo" (Bauman, 2008a, p. 112).

Lipovetsky (2015) afirma existir uma sociedade de hiperconsumo, onde imperam o mercado e o individualismo. Segundo o autor, algumas noções construídas durante o período industrial sofreram significativas transformações ao longo da história, transformando o modo como os consumidores se comportam. Antigos hábitos sociais, como a lógica da poupança, a previsibilidade em relação ao futuro e a atenção ao consumo, deram lugar a um novo estilo de vida, no qual o desejo ganha relevância e, então, a culpa em gastar, ainda que sem necessidade, é reduzida.

O apelo ao consumo surge acompanhado de políticas econômicas as quais, ao contrário de prover a capacidade de consumo, têm retirado dos cidadãos seu poder de compra. Esse fato gera insatisfação e sentimento de impotência diante do que o mercado tenta vender como ideal de felicidade, que passa pelo consumo. O valor do "ser" vem cada vez mais sendo substituído pela importância do "ter". Algumas questões merecem ser assinaladas sobre esse tópico.

A primeira é a de que cabe às sociedades contemporâneas questionar e combater a ilusão que o mercado consumidor vem disseminando sobre os povos, de que a felicidade está necessariamente associada ao ato de consumir. É preciso criar meios com que as

pessoas questionem tais valores em termos da consequência que exercem sobre suas vidas privadas e também sobre a sociedade, uma vez que impactos sociais e ambientais são produzidos pela lógica de hiperconsumo.

Em seguida, há que se estar atento às implicações que a perda da capacidade financeira do brasileiro produz sobre o consumo das famílias, já que foram produzidas a partir de decisões econômicas. As poucas oportunidades de trabalho formal existentes têm levado trabalhadores brasileiros a ocuparem postos de trabalho cada vez mais precários, o que se relaciona à elevação dos índices de desemprego e ao aumento do trabalho informal. Somado a esse fato, as recentes decisões políticas envolvendo as reformas do Estado, em especial a trabalhista e a previdenciária, acarretaram ainda mais perdas de direitos aos trabalhadores.

Esse cenário retroalimenta a situação de endividamento e superendividamento, já que altas dívidas retiram famílias do mercado de consumo. Por sua vez, a perda do poder de compra impacta setores essenciais da economia, como o da indústria, comércio e serviços, perpetuando, assim, o desemprego e a indignidade nas famílias brasileiras.

Movimentos em defesa da democracia que ocorreram no final de 2019 em diversos países da América do Sul mostraram a instabilidade no continente. Em alguns desses países a crise eclodiu após as políticas neoliberais praticadas nas últimas décadas terem demonstrado ser insuficientes para combater o empobrecimento da população e as perdas de direitos sociais. No Chile, por exemplo, os trabalhadores sofrem drástica redução em seus vencimentos quando passam à situação de aposentados, o que impacta sua qualidade de vida e os empurra para classes sociais inferiores. Políticas semelhantes vêm sendo implantadas no Brasil.

O combate aos efeitos da globalização neoliberal exigirá com que se combata a exclusão social, a precarização do trabalho, o declínio das políticas públicas, a destruição da biodiversidade, o desemprego, as violações dos direitos humanos e os ódios inter-étnicos (Santos, 2002).

Aspectos que influenciam a tomada de crédito junto às instituições financeiras

É necessário que medidas de regulação dos bancos sejam constantemente revisitadas para impedir abusos em duas direções: tanto em relação aos modos de gestão de uma instituição financeira, como nas consequências que esse estilo gerencial traz aos trabalhadores bancários ("batedores de metas"), cujo desempenho é avaliado, sobretudo, de forma quantitativa, a partir do que produzem.

No meio bancário há utilização de meios coercitivos para fazer com que seus empregados cumpram metas bancárias inexequíveis (Silva & Navarro, 2012). Tais metas podem ser "inatingíveis e estão além dos limites físicos e psicológicos dos bancários" (Netz & Mendes, 2006), além de estarem associadas a elevados índices de adoecimento do trabalhador (Silva-Fortes, 2017).

Para atingirem as metas impostas, muitos trabalhadores passam por um alto grau de sofrimento patológico, em virtude do alto conflito moral desencadeado pela discrepância entre seus valores pessoais e a (ausência de) ética que lhes está sendo requerida em nome do trabalho. Trabalhadores bancários são impelidos a fazer uso de enganações, mentiras, insinceridades, vender produtos que não são positivos aos clientes - tudo em nome do atingimento de metas (Paparelli, Almeida, Silva, & Morgado, 2019).

Outras vezes, não menos preocupantes, os trabalhadores irão se adaptar às exigências e comportar-se de algum modo que os assegure alcançar os objetivos da instituição financeira, que passam a ser também os seus próprios objetivos de vida, num movimento claramente patológico, independentemente das consequências de seus atos profissionais a terceiros. Pesquisa realizada por Andrade, Queiroz, Queiroz, Vasconcelos e Silva (2011) concluiu que bancários avaliam como justo o sistema de metas, muito embora relatem ser difícil que as mesmas sejam cumpridas, o que pode ser considerado, no mínimo, como uma contradição.

Há também, entre os consumidores, uma espécie de pensamento mágico, otimista: em que se subestimam os riscos e superestimam as chances de sucesso ou de reembolso do crédito no futuro. Esses fatores são acrescidos da presença de impulsividade e déficit de educação financeira (Lima, 2014). Adicionalmente, há falta de informação específica sobre o crédito, estigmatização social do devedor, dificuldade em compartilhar o problema com

terceiros e escassez de apoio institucional diante dessas situações (Hennigen & Gehlen, 2012). Segundo Bauman, em um cenário desregulamentado e privatizado, centrado em preocupações e buscas consumistas, a responsabilidade sumária pelas escolhas é individual (Bauman, 2011). Travar um debate sobre a moralidade das práticas do mundo financeiro é tanto necessário como também poderá prevenir que muitas pessoas se tornem superendividadas no futuro.

Só há uma saída para a manutenção do sistema capitalista: tornar os devedores cada vez mais endividados. O capitalismo é um sistema parasitário, e "como todos os parasitas, pode prosperar durante certo período, desde que encontre um organismo ainda não explorado que lhe forneça alimento" (Bauman, 2010a, p. 27). A situação de penúria em que se encontram os consumidores que não conseguem honrar suas obrigações financeiras é constantemente retroalimentada pelo mercado, visto que o sistema os obriga a tomar cada vez mais empréstimos para saldar dívidas anteriores. Tal situação não demonstra uma derrocada do sistema financeiro, mas justamente o contrário: representa um extraordinário sucesso dos bancos (Bauman, 2010a).

Os consumidores que se recusam a gastar uma quantia que ainda não foi adquirida, ou não tomam empréstimos por preferirem, primeiramente, acumular, para somente depois gastar, não são úteis para os emprestadores (Bauman, 2010b). O lucro dos bancos baseia-se justamente na manutenção de uma figura considerada como o consumidor ideal, que é aquele que nunca paga integralmente suas dívidas (Bauman, 2010a). Segundo o autor, "assim como o desaparecimento de pessoas descalças representa um problema para a indústria de calçados, o desaparecimento de pessoas não endividadas representa um desastre para a indústria de crédito" (p. 19).

Contribuições da psicologia para enfrentamento do superendividamento

A situação de inadimplência gera como consequência uma situação estressante e psicologicamente dramática para os devedores, mas seus efeitos se estendem para suas famílias e outros atores de seu círculo social. Por culpa e/ou vergonha, pais superendividados muitas vezes escondem dos filhos a real situação financeira e, ao mesmo tempo, tentam manter o padrão de vida familiar, o que acaba agravando a situação. Pais

que possuem problemas financeiros tendem a ser menos responsáveis com a educação e a disciplina de seus filhos, o que pode elevar o risco desses virem a ser acometidos por problemas emocionais, de saúde e de rendimento escolar, além de também aumentar a possibilidade das mesmas fazerem uso de álcool e outras drogas (Lima, 2014).

Artigo de revisão sistemática a respeito dos efeitos do superendividamento sobre a saúde (Turunen & Hillamo, 2014) aponta consequências como depressão, ansiedade, angústia e pensamentos suicidas. Sintomas depressivos, como perda do sono e sensação de inadequação, também foram associados (Wildman, citado em Ranyard, McHugh, & McNair, 2017). Outros sentimentos como desesperança, desvalorização e menos-valia estão igualmente presentes (Butterworth et al. citados em Ranyard et al., 2017). Sintomas de ansiedade especificamente causados por questões financeiras (denominada "ansiedade financeira") são comuns. Quando elevada, a ansiedade financeira faz com que as pessoas endividadas evitem receber informações financeiras e, quando isso ocorre, tende a haver uma demora maior em processá-las cognitivamente (Shapiro & Burchel, citados em Ranyard et al., 2017).

Outros aspectos psicológicos evidenciados em pessoas superendividadas são: mal-estar decorrente de insônia; humor deprimido; culpa; falta de perspectiva de solução do problema; vergonha das situações de cobrança; efeitos negativos nas relações familiares; e receio de que outras pessoas descubram a situação. Estão igualmente associados sentimentos de angústia e depressão, episódios de pânico em relação às cobranças, vergonha dos credores e raiva pelas restrições e cobranças constrangedoras (Hennigen & Gehlen, 2012).

Fitch, Chaplin, Tren e Collard (2007) citaram como consequências do endividamento o isolamento, exclusão social, vergonha, embaraço, senso de falha pessoal, automutilação e ideação suicida. Indivíduos com saúde psicológica comprometida podem estar mais ou menos propensos a compartilhar que estão sendo afetados por dívidas, quando comparados a indivíduos com boa saúde psicológica, na mesma situação. Fatores exógenos agravam as consequências do endividamento, aumentando ainda mais o estresse psicológico (Gathergood, 2012).

Pessoas com baixa autoestima são mais propensas a se expor a comportamentos de risco de superendividamento, tais como contratação de dívidas com taxas de juros

elevadas (rotativo do cartão de crédito, por exemplo), realização de elevados saques em dinheiro e tomada de empréstimos de longo prazo para a aquisição de bens de consumo duráveis (Gathergood, 2011). Estudo desenvolvido por Prado, Silva, Silva e Ribeiro (2016) encontrou que, dentre as características que afetam positivamente o risco de obtenção de crédito pelos indivíduos, está a presença de crenças negativas sobre o dinheiro, baixa autoeficácia, assim como otimismo reduzido.

O superendividamento pode afetar a saúde por diversas razões: (1) problemas com dívidas são associados à baixa autoestima, a uma visão pessimista do mundo e à deterioração da saúde mental em razão de depressão, ansiedade severa e hostilidade; (2) dívidas provocam um declínio da saúde física, já que a necessidade de controlar o orçamento doméstico pode limitar o acesso a produtos de saúde ou alimentos necessários à manutenção de uma vida saudável; (3) dificuldades financeiras inibem comportamentos racionais e elevam a propensão de haver episódios como uso abusivo de álcool, tabagismo e consumo calórico excessivo; e (4) foi observada uma relação entre estresse financeiro e suicídio, uma vez que pessoas com problemas financeiros cometem mais tentativas de suicídio que indivíduos sob todas as demais condições psicológicas, exceto depressão (Cuesta & Budría, 2015).

Na luta contra o superendividamento, estratégias individuais voltadas para os consumidores também são cruciais. Intervenções cognitivo-comportamentais podem ser apropriadas para provocar mudanças de pensamento e de comportamento, uma vez que fatores comportamentais podem estar envolvidos na determinação de risco de crédito de uma pessoa.

Quando se vislumbram intervenções capazes de promover o bem-estar psicológico da pessoa superendividada, torna-se importante discutir o poder que o próprio indivíduo acredita existir sobre si próprio e sobre suas decisões de compra e consumo. Essa discussão merece aprofundamento e se relaciona com temas próprios do campo da psicologia clínica e da saúde, tais como enfrentamento, motivação e resiliência.

Ainda há certa invisibilidade do superendividamento no campo da Psicologia, apesar de ser imprescindível a participação de psicólogos para combatê-lo, já que compete aos mesmos minimizar os sofrimentos e "produzir conhecimentos e intervenções que abram espaço para as pessoas refletirem e, assim, transcenderem as cognições que os engendram"

(Hennigen & Gehlen, 2012, p. 297). É preciso um rol de políticas públicas que visem ao auxílio das pessoas com problemas de endividamento, e essas devem prever a ajuda de profissionais da psicologia para mitigar os impactos que esses provocam na saúde mental do indivíduo (Gathergood, 2012).

Considerações finais

Compreender melhor os aspectos individuais relacionados às pessoas endividadas ou superendividadas, e a forma como se estabelecem as relações de consumo, contribui para que ações de prevenção do superendividamento possam ser planejadas.

Diversas áreas da psicologia são convidadas a contribuir na compreensão e abordagem do fenômeno. A interdisciplinaridade é não apenas aqui recomendada, mas requerida, de forma que se amplie a noção sobre esse complexo fenômeno, possibilitando ações cada vez mais eficazes para erradicar os males que vem ocasionando sobre a população brasileira.

Espera-se que a leitura do capítulo tenha contribuído para ampliar o conhecimento sobre o tema, assim como para o estabelecimento de agendas de trabalho e de pesquisa que sejam capazes de fortalecer a luta contra o superendividamento.

Referências

Andrade, D. V. P, Queiroz, J. V., Queiroz, F. C. B. P, Vasconcelos, N. V. C., & Silva, A. K. S. (2011). Metas organizacionais e satisfação no trabalho: um estudo de caso em uma instituição financeira. In *Anais 8º Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, Resende – RJ: Seget. Recuperado de https:www.aedn.br/seget/arquivos/artigos11/51514615.pdf.

Banco Central do Brasil [Bacen] (2018). *Relatório de Economia Bancária 2018*. Recuperado de https://www.bcb.gov.br/publicacoes/relatorioeconomiabancaria.

Bauman, Z. (1999). *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2008a). *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2008b). *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2009). *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2010a). *Capitalismo parasitário*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2010b). *Vida a crédito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2011). *A ética é possível num mudo de consumidores?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo [CNC] (2019). *Pesquisa CNC – Endividamento e Inadimplência do Consumidor (Peic)*. Recuperado de http://cnc.org.br/editorias/economia/pesquisas/pesquisa-de-endividamento-r-inadimplencia-do-consumidor-peic-marco-de

Cuesta, M. B., & Budría, S. (2015). The effects of over-indebtedness on individual health. IZA Discussion Paper Series. *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor, 8912*, 1-39. Recuperado de http://ftp.iza.org/dp8912.pdf.

Disney, R, Bridges, S., & Gathergood, J. (2008). *Drives of over-indebtedness*. Report to the Department of Business, Enterprise, and Regulatory Reform. Centre for Policy Evaluation. School of Economics, The University of Nottingham. Reino Unido. Recuperado de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.514.9586&rep=rep1&type=pdf.

Fernandes, D. G. G. (2015). A questão do superendividamento no ordenamento jurídico brasileiro pós Constituição Federal de 1988 e as reformas no CDC. *Pesquisas Jurídicas*, *4*(3), 55-72.

Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C., & Collard, S. (2007). Debt and mental health: the role of psychiatrics. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 194-202.

Gaulia, C. T. (2017). Superendividamento: um fenômeno social da pós-modernidade: causas invisíveis – soluções judiciais eficazes. In C. L. Marques, R. L. Cavallazzi & C.

C. Lima (Eds.), *Direitos do consumidor endividado: vulnerabilidade e inclusão*. v. 2 (pp. 45-84). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Gathergood, J. (2011). Debt and depression: casual links and social norm effects. *The Economic Journal, 122*, 1094-1114.

Gathergood, J. (2012). Self-control, financial literacy and consumer over-indebtedness. *Journal of Economic Psychology, 33*, 590-602.

Hennigen, I., & Gehlen, G. (2012). Com a "vida" no vermelho: psicologia e superendividamento do consumidor. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 7*(2), 290-298.

Instituto de Defesa do Consumidor [IDEC] (2018). *No caminho do superendividamento*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=e-YFvzub5RQ

Lima, C. C. (2014). *O tratamento do superendividamento e o direito de recomeçar dos consumidores*. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Lipovetsky, G. (2015). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. Trad. Patrícia Xavier. Lisboa: Edições 70.

Marques, C. L. (2010). Fundamentos científicos da prevenção e tratamento do superendividamento. In C. L. Marques, C. C. Lima & K. Bortoncello (Eds.), *Prevenção e tratamento do superendividamento: caderno de investigações científicas* v. 1 (pp. 15-37). Brasília: Escola Nacional de Defesa do Consumidor/Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor/Secretaria de Desenvolvimento Econômico. Recuperado de https://www.justica.gov.br/seus-direitos/consumidor/Anexos/manual-tratamento-do-super%20endividamento.pdf.

Netz, J. A., & Mendes, J. M. R. (2006). O massacre dos trabalhadores bancários e a ação sindical: sobrejornadas, metas excessivas, pressão, medo, práticas gerenciais autoritárias versus práticas preventivas. *Boletim da Saúde, 20*(1), 25-34.

Oxfam Brasil (2018). *País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras 2018*. Recuperado de https://oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado

Paparelli, R., Almeida, T. B., Silva, D. L. D., & Morgado, L. P. (2019). Adoecimento bancário: construção de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento do

desgaste mental relacionado ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *44*(e21), 1-8.

Prado, M. F., Silva, P. R., Silva, D. R., & Ribeiro, K. C. S. (2016). Psicologia do risco do crédito: análise de fatores comportamentais que influenciam o endividamento de indivíduos. In *Anais do 40º Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração*, Costa do Sauípe, BA: Enanpad. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309014399_Psicologia_do_Risco_de_Credito_Analise_de_Fatores_Comportamentais_que_influenciam_o_Endividamento_dos_Individuos.

Ranyard, R., McHugh, S., & McNair, S. (2017). The psychology of borrowing and over-indebtedness. In R. Ranyard (Ed.), *Economic Psychology* (pp. 222-238). Chichester-UK/Hoboken-EUA: The British Psychology Society and John Wiley & Sons Ltd.

Santos, B. S. (2002). Introdução geral à coleção. In B. S. Santos (Org.), *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa* (pp. 13-17). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Santos, B. S. (2010). Para una democracia de alta intensidade. *Ecuador Debate, 80*, 63-76.

Santos, B. S., & Avritzer, L. (2002). Introdução: para ampliar o cânone democrático. In B. S. Santos (Org.), *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa* (pp. 39-82). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Schmidt Neto, A. P. (2009). Superendividamento do consumidor: conceitos, pressupostos e classificação. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, 26*, 167-184.

Senado Federal (2015). *Projeto de Lei n. 3.515 de 04 de novembro de 2015*. Altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), e o art. 96 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), para aperfeiçoar a disciplina do crédito ao consumidor e dispor sobre a prevenção e o tratamento do superendividamento. Brasília. 2015. Recuperado de https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2052490

Silva, J. L., & Navarro, V. L. (2012). Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *20*, 2-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_03.pdf.

Silva-Fortes, J. L. S. (2017). *Sofrimento e adoecimento no mundo bancário: estudo com bancários afastados do emprego por motivos de saúde relacionados ao trabalho*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Turunen, E., & Hillamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*, *14*, 1-8. Recuperado de https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-489

Viegas, D. P. (2016). A atualização do código do consumidor frente às mazelas do superendividamento: uma análise da PLS 283/2012. *Revista Aporia Jurídica* (on-line), *1*, 360-372.

MULHERES E VIOLÊNCIA DE GÊNERO

7 Psicoterapia feminista: histórico e contribuições para a psicologia clínica brasileira

Érica Nunes
Valeska Zanello

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um panorama histórico da psicoterapia feminista, surgida nos Estados Unidos, e seus desdobramentos clínicos; e, ao mesmo tempo, comparar com os movimentos ainda incipientes dessa abordagem no contexto brasileiro.

A criação da psicoterapia feminista, diferentemente da maior parte das outras abordagens psicoterápicas presentes na psicologia contemporânea, não se baseia sobre a imagem de uma fundadora, sua elaboração foi um processo colaborativo e criativo de várias mulheres. Suas formulações acerca da necessidade de uma abordagem psicoterápica, que contivesse em si um caráter emancipador para as mulheres, surgiu a partir de inquietações vividas por elas próprias, as quais passaram a ser discutidas e elaboradas coletivamente em reuniões dos grupos de *consciousness-raising*[1] nos Estados Unidos, no início dos anos 70 (Enns, 2004). Dentro dos grupos, que também exerciam a função de mútuo apoio, essas mulheres (em sua maioria, brancas) passaram a perceber que, além de haver semelhanças em suas opressões cotidianas, suas formulações subjetivas sobre seu lugar no mundo e suas fontes de sofrimentos também eram compartilhadas.

O contexto brasileiro entre os anos 60 e 70, momento em que havia uma grande efervescência do movimento feminista e dos direitos civis na Europa e nos Estados Unidos, era marcado pelo auge da ditadura militar, com o governo Médici. Em 1968, foi instaurado o Ato Institucional nº 5, o AI-5, que tornou a repressão a qualquer manifestação política muito mais intensa (Otto & Pinto, 2004). Tal cenário fez com que a

1. Grupos de aumento de consciência (tradução nossa).

história do surgimento do feminismo no Brasil esteja profundamente relacionada aos movimentos de luta contra a ditadura militar, já que muitas das principais líderes feministas foram presas, perseguidas e exiladas pelo regime.

A partir de 1972, surgiram no Rio de Janeiro e em São Paulo alguns grupos de mútuo apoio, parecidos com os que estavam em ação no hemisfério norte, só que em um formato bem mais intimista, por causa da repressão militar. Eles foram encabeçados por mulheres que haviam chegado do exterior. Muitas das participantes desses grupos foram posteriormente exiladas pelo regime militar e algumas tiveram que se reorganizar no exílio, tendo como exemplo o Grupo Latino-Americano de Mulheres[2], o qual se localizava em Paris.

Nos Estados Unidos, a partir desse ambiente de comunhão entre mulheres, começou a surgir a percepção de que a psicologia raramente cooperava com o desenvolvimento de autonomia pretendido por elas, pois quando chegavam a procurar ajuda, suas demandas por mais igualdade e direitos eram, muitas vezes, patologizadas e seu sofrimento invisibilizado ou deslegitimado (Worell & Remer, 2003).

São apontados por Brown (2012) três documentos muito importantes que servem de base para a crítica feminista à psicoterapia formal: *Women and madness: Exposing patriarchy in the consulting Room,* de Chesler (1972); *Kinder, Kuche, Kirche as Scientific Law: Misogyny in the Science of Psychology,* de Naomi Weisstein (1968); *Sex roles Stereotyping and Clinical Judgments of Mental Health: Science Supporting Politics,* de Broverman, Clarkson, Rosencrantz e Vogel (1970). Tais obras explicitaram questões problemáticas acerca da prática psicoterápica e da produção científica na área da psicologia da época, em geral exercida por homens brancos, da classe média/alta norte americana.

---

2. Esse grupo foi formado em Paris no ano de 1972, por mulheres de variados países da América Latina. Seu funcionamento tinha um propósito parecido com o dos grupos americanos da época: fomentava-se o aumento do nível de consciência feminista entre as participantes, com rodas de conversa; exibição de filmes e a publicação de um periódico bilíngue com o nome "Nosostras", entre outras atividades Abreu, M.2013. Nosotras: feminismo latino-americano em Paris. Estudos Feministas, Florianópolis, 21(2). DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000200007.

Contemporaneamente à publicação dessas obras, passaram a ocorrer reuniões nacionais de sistematização da prática da psicoterapia feminista, que acontecem até hoje, o que é denominado de "conferências de consenso". Essas são caracterizadas por Worel e Johnson (1998) como encontros nacionais de psicoterapeutas feministas, nos quais elas se subdividem em grupos de trabalho por temáticas definidas em reuniões anteriores à conferência, e consideradas relevantes para o futuro da abordagem. Os grupos de trabalho agem democraticamente em seu processo decisório para criar diretrizes teóricas, práticas, educacionais e políticas para toda a psicologia feminista, além do contexto clínico.

Os princípios éticos e práticos que caracterizam o processo decisório dentro dos grupos de trabalho da psicoterapia feminista são: estruturar para a diversidade, distribuir liderança, distribuir responsabilidades, valorizar todas as vozes, honrar experiências pessoais, decidir por consenso e promover mudança social (Worell & Johnson, 1998).

Em agosto de 1969, ocorreu uma ocupação do conselho representativo da APA (*American Psychology Association*)[3], por parte das veteranas da terapia feminista, reivindicando mais visibilidade para as questões de gênero dentro da psicologia, ação que deu lugar à criação do AWP – *Association for Women in Psychology*. Sob a liderança de Adrienne Smith, uma das primeiras psicoterapeutas feministas abertamente lésbica e autora de obras importantes no campo, foi também formado o grupo que criou o *Feminist Therapy Institute*, em 1982, o mais importante organismo de elaboração ética e técnica de diretrizes para a prática da psicoterapia feminista (Brown, 2012).

Dessas reuniões, participaram mulheres de um amplo espectro de feminismos, das mais diferentes filosofias, incluindo feministas radicais, liberais, reformistas, culturais e das mulheres de cor[4]. Worel e Renner (2003) destacam a Primeira Conferência Nacional de Educação e Treinamento em Prática Feminista, conhecida como a Conferência de Boston, como um marco dentro do delineamento de objetivos e temas comuns (promoção de uma consciência feminista e de mudança social a partir da psicoterapia, pressuposto de

3. Associação de Psicologia Americana (Tradução da sigla).
4. Para mais detalhes sobre essas diferentes visões de feminismo ver: Worell, J., & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: An empowerment model for women. Wiley series in psychotherapy and counselling*. New York: Willey.

que o privado é público, encorajamento de uma desmistificação acerca da prática psicoterápica feminista e inclusão da diversidade como algo fundamental, por exemplo).

Em especial, a partir dos anos 90, tanto o movimento feminista quanto a terapia correspondente chegaram ao reconhecimento da necessidade de dar uma maior atenção às peculiaridades culturais, de classe, raciais e sexuais. Dentre elas, destacamos a importância do feminismo das mulheres negras, latinas, indígenas e lésbicas, no contexto estadunidense (Enns, Williams & Fassinger, 2012) e também no brasileiro. Isso se deu por meio da luta dessas próprias mulheres em conseguir tal visibilidade e a busca de uma maior representação.

Nessa mesma década, ápice desse momento histórico, algumas autoras como Brown e Root (1990) problematizaram o fato de as psicoterapeutas feministas serem ainda majoritariamente brancas, de classe média e norte-americanas. É apontado como justificativa, em parte, a própria falta de recursos e de acesso dessas outras mulheres para entrarem em contato com a abordagem e, mesmo, chegarem a um grau educacional de nível superior; ao mesmo tempo, é reconhecido certo nível de omissão por parte das próprias psicoterapeutas feministas em abrir espaços e incentivar a entrada dessas mulheres de diferentes origens étnico-raciais.

Sem dúvida, o embranquecimento da abordagem gera riscos de que ela não seja tão engajada e emancipadora quanto se propõe, pois as demandas de mulheres de diferentes origens étnico-raciais só podem ser elaboradas de forma apropriada com a participação delas mesmas. As próprias formulações teóricas, epistêmicas e metodológicas feitas pelas psicoterapeutas feministas, no que condiz à questão da multiculturalidade, devem ser problematizadas a partir da análise do lócus enunciativo dessa fala ou elaboração.

Uma problemática possivelmente gerada pela forte presença branca dentro da abordagem é a invisibilização ou minimização do sofrimento ocasionado por outros fatores de opressão, tais como os étnicos-raciais, socioeconômicos, de orientação sexual e outros. Além disso, pode-se criar uma hierarquização da opressão de gênero como a principal produtora de sofrimento frente a outras opressões vivenciadas pelas/os pacientes, já que ela é mais conhecida e inteligível para as mulheres brancas (Brown & Root, 1990). Em outro livro, *Feminist Therapy*, escrito vinte anos depois, Brown (2012) traz um cenário diferente acerca desta questão, relatando que a abordagem realizou

muitos avanços em termos de diversificar o quadro de praticantes, contando inclusive com um número relevante de mulheres negras, latinas, asiáticas e de homens.

Em algumas conferências realizadas em 1993, nas quais o foco era o futuro da psicologia feminista, houve o reconhecimento de que colocar o sexismo como fonte primordial de opressão forjava um obstáculo no trabalho com vários grupos. Dessa forma, ficou claro que uma abordagem apenas não sexista era inadequada em termos de representatividade. A partir disso, foram criados grupos de trabalho com a temática do feminismo multicultural, os quais passaram a realizar reuniões nacionais focando em diversas identidades sociais. As mulheres de cor tomaram a liderança em identificar fatores limitantes da inclusão de todas as mulheres. Vale ressaltar que algumas delas relataram terem se sentido pressionadas a priorizar a identidade feminista frente a outras de suas identidades nesse processo (Enns et al., 2012).

Esse pressuposto de que havia a necessidade de uma abordagem preocupada com questões para além do gênero se enraizou profundamente nas produções teóricas das últimas três décadas. Algumas autoras – por exemplo, Enns, Root e Hays – dedicaram todas ou quase todas as suas obras a uma integração coerente e consistente entre o feminismo e o multiculturalismo na prática psicoterápica, se intitulando inclusive como terapeutas feministas multiculturais.

A conexão entre essas duas temáticas, feita na maior parte das vezes por essas autoras, tem como foco a justiça social e um nível mais profundo de compreensão das vivências das pessoas a partir de uma abordagem interseccional de gênero com: etnia, raça, orientação sexual, nacionalidade e outros. O fator multiculturalidade está presente na maioria das obras feministas contemporâneas, pois houve uma série de conferências de consenso voltadas para discutir essas temáticas (Enns et al., 2012).

A partir do contato do feminismo com os estudos interseccionais e o multiculturalismo, surgiram duas frentes identitárias, terapêuticas e de pesquisa nos Estados Unidos, bastante relevantes para o contexto brasileiro, o *womanism* e o *mujerismo*. A primeira delas, originalmente gerada dentro do campo da teologia e dos estudos culturais, busca dar visibilidade às opressões sofridas pelas mulheres negras e ao mesmo tempo valorizar a sua sabedoria e cultura. O *womanism* é interseccional, na acepção mais pura do termo, desde o seu surgimento, pois a maior reivindicação das

womanistas (tradução nossa) é justamente uma não hierarquização entre as opressões de gênero, raça e classe (Bryant-Davis & Comas-Díaz, 2016).

O termo *mujerismo* surgiu originalmente no Peru e é definido por Comás-Diaz (2016) como "um feminismo latino de forte base espiritual. Uma emergente psicologia mujerista é baseada num viés de libertação, a partir de um feminismo cultural e analítico e também de um sincretismo espiritual secular" (2016, p.149, tradução nossa). Assim como no caso do *womanism*, o foco é colocado na questão das interseccionalidades e de um forte compromisso com a justiça social. Ademais, debate-se a questão da *colonialidade* como forma opressiva dentro de seus países de origem e como configurador de seu sofrimento, por serem imigrantes nos Estados Unidos. Dessa forma, o *mujerismo* também tem como objetivo, em especial, proporcionar um processo decolonial das subjetividades, a desconstrução do "colonialismo de gênero", termo cunhado pela filósofa argentina Maria Lugones para falar sobre o uso dos mecanismos coloniais para impor o patriarcado na vida de mulheres na América Latina.

Os grupos citados não são excludentes entre si e trabalham em um esforço cooperativo na busca de gerar visibilidade, em vários projetos dentro da APA, às questões que as interpelam (Comas-Díaz, 2016).

Brown (2012) relata algumas dificuldades sofridas atualmente na aplicação da terapia feminista, tanto no âmbito clínico, como no acadêmico. Na clínica, algumas terapeutas relatam uma grande dificuldade na aplicação da técnica em sua forma integral, por causa de uma grande sujeição aos planos de saúde. Estes, com grande frequência, demandam um diagnóstico fechado para financiar o tratamento, além de exigirem que as terapias escolhidas sejam baseadas em evidências. Ou seja, requerem técnicas que possam ser replicadas em pesquisas e, a partir disso, que seja criado um padrão "efetivo" para lidar com cada psicopatologia, o qual deveria ser repetido em vários clientes, independentemente de questões subjetivas e identitárias.

No âmbito acadêmico, como esperado, enfrenta-se o conservadorismo, partindo do falso pressuposto de uma neutralidade política e ideológica da ciência. Tal atitude, por parte da comunidade científica, afeta a expansão da abordagem, cuja única diferença é admitir abertamente os pressupostos ideológicos e políticos por trás de sua prática, teoria e epistemologia (Brown, 2012). Podemos cogitar ser este, também, o motivo para o total

desconhecimento e silenciamento no âmbito da psicologia brasileira acerca dessa corrente teórica, ainda que a mesma esteja prestes a completar 50 anos.

O poder adoece, mas também cura: aspectos teóricos e técnicos

Laura Brown (2012), uma das autoras mais prolíficas dentro do campo da psicoterapia feminista na atualidade, remete a origem teórica e epistemológica da mesma à psicologia humanista rogeriana, a qual já era exercida por algumas das pioneiras, por ser vista como uma opção alternativa ao determinismo e à misoginia da psicanálise e do mecanicismo comportamental. Houve um distanciamento natural dessa abordagem por parte das feministas, a partir da percepção de que a psicologia humanista era incipiente ou nula ao refletir acerca de questões de gênero.

Algumas dificuldades são apontadas por Brabeck e Brown (1997) para a elaboração de um aparato teórico original da psicoterapia feminista como, por exemplo, a urgência de alguns temas como violência contra as mulheres, aborto e maternidade, os quais ganharam o foco por muitos anos, levando a um atraso significativo dessa demanda teórica. Outro ponto a ser considerado é a ausência de uma figura fundadora, a qual se configura como uma vantagem em vários aspectos, pois retira o caráter dogmático da abordagem; porém, por outro lado, lentifica o processo de criação teórica, já que ela deve ser feita de maneira totalmente democrática. Por último, a falta de base teórica não sexista para servir de referência, além do próprio machismo embutido na linguagem, o qual necessita de atenção, para que a formulação teórica feminista não seja contaminada, de maneira insidiosa, pelos preconceitos por ela veiculados.

Somente a partir da entrada no mundo acadêmico essa ausência teórica passou a ser mais evidente, em especial, para definir o que realmente caracteriza a psicoterapia feminista como campo diferenciado. Durante a Primeira Conferência Nacional de Educação e Treinamento em Prática Feminista, em 1997, um grupo de trabalho foi especialmente escalado com a finalidade de criar democraticamente diretrizes que norteariam a teoria da psicoterapia feminista. Os princípios elencados foram os seguintes: 1) O objetivo da psicoterapia feminista é a transformação social por meio da criação de uma consciência feminista; 2) A teoria é desenvolvida pela experiência; 3) Gênero é um

importante fator de opressão para as mulheres, o qual se intersecciona com outros importantes lócus de opressão, tais como raça, cultura, etnia, classe, idade, orientação sexual, religiosidade e outros; 4) Visibilizar vozes oprimidas; 5) Gerar expansão das noções de identidade e de múltipla subjetividade; 6) Reformular a concepção de sofrimento psicológico a partir de um viés crítico de gênero (Brabeck & Brown, 1997).

Destaca-se que os conceitos de "poder" e de "empoderamento" são centrais em toda a construção teórico-técnica da psicoterapia feminista. Os objetivos máximos da psicoterapia são empoderamento da(o) cliente nas mais diversas instâncias de sua vida e, também, a criação de uma consciência feminista, ou seja, uma consciência que busque um maior nível de igualdade e de equidade nos relacionamentos e no mundo, reconhecendo que empoderamento pode significar transformações completamente diferentes de uma(um) cliente para outra(o). O empoderamento seria, assim, nos mais diversos campos da vida e do psiquismo da pessoa, o referencial de saúde (Brown, 2012).

Os demais objetivos são traçados a partir da demanda da(o) cliente, no início do processo, e a(o) psicoterapeuta deve fazer o máximo esforço para não criar demandas que não sejam legítimas da pessoa; além disso, os objetivos devem ser repensados e reavaliados conjuntamente durante todo o curso da psicoterapia (Worell & Remer, 2003).

Segundo Brown (2012), a psicoterapia feminista, como sistema teórico, conceitua a experiência humana acontecendo em quatro instâncias de poder: somático/biológico, intrapessoal/intrapsíquico, interpessoal/social/contextual, espiritual/existencial. O desempoderamento, ou a falta de poder nestas áreas, é compreendido com sendo potencialmente adoecedor e gerador de sofrimento emocional. Por outro lado, o empoderamento seria proporcionador de emancipação psíquica e de um maior nível de saúde e de bem-estar.

Toda a construção teórica feita, a partir disso, se baseia nos parâmetros usados como referenciais de empoderamento/saúde psíquico. O empoderamento em cada uma dessas quatro áreas é caracterizado da seguinte forma por Brown (2012, p. 32, tradução nossa):

> **1) Poder Somático/ biológico**: contato com o próprio corpo; o corpo é sentido como um lugar de segurança e aceito como é, ao invés de ser forçado a ser maior ou menor do que seria adequado para a sua nutrição; se o formato do corpo gera insegurança

para a saúde da pessoa, mudanças de forma podem ser buscadas; conexão com os desejos do corpo em relação à comida, desejo sexual e descanso; não intenção de violar outros corpos e o seu próprio; não necessita das completas habilidades de ver, ouvir ou falar e não necessariamente será um corpo livre de dores ou doenças;

2) Poder Intrapessoal/ Intrapsíquico: saber o que se pensa, pensar criticamente, poder mudar de opinião; flexível, mas não sugestionável; confiança na própria intuição, habilidade de buscar informação externa; saber e percepção acerca do que se está sentindo; sentimentos como fonte de informação sobre o aqui e o agora; ausência de embotamento, sentimentos sobre o presente e não passado ou futuro; habilidade de experienciar emoções poderosas, conter afetação, habilidade de se acalmar de formas não prejudiciais para outros ou si mesma.

3) Poder Interpessoal/ social/ contextual: ser efetivo interpessoalmente e ter desejo de impactar outros na maior parte do tempo; sem ilusões de controle; capacidade de perdoar a si mesma e aos outros; autoprotetor, diferenciado e ainda flexível; capaz de formar relacionamentos que funcionam na maior parte do tempo com outras pessoas, grupos e sistemas maiores; capacidade de manter e criar intimidade sem perder a noção de *self*, ou gerar isso no outro e ser diferenciado sem ser distante ou desconectado; capacidade de encerrar relacionamentos quando eles se tornam tóxicos ou excessivamente problemáticos; capacidade de continuar e trabalhar nos conflitos quando existe possibilidade; entrar nos papéis sociais - mãe/pai, parceira(o) e trabalhador(a) - mais frequentemente por escolha, desejo e intenção do que por acidente ou pressão social, ao mesmo tempo sabendo receber o novo e o inesperado.

4) Poder espiritual/existencial: ter um sistema de significação que ajude a responder aos desafios existenciais na vida e que tenham o potencial de gerar um senso de bem estar e conforto; senso de cultura e ancestralidade integrados na autoidentidade, de forma a gerar uma melhor compreensão de si mesma(o); estar consciente do contexto social e se engajar com ele ao invés de ser controlada por ele ou desconhecer seus impactos; ter uma razão de ser e conseguir integrá-la nos importantes aspectos da vida cotidiana; capacidade de acessar criatividade e fantasia, mantendo o senso de realidade.

Essas definições têm claras características pragmáticas, condizentes com sua origem norte americana. Ao mesmo tempo, trazem uma contribuição no sentido de serem subversivas por focarem-se na saúde ao invés de criarem mais um parâmetro de adoecimento e de doença, e criarem possibilidades de um vir-à-ser das mulheres a partir de seu contato com o poder.

A busca do empoderamento, como objetivo da terapia, se baseia no pressuposto de que o desempoderamento ou a falta de contato com o poder, gerado pelo patriarcado ou por outras formas opressivas, seria proporcionador de sofrimento e adoecimento psíquico. Este fenômeno teria o efeito de criar uma profunda crença, presente na pessoa e na cultura, na falta de poder para gerar mudança em si mesma(o) e nas hierarquias vigentes, sendo que só o empoderamento poderia reverter esse processo de adoecimento (Brown, 2012).

Para que o uso dessas definições de empoderamento no contexto brasileiro seja possível, alguns aspectos devem ser problematizados. Por exemplo, no primeiro aspecto somático/biológico, no qual a autora afirma que o corpo deve ser sentido como um lugar de segurança, deve-se ressaltar que, no Brasil, raramente uma mulher negra irá sentir-se segura em seu próprio corpo, pois o mesmo é o que a vulnerabiliza a uma série de possíveis violências, desde o âmbito doméstico ao público (Zanello, 2018). Talvez fosse mais adequado falarmos no desenvolvimento de uma relação de aceitação e de amorosidade com o próprio corpo, em suas formas e características, por meio de um empoderamento individual e também coletivo, ou seja, do grupo de mulheres negras.

O desempoderamento pode ocorrer devido a formas mais agressivas de opressão do patriarcado e, ao mesmo tempo, em momentos pontuais do cotidiano da pessoa, nas quais essas formas ocorrem de maneira mais silenciosa. Esse tipo de sofrimento recebe uma atenção especial das terapeutas feministas multiculturais e é nomeado de *trauma insidioso* ou *microagressões*. Essas são caracterizadas como insidiosas por serem agressões de caráter não explicitamente violento, podendo ser cometidas em forma de piada, invisibilização, desvalorização das características ligadas a um certo grupo, por exemplo (Brown, 2012). Em outras palavras, seria o machismo, o racismo e a homofobia de todos os dias. O mais interessante acerca desses conceitos é que eles passam a nomear e, consequentemente,

auxiliar a visibilizar o impacto psíquico desses atos de preconceito comumente minimizados.

A partir do momento em que se pôde nomear essas formas de agressão, vários escritos surgiram, problematizando seus impactos, os quais muitas vezes são descritos como devastadores para as pessoas que os sofrem pois, em geral, são exercidas por pessoas de sua confiança ou familiares. São apontados como principais efeitos: baixa autoestima, fobia ou grave desconforto social, ansiedade e possivelmente depressão, além de uma enorme drenagem de energia, pois grande parte desse incômodo acontece de maneira inconsciente, em especial, se essa pessoa não tem uma consciência feminista ou identitária fortalecida de forma a compreender a violência (Brown, 2012),

A função da(o) terapeuta feminista seria justamente viabilizar formas de acesso dessa(e) cliente ao poder que lhe é disponível, para mudar a si mesma e à sociedade, sabendo que pode haver uma grande variabilidade neste acesso ao poder a partir do contexto sócio-econômico-racial-espiritual dessa pessoa (Brown, 2012).

O primeiro passo desse processo de empoderamento seria fazer um *reenquadramento*, técnica psicoterápica usual, acerca do sintoma e do sofrimento da pessoa, só que a partir de um pressuposto empoderador. A terapia feminista defende que todo ser vivo age buscando o restabelecimento de sua saúde por meio de estratégias subjetivas, sociais e materiais disponíveis naquele dado momento. No entanto, muitas delas podem se tornar disfuncionais, se prolongadas em tempo a mais do que o necessário, ou quando existe uma mudança na situação de vida. Ou seja, todo sintoma em algum momento representou uma busca de saúde e de adaptação desse organismo frente à opressão. Neste caso, o papel da(o) terapeuta seria gerar essa consciência na(o) cliente para que o sintoma deixe de afetar sua autoimagem de maneira negativa e para que se busque novas estratégias de enfrentamento mais adequadas ao seu momento e condições de vida (Worell & Remer, 2003).

Em segundo lugar, vem a formação de um *relacionamento igualitário* entre terapeuta e cliente. O relacionamento igualitário na terapia feminista é caracterizado por uma constante busca por parte da(o) terapeuta em manter o maior nível possível de equilíbrio hierárquico dentro da relação terapêutica, de forma que a terapia não se configure como mais uma fonte de desempoderamento para essa pessoa. Fatores que possam ser fonte de

desequilíbrio na relação, como por exemplo, a(o) terapeuta ser branca(o) e a(o) cliente negra(o), devem ser amplamente discutidos, para que não gerem desequilíbrios de poder de forma insidiosa (Rader & Gilbert, 2005).

Outra técnica de equalização de poder entre terapeuta e cliente é o *self-disclosure*, que traduziremos como autorrevelação, técnica que consiste em a(o) terapeuta revelar informações pessoais, como: valores, orientação sexual, *background* socioeconômico, vivências de opressão, orientação teórica e crenças políticas. Essas informações seriam importantes para gerar equilíbrio na relação, partindo do pressuposto de que a(o) terapeuta sempre terá um certo nível de influência ideológica sobre a(o) cliente. Dessa forma, seria mais empoderador a pessoa saber de que ponto de vista ideológico a(o) terapeuta parte, enquanto em outros processos terapêuticos isso pode acontecer apenas de forma insidiosa (Mahalik, Van Ormer, & Simi, 2015).

Algumas questões éticas sobre a autorrevelação já foram levantadas por terapeutas feministas, discutindo até onde essa técnica se enquadra como eticamente coerente. A opinião de autores como Mahalik, Ormer e Simi (2012) é que a autorrevelação deve ser sempre contextualizada a partir de uma demanda terapêutica com foco no empoderamento do(a) cliente.

É também sublinhada a importância de que a(o) cliente tenha a liberdade de falar ou não dentro do contexto terapêutico e que o silêncio deve ser respeitado quando for a escolha da pessoa. Esse comportamento pode representar uma forma de empoderamento, pois o(a) cliente passa a escolher o contexto e o momento no qual se sente confortável em se abrir, sem que haja nenhuma obrigatoriedade de fazê-lo na terapia – o que poderia ser ressentido como uma outra forma opressiva agindo sobre ele(a) (Rader & Gilbert, 2005).

No âmbito do diagnóstico também existem algumas peculiaridades na prática da terapia feminista. Autoras como Brown (2012) e Worell & Remer (2003) elaboraram de forma aprofundada as críticas acerca do diagnóstico como instrumento de controle e opressão, em especial, na forma como ele é usado pelo patriarcado com a função de normatização subjetiva e social das mulheres dissidentes dos padrões de gênero. Quando se faz presente a necessidade do uso do diagnóstico, primordialmente envolvendo a demanda dos planos e instituições de saúde, deve-se realizar uma discussão com o(a) cliente e uma desconstrução crítica do rótulo. Muitas vezes, sugere-se que o DSM seja

aberto na frente da(o) cliente e este(a) participe da escolha do diagnóstico que lhe parece mais adequado ao seu caso, a partir de uma supervisão terapêutica.

Para uma compreensão teórica mais profunda da psicoterapia feminista é fundamental perceber suas outras vertentes, as quais defendem que essa esteja atenta não somente às questões de gênero mas também a todos os fatores culturais e identitários que atravessam as pessoas. Apresentaremos a seguir duas linhas teóricas de psicoterapia – *mujerismo e womanismo* – as quais exibem uma produção mais claramente engajada no propósito de tornar a psicoterapia feminista um campo interseccional, pensando em intervenções de saúde criadas por mulheres latinas e negras.

"Me nomeando latina": psicoterapia mujerista

A psicoterapia *mujerista*, como citado anteriormente, conta com algumas características ideológicas e políticas peculiares frente à psicoterapia feminista iniciada nos anos 60 nos Estados Unidos, na qual a maioria das autoras ainda eram mulheres brancas de classe média. Os princípios fundamentais da abordagem são aproveitados, como exemplo, o uso das técnicas do relacionamento igualitário e da autorrevelação. Algumas correntes ideológicas são consideradas proeminentes enquanto influências epistemológicas ao *mujerismo*: os estudos decoloniais e interseccionais, espiritualidade e teologia/psicologia da libertação.

Autoras proeminentes do *mujerismo*, como Comáz-Diaz (2016), sustentam que a opressão de gênero na América Latina pode ser realmente compreendida tão somente a partir da análise do fenômeno colonial e neocolonial vivido no continente como um todo. Elas fazem uso da obra de Maria Lugones, filósofa feminista decolonial argentina, e do conceito 'colonialidade de gênero', criado pela mesma para definir o fenômeno de opressão de gênero construído no continente a partir do contato com o colonizador europeu.

Para Lugones (2007), a colonialidade tem três âmbitos de ação principais: a colonialidade do poder, do saber e do ser, aos quais ela acrescenta a colonialidade de gênero. O sistema moderno-colonial de gênero foi introduzido "por processos

heterogêneos, descontínuos, lentos e permeados pela *colonialidade do poder*[5] que violentamente inferioriza as mulheres colonizadas" (tradução nossa, p. 92).

A colonialidade tem linhas de ação concomitantes, tanto nas questões raciais como nas de gênero, nas quais a redução de um dos gêneros ao âmbito privado, o controle sobre o sexo e os corpos, assim como seus recursos e produtos, são entendidos como uma questão ideológica. No entanto, é apresentado como um fato biológico, ou seja, há o uso da biologia justificando a ideologia. Da mesma forma, funcionam os mecanismos de inferiorização das raças não brancas, sendo fundamental o questionamento do próprio binarismo de gênero a partir da diferença dos corpos (Lugones, 2007).

Além disso, a psicoterapia *mujerista*, como abordagem psicológica, apresenta um maior nível de percepção acerca de questões que costumam ser bastante significativas para as mulheres na América Latina, em especial, a espiritualidade, o curanderismo, o contato com a natureza e um senso comunitário (Comas-Díaz, 2016).

As mujeristas declaram a necessidade de uma terapêutica decolonial, a qual busca, por meio do processo psicoterápico individual ou grupal, recuperar a noção de sabedoria ancestral – seja ela indígena ou negra –, incentivar a busca de formas alternativas de cura e a infusão do sagrado não patriarcal no cotidiano dessas mulheres. Apesar do grande foco na espiritualidade, as mujeristas fazem duras críticas às religiões cristãs, em seu papel de agentes coloniais e patriarcais, e ressaltam a importância da valorização dos sincretismos latinos com as divindades pré-coloniais, por exemplo, o sincretismo entre a virgem Maria e a deusa Asteca Tonantzin, a qual é referida na cultura latina como a Virgem de Guadalupe (Comas-Díaz, 2016).

No Brasil, o sincretismo espiritual também se faz presente, só que com uma diferença cultural fundamental, pois aqui ele se deu de forma mais contundente dentro das religiões de matrizes afro-brasileiras, como por exemplo a Umbanda, que mistura o culto a Jesus Cristo e aos santos católicos com os orixás africanos.

---

5. Termo cunhado por Aníbal Quijano, autor decolonial argentino. Quijano, A. (2005). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Clacso, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 117-141. Recuperado de : http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf.

Como o país com a maior população católica do mundo, religião imposta a duras penas durante o processo colonial, no Brasil esses sincretismos ainda são muito marginalizados. E os grupos a eles relacionados sofrem com frequência atos de intolerância religiosa de caráter violento e racista. A respeito das nossas religiões indígenas, pouco é sentido de sua influência em nossa cultura, pois como o Brasil conta com uma variedade cultural de povos indígenas muito maior do que outros países da América Latina, sua representatividade se faz de maneira difusa. Dessa forma, caminhos devem ser buscados para que a espiritualidade não se configure como fonte de opressão e alienação cultural ainda maior para as mulheres brasileiras.

No âmbito político e ideológico, a psicologia mujerista foi fortemente inspirada pela obra de Martín-Baró, psicólogo jesuíta latino-americano e grande defensor da psicologia da libertação, e também pelo trabalho de Paulo Freire. Baró defendia, com grande afinco, o compromisso social da psicologia, por seu acesso privilegiado às pessoas, no aumento de consciência acerca das opressões vividas diariamente. Freire foi um importante teórico das relações de opressão vividas cotidianamente, enfatizando a importância do aumento de consciência das pessoas oprimidas para que essas pudessem se transformar em agentes de transmutação de sua realidade (Durán, Castañeda-Sound, & Martinez, 2016).

Uma das técnicas utilizadas pelas psicoterapeutas mujeristas para dar visibilidade às mulheres latinas em suas experiências de vida específicas é o testemunho. Essa ferramenta, ademais de ter um grande potencial no processo de empoderamento, também se configura como um gênero literário que inclui relatos em primeira pessoa e histórias de vida, além de contemplar muitas vezes histórias ficcionais e textos de resistência. Alguns dos relatos, anteriormente elaborados por mulheres latinas, contaram com denúncias de regimes ditatoriais e vivências opressivas de ser uma mulher dentro do regime, por exemplo. Apesar de o testemunho ser a história de uma única mulher, frequentemente ele reflete uma experiência sistêmica de opressão vivida por muitas e funciona como uma arma política de registro e denúncia de violências e abusos (Durán et al., 2016).

Movimentando as estruturas: psicoterapia womanista

O *Womanism* como movimento pode ser caracterizado pela atuação das mulheres negras em busca de seus direitos e de visibilização de sua opressão nos Estados Unidos, o que nos remete à participação dessas nos movimentos civis na década de 60, e até mesmo séculos antes, em seus atos de resistência durante a escravidão. O termo *Womanism* foi cunhado por Alice Walker, "ela define as womanistas como mulheres de cor que amam a luta e trazem para ela um feminismo que é racializado, consciente da opressão de classe e historicamente localizado" (Alice Walker, 2003 cf. citado por Bryant-Davis & Adams, 2016, p. 220).

No Brasil, as mulheres negras continuam sendo vítimas de significativa opressão: são as maiores vítimas de violências doméstica, sexual e obstétrica, e sofrem um alto nível de objetificação de seus corpos. Ainda apresentam um baixo acesso à educação e a condições dignas de trabalho, constituindo-se como maioria nos índices de pobreza do país. Pesquisas sobre a vida amorosa das mulheres negras também demonstram que elas contam com menores chances de ter um parceiro fixo e muitas sofrem com a solidão. Sua forma física, em especial o cabelo crespo, são continuamente alvos de racismo na mídia e em ambientes sociais importantes, como o trabalho. Essas questões ganharam representatividade a partir de muito esforço das feministas negras brasileiras em localizar sua opressão. Apesar disso, a psicologia no Brasil contempla muito precariamente questões raciais e como trabalhá-las efetivamente na população negra, com um viés de empoderamento e geração de consciência racial (Pacheco, 2008; Damasceno & Zanello, 2018).

A nomenclatura diferenciada “womanista”, que foi assumida por essas mulheres nos Estados Unidos, teve o claro objetivo político de gerar diferenciação em relação ao feminismo que estava em vigor, o qual para elas não visibilizava as questões raciais de maneira apropriada e colocava-se continuamente como agente de exclusão social para a população negra. Dessa forma, foi demarcada uma característica marcante do feminismo negro que é o foco nas interseccionalidades (Hill Collins, 2016) das opressões (gênero, raça, orientação sexual, religiosidade etc.) e a não hierarquização dessas. Isso as coloca como pioneiras dessa temática/conceito contemporaneamente utilizado por vários grupos minoritários, como as próprias mujeristas, com diferentes focos para gerar inteligibilidade

às especificidades de suas opressões (Drake-Burnette, Garrett-Akinsanya, & Bryant-Davis, 2016).

Dentro da esfera da psicologia, as *womanistas* apresentam um foco no enfrentamento da exclusão social, da violência cultural, física e sexual, e no fortalecimento identitário das pessoas negras a partir da reaproximação com sua cultura, em especial, por meio da expressão artística – música, dança, poesia e literatura.

A psicoterapia *womanista* se fundamenta no que elas denominam de "arte terapia expressiva" (*expressive art therapy*), ressaltando a ligação entre as formas originárias de expressão e a cura dos povos africanos, por meio das artes, e o modo como o uso da criatividade penetra a psicoterapia com propósitos curativos (Drake-Burnette et al., 2016). Os benefícios da expressão artística e da contemplação das artes seriam múltiplos, por exemplo: (1) retirar as pessoas negras do silenciamento e invisibilidade emocional; (2) endereçamento de traumas, abusos e bloqueios que impeçam a pessoa de identificar e nomear estados emocionais mais funcionais; (3) possibilitar, por meio da arte, uma plataforma efetiva para a busca de justiça social a partir de seus próprios valores e ideais; (4) exploração da própria identidade; (5) acesso a múltiplos modos de comunicação (Hill Collins, 2016).

Bryant-Davis e Adams (2016) apontam que a criatividade na vida das mulheres negras se coloca seguidamente como uma questão de sobrevivência, tanto no lidar com o acesso precário aos direitos básicos e o alto nível de violência enfrentada, como também como forma de manutenção de sua saúde mental, quando se dança ou se canta uma música que pode mudar seu estado afetivo, por exemplo. Segundo as autoras, isso permitiria momentos de alívio e sustento emocional no dia a dia.

Buscamos, até o presente momento, apresentar os pontos mais relevantes, para a realidade brasileira, do vasto campo de estudos que é a psicoterapia feminista. Todos eles servem de insumos para a produção de uma psicoterapia feminista que contemple as nossas necessidades culturais, sem supor, em nenhum momento, que esse conteúdo deva ser simplesmente absorvido de forma acrítica. Como construir uma psicoterapia ou psicoterapias feministas que atendam às complexas demandas existentes em nosso país no que tange às vidas das mulheres brasileiras e suas especificidades? É uma questão que, como psicólogas, gostaríamos de lançar. A nosso ver, a psicologia clínica brasileira pouco

tem se questionado ou perturbado acerca dessa questão, ainda que vários índices apontem a intensa, profunda e naturalizada existência do machismo no cotidiano das brasileiras, configurado, muitas vezes, em um sexismo racializado[6].

Conclusão

Ao trazer o famoso lema do feminismo, "o pessoal é político"– para um campo muitas vezes colocado dentro do âmbito do privado – a psicoterapia feminista traz uma série de contribuições para a psicologia clínica, em especial, ao inserir a crítica feminista neste campo, demonstrando o quanto o mesmo pode ser politizado e engajado com a promoção de mudança social (Diniz & Vianna, 2014).

Neste panorama, destacamos alguns pontos essenciais. Em primeiro lugar, a relação entre terapeuta e cliente pensada a partir de uma perspectiva interseccional, por exemplo, é de suma importância, para que se evite lógicas violentas e hierárquicas na clínica psicoterápica. Isso proporciona um terreno aberto à discussão das opressões, podendo empoderar a(o) cliente de várias formas, inclusive como modelagem de um comportamento de visibilização de violências insidiosas sofridas, comportamento este que pode ser levado para outros contextos.

A busca da horizontalização dessa mesma relação faz-se mister para a desconstrução do lugar de suposto saber, que tantos males causa à psicologia. A construção de um lugar de fala de maior prestígio por parte da(do) cliente pode ter como efeitos também um maior nível de responsabilização por suas crenças e ações no mundo (Brown, 2012), e sobre a própria vida. Novamente, isso pode funcionar como uma modelagem, na qual se apoie a busca pela horizontalização de outras relações ou, pelo menos, gere consciência da hierarquização e opressão nas mesmas.

---

6. Ou um racismo gendrificado (ver Zanello, 2018). Não faz parte do escopo desse texto aprofundarmos na temáticas das especificidades de nosso país, esse tópico será tema de um outro artigo. No entanto, faz-se mister apontar que, devido ao processo histórico escravista em nosso país, temos uma racialização da pobreza, a qual coloca, para qualquer tentativa de pensamento interseccional, a necessidade de se considerar pelo menos esses três aspectos: raça, gênero e classe social.

Na horizontalização também pode ser incluído o recurso da autorrevelação por parte da(o) psicoterapeuta, pois essa técnica gera um maior nível de sinceridade e transparência nas relações, fugindo ao falso pressuposto de neutralidade herdado pelo *setting* clínico do discurso científico. Harding (1989) coloca que a forma mais neutra de se fazer pesquisa é o reconhecimento de que não existe pesquisa neutra, localizando-a em seu ponto de partida epistêmico, ideológico e político. O mesmo princípio é aqui aplicado à clínica, quebrando a ilusão de neutralidade, a(o) psicoterapeuta aproxima-se mais desse lugar neutro.

Em segundo lugar, a atenção à multiculturalidade e às diferenças culturais constituem-se como outra forma de ampliação de horizontes, trazida pela psicoterapia feminista. Isso faz com que a cultura seja um dado de relevância desde o início do contato com as pessoas, fator muitas vezes negligenciado nos *approaches* mais tradicionais da clínica.

Um outro ponto considerável é o significativo lugar de fala conquistado pelas mulheres negras e latinas no que condiz ao seu próprio psiquismo e a formas de abordá-lo, algo que em si configura-se como subversivo e pode indicar-nos um interessante caminho para a formulação de uma psicologia brasileira transcultural, na qual as populações indígenas e negras (maioria no país) possam construir e contribuir nas formulações teóricas sobre si mesmas. Trata-se de abandonar a ilusão de uma fórmula universal que sirva a todos e almejar a construção teórica pautada no respeito às diferenças e especificidades, aliançada em um posicionamento crítico claro, antiopressivo e anti *status quo*.

Algumas considerações podem ser feitas na busca da construção de uma psicoterapia feminista brasileira, em especial, com o objetivo de elaborar algo que faça sentido para a nossa população e cultura. Primeiramente, é importante ressaltarmos que mesmo havendo algumas semelhanças com os Estados Unidos e as populações latinas e negras lá presentes, como a composição racial, há particularidades na forma de organização/estruturação dos europeus, negros e indígenas na nossa cultura. Ou seja, os dados aqui apresentados são apenas insumos para inspiração e conhecimento. Existem diferenças, por exemplo, no tipo de consciência racial desenvolvido em negros brasileiros e norte-americanos, no significado social da miscigenação nos dois países (Figueiredo & Grosfoguel, 2009) e, também, em relação às características culturais e populacionais dos nossos indígenas.

As definições de empoderamento formuladas por Brown (2012) também merecem atenção ao refletirmos a respeito do significado do empoderamento no Brasil. Como citado anteriormente, algumas peculiaridades sobre o modo como racismo se estrutura em nosso país devem ser consideradas para que estes critérios não se torne excludente à nossa população negra. Também é importante observarmos suas características epistemológicas fundadas no pragmatismo norte-americano e questionar até onde isso faz sentido para o Brasil.

O lugar da espiritualidade na psicologia mujerista traz contribuições para a abertura da clínica para a espiritualidade, a partir de uma outra visão, em especial, levando em consideração seu lugar vital nas elaborações de sentido latino-americanas. Ao mesmo tempo, no Brasil, as religiões, em especial as neopentecostais e católicas, apresentaram-se historicamente como uma das maiores fontes de desempoderamento para as mulheres (Del Priori, 2009). O contato com essas religiões no Brasil ainda apresenta-se como uma tecnologia de gênero muito forte e geradora de culpa/sofrimento para as mulheres, incentivando-as a voltar, quase sempre, para o lugar da passividade do papel de mãe-esposa (Zanello, 2018). Dessa forma, a nossa abordagem em relação à espiritualidade dentro da clínica deve ser atenta para que essa não se apresente como moralismo religioso, gendrado, sobre as(os) nossos clientes.

Outro ponto de extrema importância, que deve ser levado em consideração quando acessamos qualquer tipo de conhecimento produzido no norte global, em especial nos Estados Unidos, é o fato de existirem claros interesses políticos e ideológicos envolvidos. Os Estados Unidos têm desenvolvido uma clara relação neocolonial com o Brasil e toda a América Latina, fazendo-se ativo na desestabilização política e econômica do continente nos mais diversos episódios, inclusive na instauração de regimes ditatoriais (Cervo & Bueno, 2013). A exportação de produção de conhecimento para o sul global também é uma forma de colonização, a qual considera válida e generalizável somente a produção do norte (Figueiredo & Grosfoguel, 2009). Por isso a importância de uma releitura paciente e elaborada sobre essa produção; além de, dessa forma, abrirmos maior possibilidade de conversação com algumas produções de gênero dentro da psicologia brasileira e latino-americana contemporânea.

Referências

Brabeck, M., & Brown, L. S. (1997). Feminist Theory and Psychological Practice. In N. Johnson & J. Worell (Eds.), *Shaping the future of feminist psychology: education, research, and practice* (pp. 15–36). Washington, DC: American Psychology Association.

Brown, L. S. (1994). *Subversive dialogues: Theory in feminist therapy.* New York: Basic Books.

Brown, L. S. (2012). *Feminist Therapy* (2nd Edition). Washington, DC: American Psychology Association.

Brown, L. S., & Root, M. (1990). *Diversity and Complexity in Feminist Therapy*. New York: Routledge.

Bryant-Davis, Thema, & Adams, T. (2016). Psychocultural Exploration of womanism, activism and social justice. In T. Bryant-davis & L. Comas-Díaz (Eds.), *Womanist and mujerista psychologies: Voices of fire, acts of courage.* (pp. 219–236). Washington, DC: American Psychology Association.

Bryant-Davis, Thema, & Comas-Díaz, L. (2016). Introduction: Womanist and mujerista psychologies. *Womanist and Mujerista Psychologies: Voices of Fire, Acts of Courage* 3–25. https://doi.org/10.1037/14937-001

Cervo, A. L., & Bueno, C. (2013). *História da Política Exterior do Brasil* (4ª ed.). Brasília: Instituto Brasileiro de Relações Internacionais: Editora da Universidade de Brasília.

Comas-Díaz, L. (2016). Mujerista Psychospirituality. In T. Bryant-davis & L. Comas-Díaz (Eds.), *Womanist and mujerista psychologies: Voices of fire, acts of courage.* (pp. 149–169). Washington, DC: American Psychology Association.

Damasceno, M., & Zanello, V. (2018). Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão, 38*(3), 450–464. https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017

Del Priori, M. (2009). *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia* (2ª ed.). São Paulo: Editora Unesp.

Diniz, G., & Vianna, C. (2014). Gênero, feminismo e saúde mental: implicações para a prática e a pesquisa em psicologia clínica. In V. Zanello & A. P. M. de Andrade (Eds.), *Saúde Mental e Gênero* (pp. 81–106). Curitiba: Editora Appris.

Drake-Burnette, D., Garrett-Akinsanya, B., & Bryant-Davis, T. (2016). Womanism, creativity, and resistance: Making a way out of "no way." *Womanist and Mujerista Psychologies: Voices of Fire, Acts of Courage.*, 173–193. https://doi.org/10.1037/14937-008

Durán, J., Castañeda-Sound, C., & Martinez, S. (2016). Mujeristas and social justice: In Thelma Bryant-Davis & L. Comas-Díaz (Eds.), *Womanist and mujerista psychologies: Voices of fire, acts of courage.* (pp. 237–259). Washington, DC: American Psychology Association.

Enns, C. Z. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes and variations*. New York: Haworth Press.

Enns, C. Z., Williams, E. N., & Fassinger, R. (2012). Feminist Multicultural Counseling Psychology: Evolution, Change and Challenges. In C. Z. Enns (Ed.), *The Oxford Handbook of feminist multicultural counseling psychology* (pp. 3–23). New York: Oxford University Press.

Figueiredo, Â., & Grosfoguel, R. (2009). Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário. *Sociedade e Cultura*, *12*(2), 223–234.

Harding, S. (1989). Feminism and methodology. *The Social Science Journal*. https://doi.org/10.1016/0362-3319(89)90027-X

Hill Collins, P. (2016). Aprendendo com a outsider *within*: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Sociedade e Estado*, *31*(1), 99–127.

Lugones, M. (2007). Heterosexualism and the Colonial / Modern Gender System. *Hypatia*, *22*(1), 186–209. https://doi.org/10.1353/hyp.2006.0067

Mahalik, J. R., Van Ormer, E. A., & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. M. Brabeck (Ed.), *Practicing feminist ethics in*

psychology. (pp. 189–201). American Psychology Association. https://doi.org/10.1037/10343-009

Otto, C., & Pinto, C. R. J. (2004). Uma história do feminismo no Brasil. *Estudos Feministas*. Retrieved from https://www.rbcdh.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/S0104-026X2004000200015/7904

Pacheco, A. C. L. (2008). "Branca para casar, mulata para f...., negra para trabalhar": Escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia,. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

Rader, J., & Gilbert, L. A. (2005). The egalitarian relationship in feminist therapy. *Psychology of Women Quarterly*. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00243.x

Santos, L. C. dos, Carvalho, A. B., Amaral, J. G., Borges, L. A., & Mayorga, C. (2016). Gênero, feminismo e psicologia social no Brasil: Análise da revista Psicologia & Sociedade (1996-2010). *Psicologia & Sociedade*, *28*(3), 589–603. https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p589

Worell, J., & Johnson, N. (1998). *Shaping the future of feminist psychology: education, research and practice*. (J. Worell & N. Johson, Eds.). Washington, DC: American Psychology Association.

Worell, J., & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: An empowerment model for women*. *Wiley series in psychotherapy and counselling*. New York: Willey.

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

8 Guarda compartilhada sob a perspectiva feminista: uma revisão narrativa da literatura

Marília Lobão Ribeiro
Giordana Fontes
Gláucia Diniz

O instituto jurídico da guarda compartilhada foi introduzido no Código Civil Brasileiro (Brasil, 2002) pela Lei nº 11.698/2008 (Brasil, 2008), após grande pressão de grupos de homens-pais (Simioni, 2015). Em 2014, novamente pela influência de grupos de homens-pais, foi sancionada a Lei nº 13.058/2014 (Brasil, 2014), que estabeleceu, no § 2º do art. 1.583 do Código Civil, que "o tempo de convívio com os filhos deve ser dividido de forma equilibrada com a mãe e com o pai, sempre tendo em vista as condições fáticas e os interesses dos filhos", ou seja, a guarda compartilhada deve ser vinculada à residência alternada, preferencialmente.

No Brasil, as mulheres-mães não foram ouvidas quanto a essa mudança e o novo regramento jurídico trata de maneira igualitária personagens com poderes assimétricos – os homens-pais e as mulheres-mães. Mais importante, ignora que homens e mulheres são subjetivados de maneira bastante diferenciada em nossa sociedade, o que implica em uma construção distinta da relação com a parentalidade.

Conforme nos mostram Elizabeth Badinter (1985) e May Del Priore (2006, 2009), a maternidade, como é conhecida hoje, é o resultado de um longo processo. No início do século XVII, na França, e a partir do século XVIII, no Brasil, tiveram início políticas de Estado com o objetivo de convencer as mulheres-mães a permitirem a apropriação de seu tempo e de seus corpos para dedicarem-se quase que exclusivamente aos cuidados de suas/seus filhas/os. O objetivo era atender às necessidades estatais de diminuir a mortalidade infantil na França, de povoar o Brasil com filhos de portugueses e de manter as mulheres no espaço doméstico e longe da política e do poder (Phillips, 1992).

Jean-Jacques Rousseau (1999) teve um importante papel na construção desse dispositivo de poder. Suas ideias sobre o lugar da mulher, o exercício da maternidade e a desigualdade natural entre homens e mulheres se tornaram um paradigma que influenciou e ainda influencia a epistemologia ocidental (Badinter, 1985).

Essa política foi tão bem-sucedida que as mulheres assumiram o discurso de seus encarceradores (Badinter, 1985; Del Priore, 2006; Lagarde, 2011; Philips, 1992) e essa se tornou a *performance* (Lauretis, 1994) esperada para o sexo feminino. Até os dias de hoje, as mulheres se sentem, em sua maioria, as únicas responsáveis pelos cuidados das/os filhas/os, pela organização e estruturação da casa e por todas as atividades domésticas necessárias à vida da família. Muitas mulheres se cobram e, também, se orgulham disso. Essa construção social leva muitas mulheres a se constituírem como pessoa identificando-se com o papel de mãe, ao qual dedicam o investimento integral de seu tempo e o sentido de suas vidas (Zanello, 2016).

Valeska Zanello (2018) estudou esse processo pelo qual as mulheres são subjetivadas para compreender a maternidade como função identitária e para se reconhecerem como cuidadoras natas. Utiliza a expressão "dispositivo materno", que une o conceito *materno* à noção de "dispositivo" de Michel Foucault (1996), para explicar esse fenômeno. Esse conceito denuncia o conjunto heterogêneo e poderoso existente nas sociedades de aprisionamento das mulheres-mães, ao torná-las as únicas responsáveis pelo desenvolvimento biopsicossocial das/os filhas/os, além de criar um padrão inatingível devido à qualidade esperada desse desenvolvimento. Nas palavras de Zanello (2016, pp. 113-114), "o dispositivo materno diz respeito, assim, a um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituídas como cuidadoras 'natas'".

As mulheres considerarem natural abandonarem seus projetos profissionais e pessoais, seu lazer, seus hobbies e, muitas vezes, o cuidado consigo mesmas – incluindo a saúde – para dedicarem-se à prole. A esse dispositivo, soma-se o dispositivo amoroso – ou seja, a interpelação que é feita às mulheres para que sejam necessariamente escolhidas e amadas por um homem e que se sacrifiquem para agradá-lo e mantê-lo ao seu lado. Cabe ressaltar que esses dispositivos são de tal forma constituídos que essa doação/dedicação se expande para outras pessoas da família e amigos, tornando as mulheres cuidadoras por excelência dos doentes e das pessoas em dificuldades de sua família e até de estranhos.

Essa forma de subjetivação cria nas mulheres um vínculo com sua prole que lhe é identitária, que a constitui como pessoa e cujos comportamentos consequentes (como abrir mão de suas vidas para cuidar dos filhos) são valorizados pela sociedade (Badinter, 1985; Zanello, 2018). Na contramão dessa construção social de maternidade, surge a Lei da Guarda Compartilhada, que diz que o exercício da maternidade será, a partir de uma separação nem sempre desejada pela mulher, dividida com alguém que muitas vezes não compartilhava o cuidado dos filhos (Côté, 2004; Simioni, 2015). Parte da identidade dessas mulheres, então, precisa ser abandonada e nova subjetividade deve ser construída, à força de uma decisão judicial (Lobão Ribeiro, 2017).

Os homens, por outro lado, são subjetivados pelo dispositivo da eficácia (Zanello, 2018). Isso quer dizer que os homens são educados para produzirem, apresentarem resultado e terem poder. Os comportamentos originários dessa subjetivação são a busca por *status* social, a demonstração de potência através de serem provedores familiares eficazes e por apresentarem potência por meio do desempenho sexual. Esses comportamentos mobilizam atividades públicas nos homens. Trabalhar arduamente, destacar-se em seus hobbies ou esportes e exercerem ou fazerem de conta que exercem toda sua potência sexual são performances que não favorecem participação ativa nos cuidados da prole. Ademais, como afirma Zanello (2018), os homens são educados para amar muitas coisas. É esperado que um pai continue trabalhando 10, 12 horas por dia para prover a família, sendo considerado um excelente pai, e tenha o "direito de relaxar" - jogando seu futebol ou outro hobby, nos fins de semana.

Essas subjetivações antagônicas geram performances também díspares, fazendo com que levem a maioria das mulheres a desenvolver habilidades de cuidado eficazes e dificultam esse desenvolvimento nos homens. Favorecem, ainda, que as mulheres depositem na prole sua energia e objetivo de vida e lhes ensina a abrirem mão de seus interesses para dedicarem-se à mesma. Os homens, por outro lado, mantêm alto investimento no trabalho e em seus prazeres, dedicando poucas horas – ou mesmo nenhuma – de seu dia para o exercício da paternidade (Zanello, 2018).

O processo de democratização da família só começa a ganhar corpo a partir do final dos anos 1980. Desde essa época, tem sido possível observar a construção de modelos de famílias mais democráticas e equânimes. Essa tendência tem sido observada,

principalmente, entre casais mais igualitários, defensores da igualdade de gênero e dos discursos e práticas que valorizam a cooperação e uma parceria saudável entre os cônjuges, para o bem tanto do relacionamento quanto dos filhos e da vida familiar. Esses casais ainda não são, porém, a maioria na sociedade brasileira, para que se promulgue uma lei que trata a família como homogênea e pós-moderna, com homens e mulheres dividindo igualmente tarefas, principalmente aquelas referentes à rotina e cuidados com a prole (Simioni, 2015).

No mundo ocidental contemporâneo e industrializado, o desejo de equidade presente nos debates sobre as questões de gênero, nas teorias e nos movimentos de igualdade social esbarram em desigualdades concretas impostas pelos imperativos do poder econômico, de classe, de gênero e de raça/etnia. Estamos longe de viver em um contexto de igualdade entre homens e mulheres na sociedade atual (Diniz, 2009). É nesse cenário de assimetria de gênero que a guarda compartilhada é instituída e regulamentada no Brasil, através das Leis nºs 11.698/2008 e 13.058/2014, que tratam o exercício da paternidade como igualitária ao da maternidade. Com essas duas leis, os legisladores valorizaram outros protagonistas que não as mulheres-mães e ignoraram o sexismo existente na divisão das tarefas domésticas, em um tema totalmente marcado por ele: o cuidado das crianças nas famílias brasileiras (Lobão Ribeiro, 2017).

Diante da invisibilidade das mulheres-mães na redação das leis, surgiu o interesse de conhecer como a ciência tem tratado essa temática. Realizou-se, então, uma revisão narrativa da literatura, que se constitui em uma interpretação e uma análise pessoal do/a autor/a do que foi produzido sobre o tema (Ruther, 2007). O objetivo dessa revisão foi conhecer se os/as pesquisadores/as e teóricos/as da guarda de crianças: 1. levaram em conta em suas pesquisas a vivência das mulheres-mães; 2. reconheceram que a guarda de filhos/as é tema ser identitário para elas; 3. consideraram a assimetria de gênero como variável essencial para a questão; 4. consideraram a categoria gênero como ferramenta analítica; e 5. utilizaram os conhecimentos advindos dos feminismos como aporte teórico para analisar a questão.

Os artigos levantados por essa revisão narrativa de literatura foram agrupados em três tipos: 1. artigos que utilizam a categoria *gênero* como ferramenta analítica, recorrem aos conhecimentos construídos pelos feminismos como embasamento epistemológico e

reconhecem as mulheres como protagonistas do tema; 2. artigos que não utilizam a categoria *gênero* como ferramenta analítica, não levam em conta os conhecimentos advindos dos feminismos, consideram apenas as crianças como protagonistas, naturalizam as mulheres-mães como cuidadoras natas, enaltecem o dispositivo materno e são *tecnologias de gênero*;e 3. artigos que não utilizam a categoria *gênero* como ferramenta analítica, não levam em conta os conhecimentos advindos dos feminismos, consideram apenas as crianças como protagonistas, **porém** reconhecem a capacidade de adultos cuidarem de crianças, **não** naturalizam as mulheres-mães como cuidadoras natas, **não** enaltecem o dispositivo materno e **não** são *tecnologias de gênero*.

1. Artigos que utilizam a categoria gênero como ferramenta analítica, recorrem aos conhecimentos construídos pelos feminismos como embasamento epistemológico e reconhecem as mulheres como protagonistas do tema

Denyse Côté (2004, 2012, 2016), Marie-Thèrése Casman (2010), Belinda Fehlberg, Christine Millward e Monica Campo (2011), Fabiane Siminoni (2015) e Marília Lobão Ribeiro (2017), todas mulheres, consideraram a categoria gênero como ferramenta analítica e a utilizar os feminismos como aporte teórico para estudar a guarda compartilhada.

Em seu artigo de 2004, Côté conclui que a guarda compartilhada foi uma reorganização do patriarcado – o que sempre acontece, quando "sente" que algum espaço de poder lhe foi retirado. Sua pesquisa demonstrou que as mulheres ficaram com a obrigação de: fazer esse modelo de guarda dar certo sob pena de serem acusadas de más mães; organizar a logística para a criança ter duas casas; continuar se responsabilizando pela maior parte das tarefas de cuidado, como consultas médicas, reuniões escolares, compra de roupas e outras necessidades da criança; e perderam poder e autonomia de decidir sobre a vida da prole. A pesquisa constatou, também, que os homens transferiam para as mulheres da família (irmã, mãe, namorada etc.) os cuidados com as crianças durante o tempo que essas estavam sob a sua guarda.

Em 2012, outro trabalho de pesquisa de Côté demonstrou como a guarda compartilhada é abusiva em casos nos quais houve violência contra a mulher durante o

casamento. Um homem que necessita exercer poder sobre a mulher e o faz via violência não se transforma com o divórcio – utiliza o contato frequente exigido pela guarda compartilhada para perpetrar violências físicas e/ou psicológicas contra a ex-mulher. Esta pesquisa apontou, ainda, que o dever de decidir conjuntamente sobre a rotina da prole é utilizado por esses ex-maridos como exercício de poder sobre a mulher.

No estudo de 2015, Côté comparou o instituto da guarda compartilhada em três países francofônicos. E em 2016, a mesma autora faz uma reflexão teórica sobre o tema, reforçando as conclusões de suas pesquisas anteriores, de que a guarda compartilhada exige simetria nos papéis de gênero para que seja um mecanismo de igualdade entre homens e mulheres.

Côté (2004, 2012, 2016) afirma que a guarda compartilhada se apresentava como a pedra angular da transformação da relação entre homens e mulheres quanto aos cuidados das/os filhas/os pós-divórcio. Os resultados de seus estudos demonstraram, porém, que, na prática, esse modelo de guarda transformou-se em um mecanismo que falseia o desequilíbrio entre os sexos. E que o fato de a guarda compartilhada presumir uma família pós-moderna, na qual ex-cônjuges convivem harmoniosamente como casal parental, indo de encontro à realidade de boa parte das famílias brasileiras, onde essa interação constante e amigável entre ex-cônjuges não ocorre. Aponta, também, que a guarda de crianças é um tema complexo, exigindo análise da realidade de cada família.

Casman (2010), pesquisadora belga, constatou que instituir a guarda compartilhada a todas as famílias, quando há tantas diferenças entre elas, era uma violência institucional. Mães denunciaram que, antes da separação, exerciam o papel de cuidadoras principais das/os filhas/os e os pais eram totalmente ausentes da rotina destas/es. Com a separação e a fixação da guarda compartilhada, esse lugar lhes foi subtraído, sendo um atentado à sua integridade psíquica e um tratamento igualitário falso, com uma divisão supostamente simétrica de um papel que, até então, havia sido assimétrico.

Essa autora denuncia que, quando era oportuno para os homens, os espaços de circulação da mulher foram restritos ao lar e aos cuidados com as/os filhas/os, enquanto seus maridos investiam em suas profissões e em atividades de lazer. Com o divórcio, viram-se sem atividades de lazer e sem profissão ou com uma atividade profissional pouco investida e em uma situação econômico-financeira precária, ou seja, com todas as

consequências que o trabalho doméstico e familiar não valorizado e nem remunerado traz. Nesse contexto, ainda devem dividir, equitativamente, o tempo de cuidado com as/os filhas/os – atividade que lhes dá identidade, poder e sentido para suas vidas.

Os mediadores familiares entrevistados por Casman (2010) apontaram que, muito embora houvesse um número significativo de pais interessados em cuidar de suas/seus filhas/os, as mães continuavam a fazer a maior parte do trabalho de organizar a rotina destes, resultados que corroboram com os encontrados por Côté (2000) dez anos antes. Na conclusão de sua pesquisa, Côté (2000) problematizou o lugar da voz das mães e o fato de que a democratização das relações familiares ocorre em um contexto político-social liberal, igualitário (supostamente) – porém não simétrico – e assexuado. Esse contexto ignora as relações de poder entre os sexos e, como sempre, privilegia o homem em detrimento dos interesses das mulheres.

A realidade atual é que a guarda compartilhada divide o tempo das crianças entre pai e mãe, mas não divide a responsabilidade com elas, já que, na prática, os pais-homens não assumem nem os cuidados rotineiros com as/os filhas/os, nem a responsabilidade pela logística necessária para que as crianças habitem duas residências (Côté, 2000, Simioni, 2011, Lobão Ribeiro, 2017). Desse modo, esse instituto invisibiliza a subjugação da mulher ao aparentar que os pais-homens estariam dividindo as responsabilidades com as mulheres-mães de forma igualitária, enquanto elas fazem a maior parte das tarefas, como ocorria na guarda unilateral. A guarda compartilhada diminuiu o poder de decisão do guardião – mormente as mães – sobre a rotina de suas/seus filhas/os, pouco ou nada lhes dando em troca.

Como Casman (2010), as australianas Belinda Fehlberg, Christine Millward e Monica Campo (2011) realizaram uma pesquisa que oferecia o lugar de protagonista às mães e levava em conta a assimetria de gênero. As últimas autoras estudaram 32 adultos que compartilhavam a guarda de suas/seus filhas/os naquele país e não possuíam processo judicial em curso. Os resultados demonstraram que as mulheres-mães, as principais cuidadoras antes da separação, perderam condições de negociação quanto à guarda de suas/seus filhas/os e que se sentiram constrangidas a aceitar a divisão do tempo de cuidados dessas/es, por medo de que uma decisão ainda mais adversa viesse a ser tomada. Concluíram, também, que, como observado por Côté (2000) e Casman (2010), as

mulheres-mães assumiram mais uma tarefa: a de organizar e facilitar a ida de suas/seus filhas/os para a casa do pai, apesar da guarda compartilhada implicar também o compartilhamento de tarefas e responsabilidades.

Os dados da pesquisa de Fehlberg et al. (2011) também mostraram que os pais estavam mais satisfeitos com a guarda compartilhada do que as mães, porém os mesmos se focavam mais na quantidade de tempo que era destinado a cada genitor, por acreditarem ser a simetria o que melhor atendia aos seus interesses e aos das crianças. As mães dessa amostra, por sua vez, reconheciam a importância da convivência das/os filhas/os com os pais para o seu desenvolvimento e estavam claramente focadas no melhor interesse das crianças e em sua segurança (Fehlberg et al., 2011).

Simioni (2015) realizou um estudo com foco na vivência das mulheres e do impacto sobre as crianças e adolescentes. A autora conclui que a Lei nº 13.058/2014 não levou em conta o desequilíbrio das relações de gênero no Brasil e aventou a hipótese de que os homens podem estar pedindo judicialmente a guarda compartilhada como exercício de manutenção do poder sobre as mulheres. Sua pesquisa demonstrou, como a de Côté (2004, 2016), que os homens não assumem os encargos que surgem com esse instituto, transferindo, frequentemente, para as novas mulheres, namoradas, companheiras, mães ou irmãs as tarefas dos cuidados rotineiros com as crianças.

Marília Lobão Ribeiro (2017) pesquisou a vivência das mulheres que tinham a guarda compartilhada de seus filhos imposta. Seus resultados corroboraram os dados dos demais artigos acima citados: 1. as mulheres vítimas de violência física, sexual ou psicológica durante o casamento continuavam sofrendo violência psicológica nos contatos que a guarda compartilhada exige; 2.durante a vigência do casamento, esse homens-pais não participavam da rotina de cuidados de seus filhos; 3. os homens-pais transferiam para outras mulheres parte ou todo o cuidado com o/a(s) filho/a(s) durante seu tempo com a prole; e 4. as mulheres-mães vivenciavam a guarda compartilhada como uma violência ao seu projeto de vida de exercício da maternidade.

2. Artigos que não utilizam a categoria gênero como ferramenta analítica não levam em conta os conhecimentos advindos dos feminismos, consideram apenas as crianças como protagonistas, naturalizam o lugar da mulher como cuidadora e são tecnologias de gênero

Berger (2003, 2013), Berger, Ciccone, Guédeney e Rottman (2004), Berger e Cicconne (2011), Frisch-Desmarez e Berger (2014), psiquiatras infanto-juvenis e psicanalistas franceses, estudaram o impacto da guarda compartilhada apenas nas crianças sem problematizar seu impacto nas mães. Afirmaram que crianças com menos de seis anos de idade não devem trocar de ambiente com frequência, pois vivenciam angústia, insegurança e agitação. Tratam o conceito psicanalítico de "figura materna" como se fosse sinônimo de "mãe", deturpando a teoria freudiana. Consideram que não deve haver alternância de cuidadores para as crianças com menos de três anos e reforçam que esse afastamento é mais grave quando é da mãe, que nomeiam "figura materna". Suas reflexões naturalizam o papel de cuidadora das mulheres-mães e fortalecem o lugar construído pelo sistema patriarcal para as mulheres-mães como figuras imprescindíveis para a saúde mental do bebê.

Os trabalhos desses autores são considerados *tecnologias de gênero* (Lauretis, 1994), pois: 1. sustentam o sistema sexo-gênero (Parini, 2006), que mantém a subjugação e a submissão da mulher através do mito do amor-materno e da imprescindibilidade da mãe junto à prole em período integral (Badinter, 1985; Côté, 2000, 2004, 2012, 2015, 2016; Lagarde, 2011; Zanello, 2016, 2018); 2. reforçam a subjetivação das mulheres por meio do dispositivo materno (Zanello, 2016); 3. ignoram a vivência subjetiva das mulheres-mães quanto a serem as únicas cuidadoras de sua prole; e 4. invisibilizam a assimetria de gênero.

Giselle Groeninga (2011) utilizou a Psicanálise como paradigma teórico para estudar a dinâmica familiar e os conflitos nas famílias em separação litigiosa, com foco no conceito de vínculo psíquico. A autora ressaltou que os interesses e as necessidades individuais devem se submeter à finalidade da família de proteção e de cuidado. Para ela, o patriarcalismo é findo; há igualdade entre homens e mulheres e o Poder Judiciário deve equilibrar a importância das funções maternas e paternas, que são complementares. O ponto de vista dessa autora é contestado por um imenso arcabouço teórico feminista

(Antrobus, 2004; Badinter, 1985; Butler, 1990; Côté, 2000, 2004, 2012, 2015, 2016, Del Priore, 2006; Lagarde, 2011; Lauretis, 1994; Marcello, 2009; Parini, 2006; Zanello, 2016, 2018; Zanello & Silva, 2012), que atesta a permanência do patriarcado e seu exercício de poder sobre as mulheres.

3. Artigos que não utilizam a categoria gênero como ferramenta analítica, não levam em conta os conhecimentos advindos dos feminismos, consideram apenas as crianças como protagonistas, porém reconhecem a capacidade de adultos cuidarem de crianças, não naturalizam as mulheres-mães como cuidadoras natas, não enaltecem o dispositivo materno e não são tecnologias de gênero

Os/as autores/as desse grupo – o mais numeroso – reforçam que adultos podem e devem cuidar de crianças independentemente de seu sexo, o que desnaturaliza essa atividade como feminina e não reforça a subjetivação de mulheres pelo dispositivo materno como a única possível. Seus estudos, contudo, pensam a guarda compartilhada pelo viés do bem-estar da criança, não levando em conta suas consequências na saúde mental das mães. Apresentaremos estas pesquisas, agrupando-as pelos resultados similares obtidos, com o intuito de evitar repetições.

Os trabalhos de Francine Cyr (2008) e Marsha K. Pruett, Jennifer McIntosh e Joan B. Kelly (2014), pesquisadoras do Canadá (Quebec) e da Austrália, respectivamente, desaconselham essa modalidade de guarda quando a criança pequena (até seis anos de idade) foi cuidada primordialmente por um só adulto antes da separação, não mencionando o sexo desse adulto, nem mesmo sua relação com a criança. Reforçam que a criança pequena não deve mudar de cuidador quando ocorre a separação dos pais.

McIntosh, Smyth, Kelaher, Wells e Long (2011) identificaram que, para as crianças entre quatro e cinco anos de idade, o dano causado pelas variáveis *conflito parental* e *falta de afeto nos cuidados diários* têm primazia sobre *modelo de residência*, principalmente em relação à capacidade de autorregulação da criança. E que a variável *distância da residência dos genitores* dificulta essa modalidade de guarda independentemente da idade da criança. Não problematizaram as questões de gênero, todavia não nomeiam as mulheres como as cuidadoras naturais das crianças.

Amandine Baude (2012), Cyr (2008), McIntosh et al. (2011), Jérome Ouellet (2012), e Edwirges Rodrigues e Maria Amália Alvarenga (2014) demonstram que a guarda de crianças é um fenômeno complexo, em que a melhor organização para cada família e/ou criança depende da interação entre inúmeras variáveis econômicas, relacionais, de gênero, socioculturais e intrapsíquicas em um dado momento. Essas pesquisas mencionam gênero sem problematizar, contudo, suas questões de assimetria; porém também reconhecem que cuidar de crianças não é atividade exclusiva de mulheres.

Os pesquisadores elencados neste grupo investigaram de que modo e com que intensidade que as variáveis idade da criança, qualidade da relação genitor-criança, número de pernoites em cada residência, vínculo privilegiado com a mãe, vínculo com uma ou mais figuras de segurança e qualidade da coparentalidade favorecem ou impedem, de modo geral, que a guarda compartilhada seja fator de proteção para os filhos. Não há consenso entre os resultados.

Por outro lado, as variáveis distribuição do papel de cuidado entre pai e mãe durante a união do casal e assimetria de gênero como fator de impacto no desenvolvimento pessoal e profissional de pai e mãe – variáveis que estas autoras consideram imprescindíveis para a compreensão de quando a guarda compartilhada é fator de proteção para as mulheres-mães e para as crianças – não foram estudadas. Essa lacuna mostra que o sexismo das tarefas nas famílias brasileiras, a desigualdade entre homens e mulheres e os privilégios masculinos advindos do sistema sexo-gênero não são reconhecidos por esses estudos como fatores que atravessam esse tema.

Para Berger (2013, p. 4), McIntosh et al. (2011) realizaram "o maior estudo longitudinal sobre guarda compartilhada já realizado no mundo". Estudaram os dados coletados pelo governo australiano sobre 2.059 crianças desde o nascimento até os cinco anos de idade. Compararam quatro grupos de crianças de diferentes configurações familiares e concluíram que: o respeito pela competência parental um do outro, a flexibilidade, a capacidade de serem conciliadores, as residências próximas e um bom relacionamento entre os genitores são variáveis importantes para a manutenção da guarda compartilhada ao longo de quatro anos, resultado também obtido por Baude (2012).

Eugénie Izard (2009) realizou estudo com 11 crianças de três a 11 anos, em situação de residência alternada, cujos pais possuíam uma coparentalidade cooperativa. Apesar

disso, as crianças apresentaram sintomas característicos de estresse pós-traumático. O autor trabalha com a hipótese que as repetidas separações dos pais e o tempo de afastamento de cada uma das figuras de vínculo – uma semana – era importante fator para o desenvolvimento desses sintomas. A amostra da pesquisa de Izard (2009) apresenta algumas questões metodológicas que exigem cuidado e a não generalização de seus resultados por ser pequena e ter sido coletada em seu consultório de psiquiatria infanto-juvenil.

Cyr (2008) realizou uma revisão da literatura internacional sobre residência alternada e alcançou resultados diferentes de Berger (2003), McIntosh et al. (2011), Izard (2009) e Frisch-Desmarez e Berger (2014). Reforçou, por meio dessa revisão, seu ponto de vista já apresentado anteriormente (Cyr, 2008): a residência alternada *per si* não tem influência no bem-estar da criança. Em sua opinião, o que afeta o desenvolvimento da criança é a variável qualidade da relação entre os genitores, ou seja, a coparentalidade.

Baude (2012) estudou 56 crianças que vivem em situação de residência alternada, com idades entre quatro e 12 anos. Os resultados mostraram satisfação com a modalidade da guarda porém, ao analisar tais resultados, a autora problematizou o alto número de participantes masculinos em sua pesquisa, maior que a média para pesquisas das ciências sociais. Seguiu sua análise dos resultados questionando se pais-homens que defendem a residência alternada concordam em participar de pesquisas sobre o tema para demonstrar a adequação da residência alternada, enviesando a amostra. Essas reflexões de Baude (2012) indicam que as questões de gênero precisam ser levadas em conta inclusive na construção da metodologia de pesquisas que visam conhecer o fenômeno da guarda compartilhada.

Cabe registrar que os resultados alcançados por Baude (2012) indicam a importância de os irmãos se manterem juntos, por constituírem proteção entre si diante da separação dos pais. Os resultados de Baude (2012) também indicaram que dentro do grupo dos 50% que viam aspectos negativos na guarda compartilhada, apenas uma mãe e um pai, de duas famílias diferentes, desejavam a mudança desse modo de residência das/os filhas/os. Nota-se que, exatamente nesses dois casos, a guarda compartilhada havia sido judicialmente imposta às mães.

Considerações finais

A Lei nº 13.058/2014 definiu que a guarda compartilhada implica em divisão equitativa do tempo de permanência da criança entre cada genitor, sem que um questionamento essencial fosse feito e respondido: qual o significado de compartilhar o tempo e a maternagem de suas/seus filhas/os para as mulheres-mães? Essa lei não reconhece nem a diferença subjetiva que homens e mulheres estabelecem com a paternidade e a maternidade, respectivamente, nem quanto de tempo cada um dedicava aos filhos antes da separação. Cyr (2008) defendeu a importância de se levar em conta a divisão dos cuidados durante o casamento para a definição da guarda compartilhada; a protagonista de suas reflexões era a criança, sem mencionar as mulheres-mães. Essa questão necessita ser problematizada, uma vez que, como discutido acima, as mulheres foram socializadas para reconhecerem a maternidade e o cuidado com as/os filhas/os como o principal – senão único – espaço de poder, felicidade e realização pessoal (Badinter, 1985; Marcello, 2009; Zanello, 2016, 2018).

Diante dessa realidade, é fundamental estudar o impacto da Lei 11.058/2014 no bem-estar psíquico das mulheres-mães separadas/divorciadas com filhas/os, já que esse dispositivo jurídico lhes retira metade do tempo dedicado a uma atividade que dá sentido às suas vidas. Esta revisão narrativa da literatura mostra, no entanto, que raras pesquisadoras se interessaram pelo tema – todas mulheres. Essa questão vai ao encontro das denúncias de historiadoras e pesquisadoras feministas que demonstram que a ciência é localizada e situada, ou seja, é construída a partir de uma lógica androcêntrica, heteronormativa, binária e branca (Antrobus, 2004; Harding, 1987; Kelly-Gadol, 1987; Scott, 1995; Narvaz & Koller, 2007).

A adoção desse instituto jurídico pode se tornar fator de vulnerabilidade para a saúde mental dessas mulheres-mães caso as/os magistradas/os não levem em conta a dinâmica anterior dos cuidados com as crianças no momento de decidir sobre a guarda delas. Caso esse cuidado vinha sendo executado apenas pelas mulheres-mães, essa modalidade de guarda tem grande possibilidade de aumentar o risco de sofrimento psíquico para algumas mulheres-mães, pois a maternagem provavelmente era fator identitário para elas. Se a essa perda de identidade somar-se a manutenção das mesmas responsabilidades (Côté, 2000, 2016) ou aumento de atribuições (Casman, 2010; Fehlberg, Millward &

Campo, 2011; Simioni, 2015), a guarda compartilhada ainda fortalece o sistema patriarcal, ao invés de subvertê-lo. Cabe ressaltar que os estudos de Casman (2010), Fehlberg, Millward e Campo (2011) e Simioni (2015), que apontam a manutenção ou o aumento dos encargos para as mulheres-mães com a guarda compartilhada, em comparação à guarda unilateral, são oriundas de quatro países de culturas bastante diferentes: Canadá, Bélgica, Austrália e Brasil, respectivamente. A ênfase na origem das pesquisas visa a problematizar o fato de que, apesar das diferenças culturais entre esses países, o comportamento masculino de não assunção dos deveres advindos da guarda compartilhada se repete.

Côté (2000, 2012) ressalta a importante questão de que a lei quebequense sobre guarda compartilhada é baseada nos princípios de igualdade do liberalismo, mas que rege relações desiguais e assimétricas entre homens e mulheres. Aponta que o paradigma da simetria ou igualdade sexual como norteador de leis, sem seu real exercício na sociedade, fortalece o sistema patriarcal e denuncia que ações que atendem ao desejo de igualdade sexual – como a guarda compartilhada – mascaram as relações desiguais entre os sexos, permitem a reorganização do patriarcado e emudecem as conquistas feministas.

Na opinião dessa autora, as mudanças legislativas e judiciais que criaram a guarda compartilhada no Quebec favoreceram o novo patriarcado ao impedirem que se veja quem, de fato, fica com os encargos dos cuidados das crianças, além de ter aumentado a complexidade dessa tarefa para as mulheres-mães. Essa crítica de Côté (2004) não retrata apenas a realidade do Quebec. A Lei nº 13.058/2014 também criou essa mesma dinâmica para as mulheres brasileiras que vivenciam a guarda compartilhada (Lobão Ribeiro, 2017). Importante mencionar que essa lei brasileira normatizou a guarda compartilhada no Brasil de modo bem semelhante ao instituto jurídico quebequense e belga (Côté, 2015) e português (Sottomayor, 2001) – ou seja, oferece tratamento igual a pessoas que vivenciam relações desiguais de poder.

Outro aspecto que merece ser discutido é o fato de que a Lei da Guarda Compartilhada brasileira – assim como a legislação de diversos países como França, Canadá, Bélgica e Austrália (Côté, 2012; McIntosh et al., 2011) – apoia-se na noção de uma parentalidade indissolúvel após a dissolução do casamento. Côté (2012, p. 24) criticou a proposta dessas leis que têm como princípio subjacente que: "o casal parental deverá sobreviver, a qualquer

preço, à separação conjugal", e problematizou o fato de que pessoas têm o direito de escolheram deixar de conviver ou mesmo dialogar com quem lhes traz sofrimento psíquico, incluindo, entre essas pessoas, o pai ou a mãe de suas/seus filhas/os.

Esse é um ponto interessante de reflexão sobre as liberdades individuais, pois a liberdade dos adultos pais e mães está imbricada nos direitos das/os filhas/os. Cabe perguntar: será que a interrupção da coparentalidade prejudica o direito da criança de ser educada por pai e mãe, direito este previsto na Convenção sobre os Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989)? Será que o direito dos ex-cônjuges de não mais conviverem é incompatível com o Direito da Criança? Se sim, o direito da criança teria prioridade, por se tratar de sujeito em fase peculiar de desenvolvimento, segundo a Declaração Universal dos Direitos das Crianças (ONU, 1959) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989).

Por outro lado, se esse contato exigido pela coparentalidade trouxer sofrimento psíquico e/ou o adoecimento a um ou ambos os genitores, tornando-se, desta forma, fator de vulnerabilidade para a/o filha/o – deve-se, então, extinguir a coparentalidade, com a manutenção do acesso da criança a ambos os pais? E, ainda que não traga sofrimento psíquico a nenhum dos pais, não seria possível o respeito ao direito desses ex-cônjuges de não mais se encontrarem, mas preservar o acesso da criança a ambos os pais?

Outra questão que merece ser abordada é a imposição da guarda compartilhada mesmo nos casos em que a mulher sofria violência durante a relação conjugal. Conforme já mencionado anteriormente, obrigar a mulher a conviver e/ou a ter alguma forma de contato com seu antigo agressor é uma forma de perpetuar os abusos sofridos (Côté, 2012). Apesar de a violência física receber mais atenção por parte da literatura, estudos apontam que a violência psicológica contra as mulheres, no contexto doméstico-conjugal e/ou de suas relações íntimas, pode causar grave sofrimento psíquico e o adoecimento mental das mesmas. Entre os principais transtornos são apontados a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (Tept) – associados a diversas comorbidades como ansiedade (principalmente a ansiedade generalizada e a síndrome do pânico); comprometimento de sua autoestima, da sua qualidade de vida e de suas relações interpessoais; distúrbios do sono (principalmente a insônia); distúrbios da alimentação;

dores crônicas; somatizações; uso crônico de psicotrópicos; ideação suicida e tentativa de autoextermínio (Fontes, 2017).

Como proteger essas mulheres-mães, com a promulgação de uma lei que tem, em sua filosofia, a manutenção da coparentalidade a qualquer preço – "quando não houver acordo entre pai e mãe a guarda deverá ser compartilhada" (art. 1.584, § 2º do Código Civil) – com a justificativa do maior interesse da criança? E qual seria o maior interesse da criança numa situação de violência contra sua mãe? Violência contra a mãe não é violência contra a criança? Não seria outra forma de invisibilizar as vivências das mulheres-mães para garantir os privilégios dos homens? Não seria um mero exercício de poder dos homens contra as mulheres? (Côté, 2000, 2012, 2014, 2016; Simioni, 2011).

A intenção deste capítulo foi despertar o interesse de pesquisadoras/es, profissionais das ciências humanas e sociais, psicólogas/os, juristas, legisladoras/es e operadoras/es do Direito a se debruçarem sobre o artigo 1.584 da Lei nº 11.698/2008, que trata com igualdade relações assimétricas de poder. Nossa reflexão deixa evidente a necessidade de reescrevê-lo, atentando-se para os interesses de todos os seus personagens: pais, filhas, filhos e, as invisibilizadas até então, mulheres-mães.

Referências

Antrobus, P. (2004). *The Global Women's Movement: origins, issues and strategies*. Londres: Zed Books.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado – O mito do amor materno.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Baude, A. & Zaouche-Gaudron, C. (2010). Le développement de l'enfant en résidence alternée: revue de la question. Child development in joint custody: Question review. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *58*(8), 523-531.

Baude, A. (2012). *Développement socio-affectif des enfants en résidence alternée: une approche écosystémique: conduites intériorisées et exteriorisées et qualité de vie des enfants de 4 à 12 ans en résidence alternée*. Toulouse: Université Toulouse.

Berger, M. (2003). *L'enfant et la souffrance de la séparation. Divorce, adoption, placement,* Paris: Dunod.

Berger, M. (2011). Clinical Teach-In: Alternative joint custody with children less than 6 years olds: High risk situation for attachment disorders. *Infant Mental Health Journal*, *31*(3) Suppl S, 71-71.

Berger, M. (2013). Recherces actuelles concernant la residence alternée. Palestra proferida no Colóquio *Résidence alternée. Quels effets psychologiques pour les enfants?*, realizado na Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Paris.

Berger, M. & Ciccone, A. (2011). Lettres à la rédaction. A propos de la résidence alternée – Lettre 1. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 59*(3), 185-187.

Berger, M, Ciccone, A., Guédeney, N., & Rottman, H. (2004). La résidence alternée chez les enfants de moins de six ans. Une situation à hauts risques psychiques. *Devenir*, *16*(3), 213-228.

Brasil (2002). *Lei nº 10.406*, de 10 de janeiro de 2002 (2002). *Institui o Código Civil*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm.

Brasil (2008). *Lei nº 11.698*, de 13 de junho de 2008 (2008). *Altera os arts. 1.583 e 1.584 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, para instituir e disciplinar a guarda compartilhada*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11698.htm.

Brasil (2014). *Lei nº 13.058*, de 22 de dezembro de 2014 (2014). *Altera os arts. 1.583, 1.584, 1.585 e 1.634 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, para estabelecer o significado da expressão "guarda compartilhada" e dispor sobre sua aplicação*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13058.htm.

Brito, L. M. T. & Gonsalves, E. (2013). Alguns argumentos e conteúdos da jurisprudência. *Revista Direito GV*, *9*(1), 299-318.

Butler, J. (1990). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenologia y teoria feminista. In S.-E. Case (Org.). *Performing feminisms: feminist critical theory and theatre* (pp. 270-282). Baltimore: John Hopkins Press.

Casman, M. (2010). *Évaluation de l'instauration de l'hébergement égalitaire dans le cadre d'un divorce ou d'une séparation en Belgique.* Liège: Universite´de Liège.

Côté, D. (2000). *La garde partagée: l'équité en question.* Montréal: Remue-ménage.

Côté, D. (2004). La garde partagée des enfants: nouvelles solidarités parentales ou renouveau patriarcal? *Nouvelles Questions Féministes, 23*(3), 80-95.

Côté, D. (2012). Mais je voulais que ça cesse! Récits de mères sur la garde partagée et la violence post-séparation. *Nouvelles pratiques sociales*, *25*(1), 44-61.

Côté, D. (2015). Nouvelles normativités de la famille: la garde partagée au Québec, en France et en Belgique. *Canadian Journal of Women and the Law, 27*(1), 22-46.

Côté, D. (2016). Guarda compartilhada e simetria nos papéis de gênero: novos desafios para a igualdade de gênero. *Revista ObservatóRio, 2*(3), 182-198.

Cyr, F. (2008). Débat sua la garde partagée: vers une positions plus nuancée dans le meuiller intêrét de l'enfant. *Santo Mentale au Québec*, *XXIII*(1), 235-251.

Del Priore, M. (2006). *A mulher na história do Brasil*. São Paulo: Contexto.

Del Priore, M. (2009). *Ao sul do corpo. Condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo: Unesp.

Diniz, G. (2009). O casamento contemporâneo em revista. In T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e família: permanências e rupturas* (pp. 135-155). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fehlberg, B., Millward, C. & Campo, M. (2011). Shared post-separation parenting: Pathways and outcomes for parents. *Family Matters, 86*, 33-39.

Fontes, G. C. (2017). A (in) visibilidade da violência conjugal psicológica contra a mulher na *produção científica brasileira em psicologia* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Foucault, M. (1996). *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal.

Frisch-Desmarez, C. & Berger, M. (2014). *Garde alternée: les besoins de l'enfant.* Bruxellas: Yapaka.be.

Groeninga, G. C. (2011). *Direito de convivência entre pais e filhos: análise interdisciplinar com vistas à eficácia e sua sensibilização de suas relações no Poder Judiciário* (Tese de Doutorado). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Harding, S. (1987). Feminism & Methodology . In *S.* Harding (Ed.), *Feminism & Methodology* (pp. 1-14). Bloomington and Indianapolis, IN: Indiana University Press.

Izard, E. (2009). Troubles psychiques observés chez les enfants vivant en résidence alternée non conflictuelle: expérience personnelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57*(3), 173-181.

Kelly-Gadol, J. (1987). The social relation of the sexes: methodological implications of women's history. In S. Harding (Ed.). *Feminism & Methodology* (pp.15-28). Bloomington and Indianapolis, IN: Indiana University Press.

Lagarde, M. (2011). *Los cautiveros de las mujeres: madresposas, putas, presas y locas*. Madrid: San Cristobal.

Lauretis, T. (1994). A tecnologia de gênero. In: H. B. Hollanda (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-241). Rio de Janeiro: Rocco.

Lobão Ribeiro, M. (2017). *Guarda compartilhada: vivência de mulheres* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Marcello, F. A. (2009). Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Currículo sem Fronteiras, 9*(2), 226-241.

McIntosh, J., Smyth, B., Kelaher, M., Wells, Y., & Long, C. (2011). Post-separation parenting arrangements: Patterns and developmental outcomes. Studies of two risk groups. *Family Matters*, *86*, 40-48.

Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico, 38*(3), 216-223.

Organização das Nações Unidas -ONU (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: https: //www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-direitos-da-crianca.

Ouellet, J. (2012). *Adaptation de l'enfant, conflits parentaux et relations parentes-enfant em garde partagée et em garde seule* (Tese de doutorado). Programa de Doutorado em Psicologia, Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales, École de Psychologie, Faculté des Sciences Sociales, Universidade de Laval, Quebec.

Parini, L. (2006). *Le système de genre: Introduction aux concepts et théories.* Zürich: Editions Seismo.

Phillips, A. (1992). Universal Pretensions in political thought. In M. Barrett A. & Philips. *Desestabilizing theory – Contemporary feminist debates* (pp. 224-236). California: Standford University Press.

Pruett, M. K., McIntosh, J., & Kelly, J. B. (2014). Parental separation and overnight care of young children, Part I: Consensus through Theoretical and Empirical Integration. *Family Court Review, 52*(2), 240-255.

Rodrigues, E. E. & Alvarenga, M. A. F. P. (2014). Guarda compartilhada: um caminho para inibir a alienação parental? *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, *9*(2), 320-339.

Rosseau, J.J. (1999). *Emílio ou Da Educação* (R. L. Ferreira, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Ruther, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, *20*(2), v-vi.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, *20*(2), 71-99.

Simioni, F. (2015). *As relações de gênero nas práticas de Justiça: igualdade e reconhecimento em processo de guarda de crianças e adolescentes* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Sottomayor, M. C. (2001). A introdução e o impacto em Portugal da guarda conjunta após o divórcio. *Revista Brasileira de Direito de Família*, *2*(8), 52-61.

Zanello, V. & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista de Bioética*, *20*(2), 267-279.

Zanello, V. (2016). Saúde mental, gênero e dispositivos. In M. Dimenstein (Org.). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais* (pp. 223-246). São Paulo: Intermeios Cultural.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos*. Curitiba: Appris Editora.

9 Caracterização de ofensores sexuais atendidos em uma unidade de saúde pública

Raiane Nunes Nogueira
Andrea Schettino Tavares
Camilla Leal Santana
Gabriel Guedes Barbosa
Liana Fortunato Costa

A ofensa sexual contra crianças e adolescentes é uma questão de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2014) caracterizada pelo envolvimento em qualquer atividade sexual à qual não compreendam, estejam incapacitados de dar consentimento ou que violem as leis ou tabus sociais (WHO, 2017). Assim, os casos podem envolver desde contato, como toques indesejados e penetração, até outros atos sem contato físico, como o exibicionismo, o assédio verbal, sexual e pornografia (WHO, 2018). A Lei 12.015/2009 (Brasil, 2009), que atualizou o Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), define as ofensas sexuais cometidas contra crianças e adolescentes como estupro de vulnerável: situação criminosa na qual um indivíduo pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso contra uma pessoa menor de 14 anos.

É possível diferenciar as ofensas sexuais segundo a relação entre autor e vítima. As intrafamiliares são aquelas cometidas por pessoas que possuem laços biológicos e/ou função de cuidado, podendo ser membros da família extensa ou pessoas que moram com a vítima na época das ofensas (Collin-Vézina, Sablonnière-Griffin, Palmer, & Milne, 2015). Observa-se que as ofensas sexuais intrafamiliares são mais comuns, tanto no Brasil (Brasil, 2018), quanto internacionalmente (Kloppen, Haugland, Svedin, Mæhle, & Breivik, 2016).

Sabe-se que a vitimização infantil é 30 vezes maior do que as encontradas nos relatórios oficiais (Hillis, Mercy, Amobi, & Kress, 2016), o que demonstra grande subnotificação dos casos. Ainda assim, foram registrados no Brasil 184.524 casos de

ofensa sexual entre os anos de 2011 a 2017 (Brasil, 2018). Entre 2015 e 2017, 6000 pessoas foram acusadas por estupro de vulnerável (Brasil, 2017b). Em relação à prevalência das vítimas, observa-se que a maioria delas são meninas e o início da adolescência é o período de maior risco para a ofensa sexual (Kloppen et al., 2016; Brasil, 2018; WHO, 2014). As consequências para as vítimas são desastrosas para seu desenvolvimento biopsicossocial, a construção de relações sociais e afetivas na vida adulta, a educação e a autoestima (Hohendorff, Habigzang, & Koller, 2015).

Os autores de ofensa sexual são majoritariamente homens que possuem vínculo familiar com a vítima, como de pai, avô, entre outros (Brasil, 2018), ou seja, as mulheres ofensoras constituem uma pequena parte dos ofensores sexuais de crianças e adolescentes (Cortoni, Babchishin, & Rat, 2016). O conhecimento sobre as ofensoras no Brasil é ainda escasso (Setubal, Wolff, Stroher, Vieira, & Costa, 2019). É necessário diferenciar as intervenções propostas para cada gênero, pois existem particularidades no cometimento da ofensa sexual. Por exemplo, as mulheres têm sete vezes mais propensão a ofender sexualmente em conjunto, ou seja, são majoritariamente co-ofensoras (Comartin, Burgess-Proctor, Kubiak, Bender, & Kernsmith, 2018). Este texto manterá o enfoque sobre os homens ofensores sexuais.

É de extrema importância o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de prevenção voltadas para ofensa sexual (Santos, Mascarenhas, Rodrigues, & Monteiro, 2018). O Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Brasil, 2017) aponta que as medidas de enfrentamento à violência não devem ser apenas jurídicas. Isso, porque apenas a responsabilização judicial não é suficiente para reduzir os índices de reincidência na ofensa sexual (Christensen, 2017). Porém, verifica-se que no Brasil ainda existe o predomínio das medidas punitivas (contexto jurídico) sobre as medidas preventivas (contexto de saúde). Existe uma dificuldade da sociedade e das instituições públicas em ressignificar o paradigma comumente estabelecido de punir e aprisionar *versus* identificar e fornecer atendimento público (Meneses, Stroher, Setubal, Wolff, & Costa, 2016).

O atendimento em saúde para os envolvidos na situação de violência, incluindo o autor da ofensa sexual, está previsto como política pública brasileira de enfrentamento da ofensa sexual (Brasil, 2013). O atendimento voltado para o autor de ofensa sexual é

importante, pois além de reduzir os índices de reincidência no ato sexual criminoso, a atenção ao ofensor reduz, consequentemente, o número de vítimas (Higgs, Cortoni, & Nunes, 2019). Também se considera que o autor de violência sexual é um cidadão e, como tal, possui o direito de obter atendimento em saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008).

Para que se desenvolvam intervenções em saúde adequadas para o autor de ofensa sexual, é necessário que se conheçam as características das vítimas e dos ofensores sexuais em atendimento nas unidades de saúde pública (Penso et al., 2016), e é nesse sentido que este texto pretende oferecer contribuição. Outro motivo da importância de se traçar uma caracterização do ofensor sexual atendido em uma unidade de saúde é de que os homens, de maneira geral, entram no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção especializada (Brasil, 2008), nesse caso, em decorrência da responsabilização judicial de uma ação sexual violenta. Ou seja, o atendimento em saúde para o homem autor de ofensa sexual se torna porta de entrada para as unidades de saúde pública. Assim, uma vez dentro do SUS, esses homens podem buscar ajuda para outras diversas comorbidades que, de maneira geral, apresentam: problemas cardíacos, urológicos, de saúde mental e gastrointestinal (Brasil, 2008).

Traçar uma caracterização dos autores de ofensa sexual atendidos por uma unidade de saúde é importante, pois observa-se que no Brasil é muito recente o interesse de estudo sobre os ofensores sexuais de crianças e adolescentes. Como consequência, existe uma lacuna de informações oficiais sobre as características do autor de ofensa sexual atendidos em unidades de saúde pública (Penso et al., 2016). Uma vez que a maior parte das intervenções oferecidas é para os homens criminalizados em comparação aos homens que procuram ajuda livremente (Seto, 2012), é possível inferir informações do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Brasil, 2017b). Assim, a maior parte dos autores de crimes no Brasil são homens, entre 18 e 29 anos, negros, com ensino fundamental incompleto, solteiros, sem filhos e em atividade laboral.

Diante do cenário de lacunas de informações sobre os ofensores sexuais de crianças e adolescentes, pretende-se com este texto contribuir para o conhecimento na área a partir da caracterização dos ofensores sexuais encaminhados para atendimento em saúde

pública. Ademais, os resultados dessa pesquisa podem fornecer subsídios para intervenções mais adequadas ao público atendido e ao seu contexto.

Método

Contexto da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo das características dos autores de ofensa sexual contra crianças e adolescentes atendidos em uma unidade de saúde pública brasileira entre os anos de 2013 e 2019. O método de análise documental foi adotado devido ao público atendido na instituição ser refratário em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois este documento necessariamente explicita a pesquisa ao público autor de violência - o que eles não concordam em admitir (Meneses et al., 2016). A pesquisa documental possibilita um estudo a partir dos registros dos prontuários e permite, portanto, a apreensão de informações disponíveis (Macedo, 2006; Prates & Prates, 2012).

Contexto da unidade de saúde

O atendimento oferecido nesta unidade de saúde é especializado para os ofensores sexuais e existe desde 2013. Os ofensores chegam ao serviço por encaminhamento da Justiça e passam por uma sequência de atendimentos realizados pela equipe de profissionais - composta por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatra. Também compõem a equipe, pesquisadores, professores supervisores e estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia. Inicialmente é realizada uma entrevista de acolhimento com o intuito de avaliar o encaminhamento e os aspectos da história do indivíduo, e seguem-se entrevistas individuais e familiares, além da avaliação psiquiátrica. Após a avaliação da adequação do ofensor participar do atendimento grupal, há o encaminhamento neste sentido. Esta intervenção é composta por oito encontros com temáticas predefinidas, com duração de três horas cada. Após a finalização do grupo, os participantes ainda passam por *follow-up*, são atendidos individualmente e/ou em família após três meses de finalizado o grupo e após seis meses, como forma de acompanhamento. Todo esse circuito de atendimento está descrito detalhadamente em Meneses et al. (2016) e Wolff, Oliveira, Marra, & Costa (2016). Ressalta-se que a intervenção grupal, até o momento, está restrita aos homens. As mulheres ainda estão

sendo atendidas de forma individual, visto que somente nos dois últimos anos essas mulheres têm sido encaminhadas, e uma proposta grupal ainda não foi finalizada.

Participantes

Entre outubro de 2013 e março de 2019, foram encaminhados para a unidade de saúde 219 ofensores. Para este estudo, analisaram-se os 219 prontuários disponíveis na instituição, trata-se portanto de 100% da clientela até o momento. Desses 219 processos, 90,4% foram provenientes do sistema judiciário – por exemplo, Vara de Execuções das Penas em Regime Aberto (Vepera), Vara de Execuções das Penas e Medidas Alternativas (Vepema), Promotorias e Juizados –, 4,6% de instituições de saúde pública e 5% de outras instituições, como clínicas particulares.

Procedimentos de coleta de dados

As informações que compõem os prontuários fazem parte do processo de avaliação (entrevistas e atendimentos individuais/familiares), da intervenção grupal e do processo jurídico decorrente do cometimento da ofensa sexual. As informações contidas nos prontuários foram organizadas pelos profissionais da unidade em categorias com o objetivo de caracterizar o público atendido. Elaborou-se uma planilha que foi preenchida com as categorias e respectivas informações que constavam nos prontuários. Houve casos cujas informações não estavam completas ou não existiam nos documentos, dessa forma o dado foi preenchido na tabela como "sem informação".

Procedimentos de análise de dados

Realizou-se análise estatística descritiva dos dados considerando as seguintes categorias: sexo, idade, procedência da justiça, cor/raça, estado civil, uso de álcool e drogas, violências sofridas, escolaridade, renda pessoal, mercado de trabalho, ambiente da ofensa e vínculo com a vítima. Também buscou-se retirar informações sobre as vítimas das ofensas sexuais: sexo, idade e presença de alguma deficiência.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, via Plataforma Brasil, sendo aprovado com o parecer número 972.246, datado de 19/02/2015.

Resultados

Ainda que esta seja uma pesquisa voltada para a caracterização dos autores da ofensa sexual, é importante estudar a relação dos ofensores com suas vítimas para que se tenha um panorama amplo sobre o ciclo da ofensa e que este seja melhor compreendido. Além disso, entende-se que os resultados encontrados tanto sobre o ofensor, como sobre suas vítimas, podem respaldar particularidades para as políticas públicas de prevenção da ofensa, e intervenções mais adequadas para os envolvidos na situação violenta (Madureira et al., 2014).

A seguir serão apresentadas três tabelas. A primeira (Tabela 1) contém dados sobre as características dos 219 adultos ofensores sexuais encaminhados para a unidade de saúde. A segunda tabela apresenta dados sobre a inserção social dos participantes. E a Tabela 3 mostra dados sobre as 233 vítimas destes ofensores.

Tabela 1
Caracterização dos ofensores sexuais

	n	(%)
Sexo		
Masculino	212	97,0
Feminino	7	3,0
Uso de álcool		
Faz uso	70	32,0
Não faz uso	80	36,5
Sem informação	69	31,5
Uso de outras drogas		
Faz uso	7	3,2
Não faz uso	135	61,6
Sem informação	77	35,2
Cor/raça		
Branca	24	10,9
Preta	21	9,6
Parda	96	43,8
Índigena	2	0,9
Não declarada	11	5,0
Sem Informação	65	29,7
Estado civil		
Casado/União Estável	92	42,0
Separado	24	10,9
Solteiro	54	24,6
Viúvo	5	2,3
Namorando	1	0,4
Sem Informação	43	19,6
Faixa etária		
19-29	12	5,5
30-40	47	21,5
41-51	56	25,6
52-62	57	26,0
63-73	16	7,3
74-84	4	1,8
Sem informação	27	12,3
Violências sofridas		
Trabalho infantil	39	17,8
Violência sexual	25	11,4
Violência psicológica	24	11,0
Violência física	15	6,8
Negligência	8	3,7
Não sofreu violência	1	0,5
Sem informação	154	70,0
Total	**219**	**100,0**

Tabela 2
Caracterização socioeconômica dos ofensores sexuais

	n	(%)
Renda pessoal		
Sem renda	**19**	**8,7**
Até 1 salário mínimo	**45**	**20,5**
De 1 até 3 salários	**59**	**26,9**
De 3 até 5 salários	**10**	**4,6**
De 5 até 15	**7**	**3,2**
Mais de 15 salários	**1**	**0,4**
Sem Informação	**78**	**35,6**
Trabalho		
Mercado Formal	**57**	**26,0**
Por contrato	**9**	**4,1**
Mercado Informal	**31**	**14,1**
Autonômo	**31**	**14,1**
Estágio	**1**	**0,4**
Aposentado	**13**	**5,9**
Afastado por acidente de trabalho	**1**	**0,4**
Desempregado	**23**	**10,5**
Sem Informação	**54**	**24,6**
Escolaridade		
Analfabeto	**11**	**5,0**
Fundamental I Completo	**11**	**5,0**
Fundamental I Incompleto	**21**	**9,6**
Fundamental II Completo	**16**	**7,3**
Fundamental II Incompleto	**30**	**13,7**
Médio Completo	**36**	**16,4**
Médio Incompleto	**26**	**11,9**
Superior Completo	**9**	**4,1**
Superior Incompleto	**12**	**5,5**
Pós-Graduação Completo	**2**	**0,9**
Sem Informação	**45**	**20,5**
Total	**219**	**100,0**

Tabela 3
Caracterização das vítimas dos ofensores sexuais

	n	n (%)
Sexo		
Masculino	**30**	**12,9**
Feminino	**203**	**87,1**
Faixa etária		
0-3 anos	**4**	**1,7**
4-7 anos	**57**	**24,5**
8-11 anos	**84**	**36,1**
12-15 anos	**47**	**20,2**
16-18 anos	**8**	**3,4**
18+	**17**	**7,3**
Sem Informação	**16**	**6,9**
Vínculo		
Intrafamiliar	**116**	**53,0**
Extrafamiliar	**64**	**29,2**
Sem Informação	**39**	**17,8**
Deficiência		
Sim	**8**	**3,4**
Não	**202**	**86,7**
Sem Informação	**23**	**9,9**
Total	**233**	**100,0**

Discussão

Os dados obtidos corroboram com a literatura em relação ao sexo dos autores de ofensa sexual como o masculino (97%) sendo o prevalente (Costa, Rocha, & Cavalcante, 2018; Santos et al., 2015; (Brasil, 2018). Uma das possíveis explicações é apontada pelo documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008), de que as representações sociais de masculinidade constroem uma maior vulnerabilidade para os homens praticarem violência.

No presente estudo houve a presença de 3% de ofensoras sexuais. Em um estudo anterior (Penso et al., 2016) realizado na mesma unidade de saúde, as ofensoras sexuais não foram apontadas. O mesmo fenômeno pode ser observado no InfoPen Mulheres, no qual apenas no último volume constou a presença de mulheres autoras de violência

doméstica, sendo a prevalência de 1% (Brasil, 2017b). A presença delas declara que o processo de identificação e notificação de mulheres autoras de ofensa sexual está crescendo. Esse dado é importante, pois no Brasil há uma lacuna de conhecimentos sobre mulheres ofensoras sexuais (Setubal et al., 2019). Portanto é urgente que a comunidade científica brasileira produza conhecimento sobre esse fenômeno que está chegando aos profissionais de saúde e Justiça (Nicoletti, Giacomozzi, & Cabral, 2017).

A porcentagem encontrada de mulheres ofensoras sexuais é de 3%, sendo os encaminhamentos realizados pelo contexto jurídico, e é muito similar ao que Cortoni et al. (2016) encontraram a partir de uma meta análise realizada com dados de 12 países: entre 2% e 3%. Em relação a essa porcentagem, destacam que essa diferença nas prevalências entre autores homens e mulheres seja menor, uma vez que a subnotificação de casos de ofensa sexual perpetrados por mulheres é maior do que a subnotificação nos casos em que os autores são homens (Cortoni et al., 2016). Setubal et al. (2019) apontam que a dificuldade para notificar ofensas sexuais praticadas por mulheres pode estar envolvida com uma visão santificada da maternidade. Assim, o sistema de Justiça pode ainda não estar preparado para identificar esses casos e os atos violentos podem ser interpretados como cuidado maternal (Cortoni et al., 2016; Nicoletti et al., 2017).

Ressalta-se que o quadro apresentado pelas informações é limitado pela configuração do programa de atendimento em relação aos homens que foram sentenciados e encaminhados. Foram encaminhados pela Justiça, 90,4%, equivalente a 198 casos. Desses 198, em mais da metade (51,6%) foram aplicadas penas com média de 8,3 (DP=3,7) anos de regime fechado. A transação penal foi a medida aplicada em 9,1% desses casos e em 6% houve suspensão condicional do processo. Em 22% dos casos não havia informação em relação ao processo de responsabilização.

Destaca-se ainda que a maior parte da produção nacional e internacional se refere a estudos que utilizaram a população carcerária como sujeitos (Reis & Cavalcante, 2018). É necessário, portanto, encontrar outras formas de acesso a essas informações como, por exemplo, a partir das fichas de notificação compulsória. Essa ficha é um instrumento nacional fundamental na descrição epidemiológica da violência e pode contribuir com a sua prevenção (Cruz, da Silva, Santos, & de Oliveira, 2019).

É importante considerar o recorte da população carcerária brasileira, refletida por este estudo, que é majoritariamente formada por pessoas pretas e pardas, de baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica (Brasil, 2017b). Outro estudo, realizado na Bahia, apontou que 68,4% das notificações de ofensa sexual efetuados em delegacias se refere a autores homens negros ou pardos (Santos et al., 2015), muito similar ao encontrado neste estudo: 53,4%, apesar de que em 29,7% dos prontuários não tinha essa informação. Esta condição deve ser interpretada com cuidado, uma vez que a configuração está associada ao contexto de maior vulnerabilidade ao qual se encontram (Penso et al., 2016), e não necessariamente a um funcionamento individual da população preta e parda, de baixa escolaridade e condição socioeconômica.

A idade dos participantes variou entre 19 e 84 anos de idade, sendo que a maior parte deles encontrava-se na faixa etária entre 30 e 50 anos, ou seja, adultez madura (Erikson, 2011). A adultez madura é compreendida como uma fase do ciclo de vida em que o indivíduo ainda precisa enfrentar desafios básicos para alcançar seus objetivos, mas já adquiriu recursos ao longo do processo de seu desenvolvimento para lidar com situações adversas e problemas que possam surgir. Nessa fase, o foco está em ser um exemplo para a próxima geração, o que pode gerar ansiedade e estresse em desempenhar o papel que é esperado (Erikson, 2011; Gonzaléz, Castillo, & Gonzaléz, 2018).

Em relação ao estado civil, a maioria dos ofensores era casada ou estava em união estável (42%), assim como apontado por outro estudo no Brasil (Costa et al., 2018) que apontou que os ofensores com filhos possuíam três vezes mais chances de cometer ofensa sexual intrafamiliar. A conjugalidade pode ser tanto um fator de vulnerabilidade para a ocorrência de uma ofensa sexual (Aslan, Edelmann, Bray, & Murray, 2014) quanto um fator de proteção em relação ao cometimento de novas ofensas sexuais (De Vries Robbé, Mann, Maruna, & Thornton, 2015).

Já sobre uso abusivo de substâncias, o autorrelato do consumo de álcool e drogas ilícitas apontou índices proeminentes para o não uso de álcool (36,5%) e 61,6% relataram não usar outras drogas. O uso dessas substâncias está vinculado à agressividade e à violência (Brasil, 2008) e é um fator de risco para a ocorrência da ofensa sexual (Abracen, Looman, & Ferguson, 2017), apesar de não ser possível afirmar uma relação causal entre o consumo de substâncias e o cometimento de ofensas sexuais (Oliveira, 2016). Entretanto, quase 30% dos

prontuários não continham essas informações. Penso et al. (2016) apontam que, na fase de preenchimento dos prontuários, os ofensores se mostram menos disponíveis para informar à equipe de saúde o verdadeiro teor de consumo de substâncias, em grande medida por optarem omitir informações que poderiam prejudicá-los frente ao processo judicial. Essa é uma falta grave, pois observa-se que o uso de álcool e outras drogas está associado à morbimortalidade, ou seja, com o risco de morte e associado a outras doenças (Brasil, 2008), demonstrando ser uma pista importante para outros problemas de saúde.

Na presente pesquisa, foram analisados dados sobre violências sofridas ao longo da vida. Apenas em 30% da amostra constava essa informação, mas dentre eles 1% dos prontuários constavam que os participantes não tinham sofrido violências anteriores. Entende-se que ofensores sexuais sofreram maior vitimização quando comparados aos homens não ofensores sexuais (Levenson, Willis, & Prescott, 2016). Dentre as violências sofridas, observou-se a predominância do trabalho infantil (60%), que é uma violência naturalizada na sociedade brasileira (Souza & Parrão, 2017). As ofensas sexuais foram relatadas em 35,5% desses casos. Drury, Elbert e DeLisi (2019) argumentam que pode existir alguma relação entre sofrer ofensa sexual e ofender sexualmente posteriormente. Entretanto, é importante destacar esse dado uma vez que existe uma crença errônea de que vítimas de ofensa sexual se tornarão, necessariamente, agressores na idade adulta (Hohendorff, Santos, & Dell'Aglio, 2015). Acontece que essas experiências, somadas a um contexto de vulnerabilidade, podem aumentar a probabilidade de cometer uma ofensa sexual no futuro.

Em relação à inserção social, no que diz respeito à escolaridade, renda e mercado de trabalho, observa-se na Tabela 2 a presença de analfabetos (5%). No mundo contemporâneo, o analfabetismo pode desencadear impactos significativos para a sobrevivência dos indivíduos na sociedade, incluindo-se a realização de atividades básicas do dia a dia. Entende-se, portanto, a educação como o primeiro passo para que se garanta outros direitos, podendo ser considerada como um processo de humanização (Souza, 2019). As informações sobre a população prisional do Brasil, em relação à escolaridade, apontam que a maior parte dos presos possuem ensino fundamental incompleto – 51,3% (Brasil, 2017b). Porém, os sujeitos da presente pesquisa apresentaram como maior escolaridade o ensino médio completo (16,4%) que é maior que a média geral retratada

pelo InfoPen (13,1%) e semelhante à pesquisa de Penso et al. (2016), com 16,7%. Apenas 4,1% apresentaram ensino superior completo.

A baixa escolaridade reflete na dificuldade econômica e exclusão social (Simões & Amaral, 2018), como pode ser observado a partir da declaração de renda pessoal, em que 26,9% recebiam entre um e três salários mínimos, apesar de que em 35,6% da amostra não havia essa informação. Observa-se que em aproximadamente três anos, a renda aumentou entre esse público, comparando-se com o estudo de Penso et al. (2016), em que cerca de 50% da amostra apresentavam renda menor que um salário mínimo. A execução da medida legal para o ofensor sexual deve considerar o desenvolvimento de habilidades afetivas e sociais para expandir suas alternativas de vida, e diminuir as chances de reincidência no ato sexual violento (Souza, 2019). Marshall (2018) aponta a importância de serem enfocadas as habilidades afetivas e sociais dos ofensores, bem como a relação de intimidade, sendo isso possível com o desenvolvimento de confiança entre o ofensor e quem o atende. Conforme apontado por Serafim, Saffi, Rigonatti, Casoy, & Barros (2009), ressalta-se que a ofensa sexual acontece independente da condição socioeconômica, por outro lado esta condição representada por baixa renda e vulnerabilidades no contexto apresenta uma dinâmica mais suscetível para a violência (Penso et al., 2016).

Em relação ao mercado de trabalho, 26% dos participantes estavam inseridos no mercado formal. Esse dado pode ser considerado alto se analisado em conjunto com a baixa escolaridade apresentada pelos participantes, em que 23,3% tinham ensino fundamental I e II incompleto – o que pode afetar o curso do ensino médio e a exigência de possuir o segundo grau completo para determinados serviços formais. O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados aponta que quanto menor a escolaridade das pessoas cadastradas, menores são as chances de estarem empregadas com carteira assinada. Em relação ao mercado informal e autônomo, 28,2% se encontravam nessa categoria e é um resultado semelhante ao estudo de Penso et al. (2016), em que 31,3% estavam nessa condição de trabalho. Essas porcentagens podem ser consideradas reflexo do mercado brasileiro, no qual desde 2015 vem aumentando a quantidade de empregos informais e autônomos, com decréscimo do trabalho com carteira assinada (IBGE, 2019). Pode-se observar então que mais da metade dos participantes (54,2%) estavam inseridos

no mercado de trabalho, seja formal ou informal. Além disso, ressalta-se que 10,5% dos participantes estavam desempregados.

Quanto ao ambiente da ocorrência da ofensa, houve predominância da violência intrafamiliar (53%). Na literatura, os estudos apontam resultados semelhantes e recorrentes: a maioria das ofensas são de caráter intrafamiliar (Kloppen et al., 2016; Santos et al., 2015; Brasil, 2018), e de maior predominância cometida por pais ou padrastos (Costa, 2015; Costa et al., 2018; Santos et al., 2015). É possível que assim seja pois a ofensa sexual intrafamiliar resguarda maior acessibilidade e menor risco de descoberta. Geralmente, esses ofensores já convivem com crianças ou adolescentes e já têm alguma relação de poder, o que facilita uma posição manipuladora, cautelosa e fraudulenta (Costa, 2015). Dessa forma, a dinâmica da ofensa sexual intrafamiliar apresenta características ainda mais necessárias para que se estude as vítimas quando está se falando dos autores da violência.

Os dados, apresentados na Tabela 3, mostram um total de 233 vítimas. Considerando que os ofensores sexuais foram 219, observa-se que alguns cometeram a ofensa sexual com mais de uma criança/adolescente. A maior parte das vítimas eram do sexo feminino, constituindo 87,1%. Na literatura, os resultados ratificam essa informação (Penso et al, 2016; Santos et al., 2015; Brasil, 2018; WHO, 2014). Uma das explicações para a prevalência das meninas em relação aos meninos vítimas é de que a ofensa sexual reproduz valores e padrões machistas e adultocêntricos que colocam as meninas em uma relação assimétrica de gênero e idade (Vieira, 2018). Outro motivo estaria relacionado à maior dificuldade dos meninos em relatar a ofensa sexual sofrida, associada a papéis sociais de força, coragem e virilidade sobre o gênero masculino (Hohendorff et al., 2015; Said, 2017). A faixa etária das vítimas concentrou-se entre quatro e 15 anos de idade (60,6%), sendo que desses casos, 36,1% tinham entre oito e 11 anos. Esses dados corroboram com o encontrado tanto na literatura internacional (Kloppen et al., 2016) e nacional (Penso et al., 2016), quanto nos dados oficiais brasileiros (Brasil, 2018).

A partir dos dados, foi possível observar que 3,4% das vítimas apresentavam algum tipo de deficiência, o que pode ser considerado uma ofensa mais grave, considerando que as pessoas com deficiência estão em maior condição de vulnerabilidade para a violência (Barros, Deslandes, & Bastos, 2016). Além disso, cometer uma violência com vítimas com

deficiência é um agravante para o crime, o que resulta em aumento da pena para os autores da violência (Brasil, 1940).

Ressalta-se que os dados deste estudo são específicos da clientela do contexto de atendimento em saúde pública. Portanto não se pretende fazer qualquer generalização em relação à população geral ou reduzir o fenômeno da ofensa ao estereótipo do ofensor apenado e estigmatizar populações que compartilham das características demográficas encontradas, uma vez que os ofensores sexuais podem pertencer a qualquer classe, raça, grupo étnico ou religião (Serafim et al., 2009).

Considerações finais

Neste estudo foram apresentadas características referentes a 100% dos ofensores sexuais atendidos por uma unidade de saúde pública brasileira no período de aproximadamente seis anos. Esses dados podem contribuir para estudos futuros sobre prevalência servindo de base para uma análise comparativa das características dos ofensores sexuais e suas vítimas em cada região e também nacionalmente. Os indicadores apresentados são importantes também para a comunidade jurídica e de saúde, posto que este fenômeno não representa apenas um problema de segurança, mas também de saúde pública (WHO, 2014). É urgente que se reconheça a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros, autor ou vítima de violência (Brasil, 1988). Desse modo, sendo cidadãos, os ofensores sexuais deveriam estar mais amplamente inseridos e contemplados nos programas de atenção integral à saúde, assim como preconizado pelo Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Plano (Brasil, 2013) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008). A partir disso, espera-se que os resultados apresentados auxiliem na orientação de ações e intervenções voltadas para prevenção e tratamento em saúde dos autores de ofensa sexual.

As limitações do estudo estão relacionadas à obtenção de informações centrada na consulta aos prontuários que podem conter imprecisões devidas aos temores dos ofensores de estarem informando detalhes de suas vidas, que podem incriminá-los posteriormente. Apesar do atendimento não ser vinculado à justiça, e ocorrer em contexto de saúde, somente com o correr do tempo é que os homens estabelecem relação de

confiança com a instituição. Outro ponto é que os prontuários ainda são preenchidos à mão. Essas limitações estão relacionadas à sensibilidade da população estudada, uma vez que os profissionais podem ocultar algumas informações para evitar a identificação dos autores de ofensa sexual. Os ofensores sexuais são estigmatizados e essa ação visa protegê-los (Berg, Beijersbergen, Nieuwbeerta, & Dirkzwager, 2018).

Referências

Abracen, J., Looman, J., & Ferguson, M. (2017). Substance abuse among sexual offenders: Review of research and clinical implications. *Journal of Sexual Aggression*, *23*(3), 1-16. https://doi.org/10.1080/13552600.2017.1334967

Aslan, D., Edelmann, R., Bray, D., & Murray, M. (2014). Entering the world of sex offenders: an exploration of offending behavior patterns of those with both internet and contact sex offences against children. *Journal of Forensic Practice, 16*(2), 110 - 126. https://doi.org/10.1108/JFP-02-2013-0015

Barros, A. C. M. W. D., Deslandes, S. F., & Bastos, O. M. (2016). A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. *Cadernos de Saúde Pública, 32*(6), e00090415. https://doi.org/10.1590/0102-311X00090415

Berg, C., Beijersbergen, K., Nieuwbeerta, P., & Dirkzwager, A. (2018). Sex Offenders in Prison: Are They Socially Isolated?.*Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *30(7)*, 828-845. https://doi.org/10.1177/1079063217700884

Brasil (1940). *Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil (2008). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas . *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.

Brasil (2009). *Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos.* Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm

Brasil (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes*. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos. Recuperado de http:///.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf.

Brasil (2017). *Direitos Sexuais São Direitos Humanos*. Caderno Temático Nº 3. Brasília: Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Recuperado de http://www.cmdca.salvador.ba.gov.br/images/Downloads/Caderno_Temtico_2017_Final.pdf.

Brasil (2017a). Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: InfoPen mulheres*. Recuperado de http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf.

Brasil (2017b). Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. Recuperado de http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorio_2016_22-11.pdf.

Brasil (2018). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil nos anos de 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico volume 49 nº 27*. Retirado de https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf

Christensen, L. (2017). Child Sexual Offenders: The psychology of offending. In W. Petherick & G. Sinnamon (Eds.), *The Psychology of Criminal and Antisocial Behavior: Victim and Offender Perspectives* (pp. 439-458). UK: Elsevier.

Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L. (2015). A Preliminary Mapping of Individual, Relational, and Social Factors that Impede Disclosure of Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect, 43*, 123-134. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.010.

Comartin, E. B., Burgess-Proctor, A., Kubiak, S., Bender, K. A., & Kernsmith, P. (2018). Comparing Women's and Men's Sexual Offending Using a Statewide Incarcerated Sample: A Two-Study Design. *Journal of Interpersonal Violence* https://doi.org/10.1177/0886260518772110

Cortoni, F., Babchishin, K. M., & Rat, C. (2016). The Proportion Of Sexual Offenders Who Are Female Is Higher Than Thought. *Criminal Justice and Behavior, 20*(10), 1–18. https://doi.org/10.1177/0093854816658923

Costa, L. P. (2015). *Características Biopsicossociais entre Acusados de Agressão Sexual contra Crianças/Adolescentes em Contextos Intra e Extrafamiliar* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará). Recuperado de http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/11094

Costa, L. P., Rocha, C. J. B., & Cavalcante, L. I. C. (2018). Características Biopsicossociais entre Acusados de Agressão Sexual contra Crianças/Adolescentes em Contextos Intra e Extrafamiliar. *Temas em Psicologia, 26*(1), 283-295. https://doi.org/10.9788/TP2018.1-11Pt

Cruz, N. P. S., da Silva, M. C., Santos, H. L., & de Oliveira, C. M. (2019). Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde. *Revista Hum@nae*, *13*(2), 1-16. Recuperado de http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/687/244.

De Vries Robbé, M., Mann, R. E., Maruna, S., & Thornton, D. (2015). An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse, 27*(1), 16-33. https://doi.org/10.1177/1079063214547582.

Drury, A. J., Elbert, M. J., & DeLisi, M. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. *Child Abuse & Neglect*, *95*, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104035.

Erikson, E. (2011). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

González, A. M. R., Castillo, R. D., & González, M. P. L. (2018). Construcción de las representaciones sociales de la calidad de vida en diferentes etapas de la edad adulta.

Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología, 27(1), 149-168. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Javier_Capera_Figeroa/publication/325813584_En_foco_America_latina_Progressismo_y_restauracion_conservadora/links/5b26e398a6fdcc69746ae)b3/En-foco-America-latina-Progressismo-y-restauracion-conservadora.pdf#page=155.

Higgs, T., Cortoni, F., & Nunes, K. (2019). Reducing Violence Risk? Some Positive Recidivism Outcomes for Canadian Treated High-Risk Offenders. *Criminal Justice and Behavior, 46*(3), 359-373. https://doi.org/10.1177/0093854818808830

Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics, 137*(3), 1-15. https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079

Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(1), 182-198. https://doi.org/10.1590/1982–3703000202014

Hohendorff, J. V., Santos, S. S. D., & Dell'Aglio, D. D. (2015). Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. *Contextos Clínicos*, *8*(1), 46-54. http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.05

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Recuperado de https://www.ibge.gov.br/?id_pesquisa=40

Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(1), 37-55. https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1108944

Levenson, J. S., Willis, G. M., & Prescott, D. S. (2016). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care. *Sexual Abuse*, *28*(4), 340-359. https://doi.org/101177/1079063214535819.

Macedo, R. S. (2006). *Etnopesquisa crítica: Etnopesquisa-formação*. Brasília: Líber.

Madureira, A. B., Raimondo, M. L., Ferraz, M. I. R., de Vargas Marcovicz, G., Labronici, L. M., & de Fátima Mantovani, M. (2014). Perfil de homens autores de violência contra

mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 18*(4), 600-606. https://www.redalyc.org/pdf/1277/127732789007.pdf.

Marshall, W. L. (2018). A Brief History of Psychological Theory, Research, and Treatment With Adult Male Sex Offenders. *Current Psychiatry Reports, 20*(8), 1-8. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0920-0

Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., Wolff, L. S., & Costa, L. F. (2016). Intervenção psicossocial com o adulto autor de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Contextos Clínicos, 91* (1), 98-108. https://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.08.

Nicoletti, M., Giacomozzi, A. I. & Cabral, M. F. (2017). Análise de dois estudos de casos sobre abuso sexual cometido por mães. *Revista de Psicologia, 35* (2), 423 - 452. https://doi.org/10.18800/psico.201702.002

Oliveira, C. R. G. (2016). *Compreender o fenômeno da violação: Fatores de risco associados à prática da agressão sexual* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88326/2/169145.pdf

Penso, M. A., Conceição, M. I. G, Costa, L. F., Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., & Wolff, L. S. (2016). Perfil de ofensor sexual intrafamiliar adulto atendido em uma instituição de saúde. In L. F. Habigzang, L. C. A. Williams e P. I. C. Gomide (Eds), *A outra face da violência: o agressor em múltiplos contextos* (pp. 63-76). Curitiba: Juruá.

Prates, J. C., & Prates, F. C. (2012). Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. *Sociedade em debate, 15*(2), 111-125. Recuperado de http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/356/313

Reis, D. C., & Cavalcante, L. I. C. (2018). Autor de agressão sexual de criança/adolescente: Uma caracterização da produção sobre o tema. *Ciências & Cognição*, *23*(2), 263-276.

Said, A. (2017). Abuso sexual de vítimas do sexo masculino: notificações e prontuários no Distrito. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Recuperado de http://repositorio.unb.br/handle/10482/24561

Santos, C. A., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Sobrinho, C. L. N., Musse, J. O. & Costa, A. M. (2015). Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas à violação e vítimas. *Adolescência & Saúde, 12*(3), 7-20. http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=519&idioma=Espanhol.

Santos, M, J., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., & Monteiro, R. A. (2018). Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola – Brasil, 2010-2014. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27*(2), 1-10. https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200010

Serafim, A. P., Saffi, F., Rigonatti, S. P., Casoy, I., & Barros, D. M. (2009). Perfil Psicológico e Comportamental de agressores sexuais de crianças. *Revista Psiquiatria Clínica, 36*(3), 101-111. https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000300004

Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation?. *Archives of sexual behavior*, *41*(1), 231-236.

Setubal, C. B., Wolff, S. L., Stroher, L. M. C., Vieira, B. T., & Costa, L. F. (2019). "Não pode ser abuso... eu sou a mãe": ofensa sexual materna. *Revista de Psicología*, *28*(1), 1-12. http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.53956

Simões, C. F., & Amaral, S. C. (2018). A relação entre a escolaridade e a pobreza: uma análise das políticas para democratização do acesso ao ensino superior no Brasil. *Revista Brasileira de Ensino Superior, 4*(2), 21-43. https://doi.org/10.18256/2447-3944.2018.v4i2.2392

Souza, A. P. (2019). Direitos à educação dos apenados no Brasil: histórico e ornamento jurídico atual. *Revista Artigos.com, 2*(e805), 1-6. https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/805

Souza, E. T. & Parrão, J. A. O. (2017). A naturalização e reprodução do trabalho infantil doméstico terceirizado pela ralé-brasileira. *Encontro de Iniciação Científica, 13*(13), 1-18.http://interetemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6153/5855.

Vieira, M. S. (2018). Violência sexual contra meninas: do silêncio ao enfrentamento. *Libertas*, *18*(2), 101-116. https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18596.

Wolff, L., Oliveira, E. S. Marra, M. M., & Costa, L. F. (2016). O Recurso Psicodramático na Intervenção com o Adulto Autor de Ofensa Sexual. *Revista Brasileira de Psicodrama, 24*(2), 58-68. https://doi.org/10.15329/2318-0498.20160020

World Health Organization –WHO (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. Recuperado de http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf

World Health Organization –WHO (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization –WHO (2018). *INSPIRE: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf

10 Da socialização à ressocialização: etapas do ciclo vital de uma detenta em regime semiaberto

Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Jonas Carvalho e Silva
Ana Carolina Dias Salmeron

Introdução

O objetivo deste estudo foi o de identificar etapas do ciclo vital de uma mulher – que, em conflito com a lei, o delito cometido levou-a à prisão – a partir de experiências de integração na sociedade, em especial o período onde deixa o sistema fechado para se inserir em um processo de ressocialização através da profissionalização.

De acordo com a literatura atinente à questão das prisões, os dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Brasileiro (Infopen-Depen) informam que o Brasil é o quarto país com a maior população prisional do mundo, com 707 mil detentos. Até 2018 o número de presos já era 311% vezes maior do que na década de 2000. O déficit carcerário está em torno de 368 mil, com uma média de 80% correspondente às unidades masculinas e 20% às femininas. Sabe-se que existe no país uma população de quase 42 mil mulheres presas, o que representa 40,6 para cada grupo de 100 mil mulheres. Na análise por períodos, identificou-se que, entre os anos de 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento feminino cresceu 656%, enquanto a masculina aumentou 293% (Brasil, 2018).

O perfil social de mulheres presas indica predominância de jovens, pertencentes a extratos sociais de menor poder aquisitivo, com baixo nível de escolarização que resulta em menores chances de emprego e, como consequência, muitas delas encontravam-se desempregadas (Brasil, 2014). Além disso, o uso abusivo de drogas aumenta a probabilidade de mulheres se implicarem em uma atitude criminal, sendo este o delito mais comum entre essa população, com percentual de 68% (Ribeiro, 2017). A transgressão feminina ocorre predominantemente em função do tráfico de drogas, bem como é geralmente decorrente de relações com homens envolvidos nessa atividade.

Tendo em vista a progressiva participação da mulher no crime e levando em conta o papel que essa desempenha no contexto familiar, o cárcere feminino representa um crescente problema social. Salmasso (2004) apontou em seus estudos sobre essa temática que a criminalidade feminina possui uma relação com o ambiente social, ou seja, a autora salienta, desde então, a necessidade de se observar, em primeiro plano, em qual meio social essas mulheres estão inseridas (área de trabalho, ambiente doméstico, interações familiares e comunitárias) e, após, ressaltar as condições biológicas e psicológicas que podem contribuir para a incidência e o grau do delito.

Passada uma década, Silveira e Nardi (2014) reforçaram em sua pesquisa a importância de se conhecer a realidade na qual essas mulheres estão inseridas, além de analisar em conjunto a condição social delas antes de se envolverem com a criminalidade. As autoras acrescentaram, ainda, que alguns fatores sociais são mais recorrentes no encaminhamento para a criminalidade. Dentre eles destacam-se o desemprego, fome, falta de boa moradia, problemas como saúde e educação, desestrutura no seio familiar, entre outros.

Do ponto de vista da ressocialização, há a dificuldade de proporcionar, às mulheres presas, possibilidades de serem reintegradas na sociedade. Torna-se delicado oferecer condições de ressocialização às mulheres encarceradas no cenário atual do país, com dificuldades sociais e valores morais tradicionalistas (Barcinski, Cúnico, & Brasil, 2017). Como assinala Ribeiro (2017), a prisão não tem somente a função de punir, mas de recuperar a pessoa presa, ou seja, prestar assistência e auxiliá-la na sua reintegração social, bem como no mercado de trabalho. Essas funções são de responsabilidade do Estado, mas o que se percebe na literatura científica é, praticamente, uma inexistência de iniciativas voltadas aos egressos do sistema prisional.

Ademais, para Mueller (2014) a reintegração social dos egressos do sistema prisional deve ser compreendida como um processo a ser realizado antes, durante e após o cumprimento da pena. Dando atenção especialmente à mulher e as suas especificidades de gênero, a ressocialização se faz mais delicada pois, cumprida a pena, o retorno à sociedade geralmente pode tornar-se árduo (Mueller, 2014; O'Reilly, 2014). Portanto, a partir das ideias discutidas e a respeito do conceito de ressocialização, o presente capítulo visa conhecer o que levou a mulher entrar em conflito com a lei e a cometer o delito que

resultou em sua prisão, e como se realizou seu processo de ressocialização durante o período que cumpriu pena, bem como os desdobramentos em sua vida. Assim, deseja-se identificar a experiência que a mulher pesquisada tem do delito à vivência da prisão e sua saída a partir do processo de ressocialização.

A relevância acadêmica deste trabalho é produzir um conhecimento sobre essa realidade, na medida em que se discute a eficácia das estratégias de ressocialização vigentes. Portanto, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de identificar qual é, e como se estrutura esse processo de ressocialização e suas implicações em uma mulher que se tornou apenada.

Metodologia

A presente pesquisa tem como procedimento metodológico o Estudo de Caso. Esse método visa compreender fenômenos sociais complexos, salvando as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (Yin, 2004). Caracteriza-se como um estudo profundo de um fenômeno, que permite uma pesquisa ampla e detalhada (Pereira, Godoy, & Tecariol, 2009).

No estudo de caso, o fenômeno é observado em seu ambiente natural, os dados são coletados por diversos meios e a complexidade do caso é estudada intensamente, uma vez que um ou mais entes (pessoas, grupos, organizações) são examinados. Esse método requer uma situação que convoque a compreensão holística de um evento ou de uma situação em questão usando a lógica indutiva, ou seja, do específico para o geral. Sendo assim, o estudo de caso é um método que abrange um processo completo: planejamento, abordagens específicas à coleta e a análise de dados.

Local

O local da pesquisa foi em uma sala da Fundação de Amparo ao Trabalhador (Funap), local onde a detenta se prepara profissionalmente.

Participantes

A entrevista foi realizada com uma presidiária de 29 anos, integrante de um programa de profissionalização, que se encontra em regime semiaberto, portanto tendo que regressar no final do dia para a penitenciária feminina do Distrito Federal.

Instrumentos

Como instrumentos para a pesquisa, foi realizada uma entrevista com questões fechadas para desenhar o perfil sociodemográfico da detenta, e uma entrevista semiestruturada para elaborar o mapeamento do genograma familiar e o Ecomapa ou mapeamento das redes sociais, e a desenhar a Linha do Ciclo de Vida, procedimentos que identificaram os conflitos com a lei, o delito cometido, a prisão no regime fechado e o período do regime semiaberto. A entrevista levou em conta os aspectos sociodemográficos, atividades realizadas antes do encarceramento, informações sobre a família de origem e extensa, atividades econômicas, rotina no ambiente prisional, visitas, interações com os profissionais e outras presas.

De acordo com a perspectiva sistêmica, os genogramas ajudam as pessoas a diagramar os membros de uma família em relação a cada um, com o objetivo de observar padrões repetitivos e a estrutura e dinâmica familiar (McGoldrick, 2012). A partir dele, é possível compreender as estruturas e dinâmicas de cada família, que podem ser empregadas para dar sentido aos diversos sentimentos presentes nas relações familiares. Uma legenda é criada visando identificar as figuras desenhadas no genograma e ecomapa.

O estudo da transgeracionalidade, por meio do genograma, possibilita observar fenômenos repetitivos ao longo das gerações. Famílias, por exemplo, que costumam apresentar comportamentos de violência, bem como o envolvimento com drogas, geralmente apresentam problemas em seus vínculos afetivos. Esse fato torna-se um assunto de interesse institucional, ao passo que crianças e adolescentes poderão estar expostos a esses riscos (Bucher−Maluschke & Carvalho e Silva, 2018).

O ecomapa foi desenvolvido nos Estados Unidos e observa as relações que operam os membros da família com o seu contexto (Hartman, 2003). Por esse ângulo, o instrumento reflete o sistema ecológico que identifica padrões organizacionais da família e a natureza de suas relações com o meio, além de expor suas necessidades e seus recursos (Rempel,

Neufeld, & Kushner, 2007). Deve-se conter nele o contexto ecológico no qual a família está inserida (médico, igreja, áreas de lazer, educação, trabalho e relações pessoais). De uma forma gráfica, a construção de um ecomapa, permite, de forma sucinta, compor e estruturar as relações sociais e pessoais da família, possibilitar o aumento de informações e identifica as experiências de cada pessoa no ambiente comunitário (Bucher−Maluschke & Carvalho e Silva, 2018)

O Ciclo Vital representa os vários estágios que a pessoa passa ao longo de sua vida, bem como os desafios que encontram ao longo desse processo, desde o início de sua geração até a morte. As etapas são permeadas por crises, as quais podem ser previsíveis ou imprevisíveis, como em qualquer outro contexto. A análise permite uma visão panorâmica e focal do indivíduo (Cerveny & Berthoud, 1998). No contexto desse estudo – a identificação do ciclo vital –nos limitamos a conhecer as experiências de vida da participante em relação ao conflito com a lei, a realização do delito, a prisão e a entrada no regime semiaberto.

Procedimentos

Com as respostas da entrevista foram elaborados os três mapeamentos (genograma, ecomapa e ciclo vital) para a obtenção das informações que permitiram descrever o contexto em que o delito se realizou e as condições da tomada de consciência dessa realidade. Os dados obtidos com os instrumentos foram analisados a partir da seguinte perspectiva: a vida da mulher antes de cometer o delito; sua vida durante a prisão e, por último, como ficou após o cárcere em regime fechado e a entrada na Funap – todos esses aspectos eram enfocados na perspectiva da ressocialização –. Por fim e, juntamente com todos os procedimentos citados, a observação foi um ponto essencial, uma vez que o olhar do pesquisador é fundamental para a realização de um bom estudo.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Uniceub, em conformidade com a Plataforma Brasil, que atendeu as diretrizes éticas nacionais quanto às resoluções nº 446/12 e nº 510/16 CNS/MS. O parecer número 3.026.011. CAAE: 00261018.0.0000.0023. aprovou e permitiu a realização da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pela participante e que recebeu uma cópia.

Resultados

Perfil sociodemográfico da participante

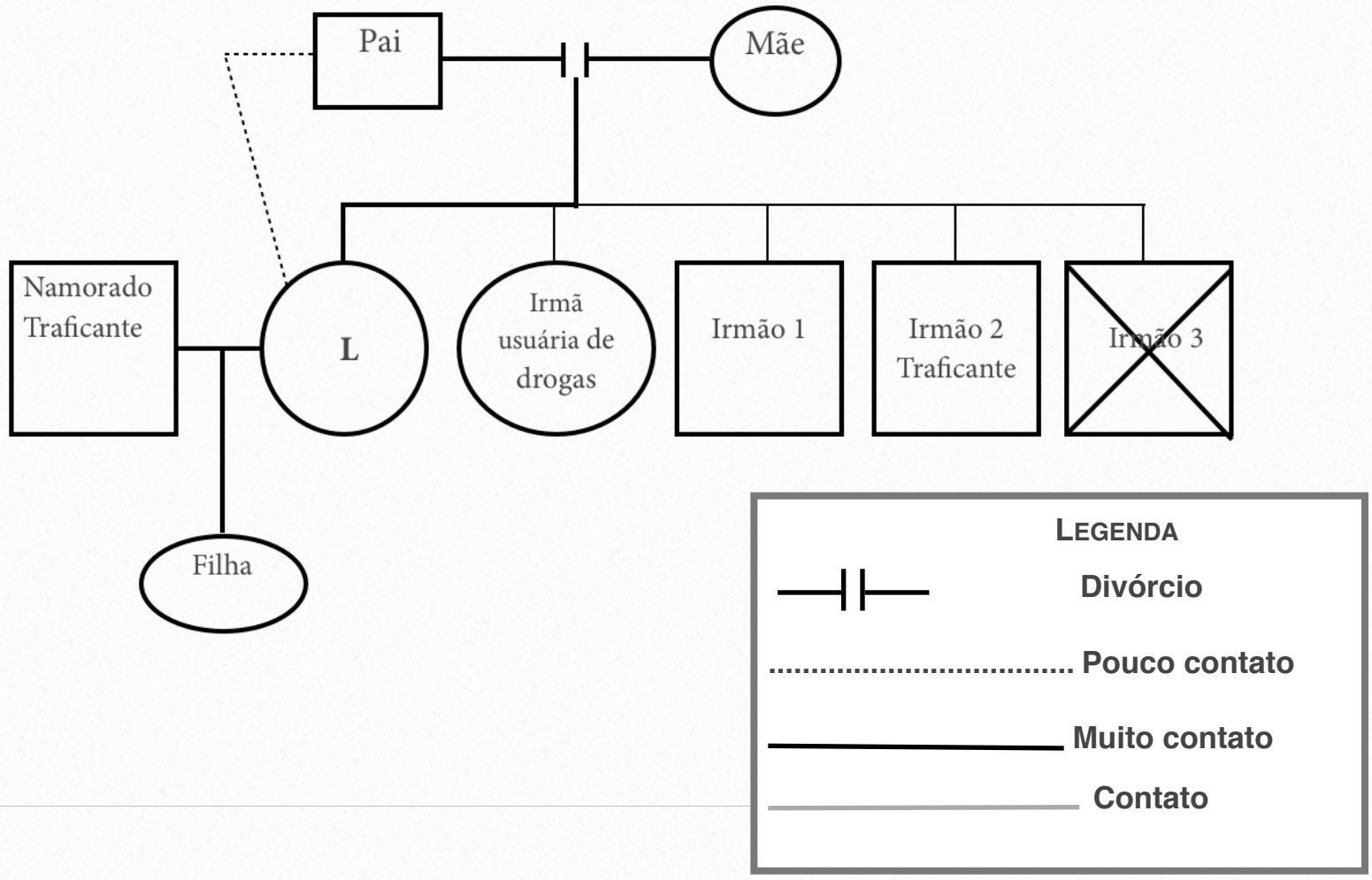
L., é uma mulher de 29 anos, solteira, nascida em Brasília e mãe de uma filha de nove anos de idade. Ela relatou o fato de ter passado muitas necessidades na vida, como fome, chegando a ficar dois dias inteiros sem comer durante a sua vida anterior ao envolvimento com o crime. O delito cometido por ela foi o tráfico de drogas, tendo como pena 20 anos e 8 meses de reclusão e, no momento da coleta de dados, cumpria a pena em regime semiaberto.

1-Narrativa sobre a vida antes da prisão

De acordo com a visualização gráfica do ecomapa e do genograma sobre o período anterior a prisão (Fig. 1 e Fig. 2), os pais de L. eram separados e ela não possuía muito contato com o pai. Ela tinha quatro irmãos, mas um deles morreu assassinado em consequência de uma briga. Iniciou uma relação e a filha que possui atualmente é fruto desse namoro. Quando L foi presa a criança tinha dois anos, e foi criada pela avó materna desde então. A participante, em consequência da pouca alimentação e dos parcos recursos econômicos, fazia biscates levando drogas para vender e render algum dinheiro.

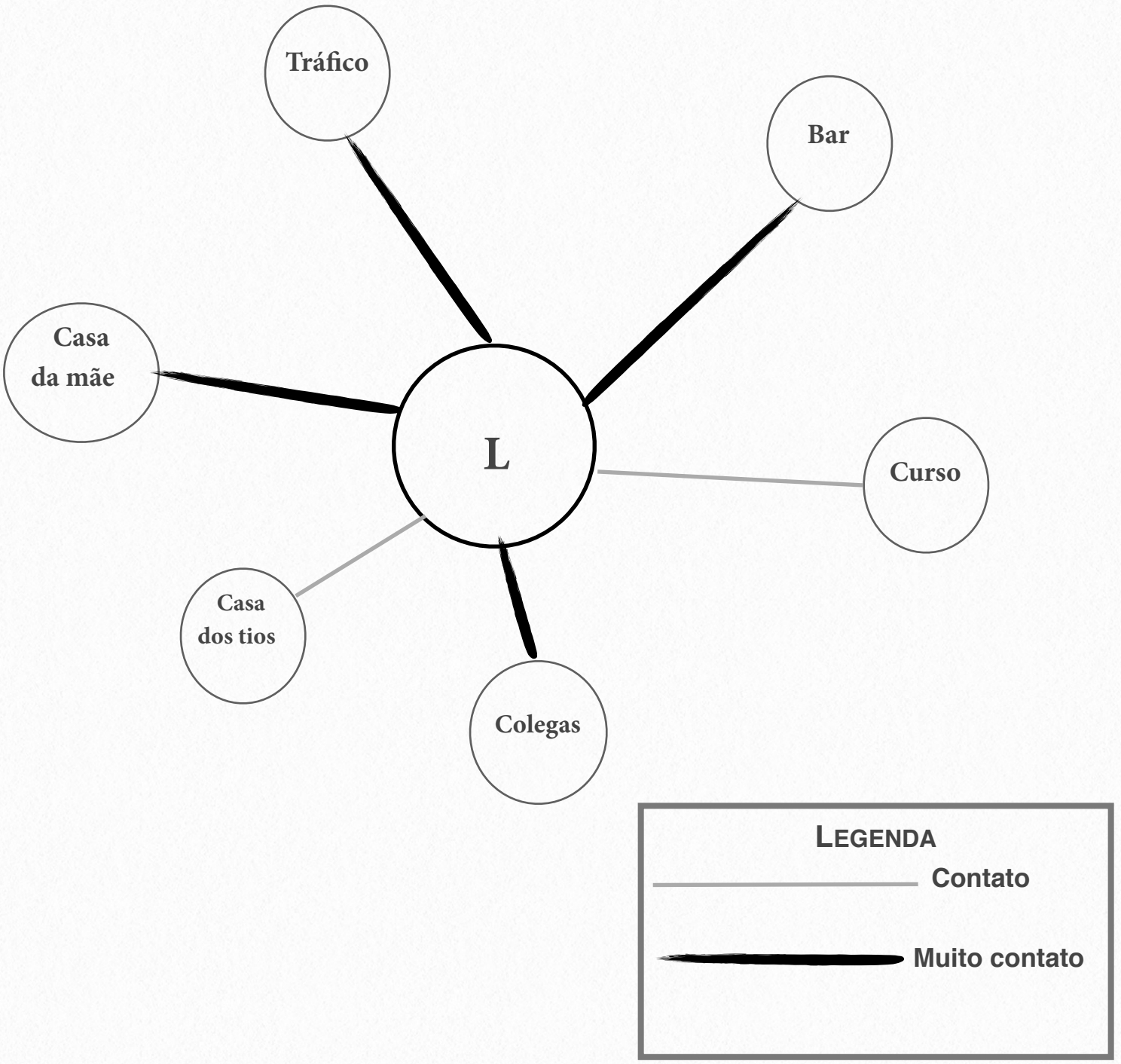
Antes de ser presa, L. vivia com o pai de sua filha. Ele também traficava e foi preso antes dela, por tráfico e outros delitos, como homicídio e assaltos. Com o nascimento da filha, L., se desfez das armas de fogo e das drogas que havia em casa, porém o seu telefone já se encontrava grampeado pela Justiça. Ela relatou que na época a família tinha um carro, uma moto e uma casa própria, tudo comprado com o dinheiro do tráfico. Quatro meses após o grampeamento, a polícia conduziu a apreensão em flagrante de L.

Figura 1
Genograma antes da prisão



Antes de se relacionar com o pai de sua filha, L. já havia pensado no tráfico como uma forma de fazer justiça, uma vez que não conseguia aceitar o assassinato do seu irmão. Além disso, seu outro irmão também foi preso por tráfico e sua irmã é usuária de droga. Antes de ser presa, L. fazia o uso de cocaína, mas relata que não era viciada, conseguia controlar o uso. Nessa época, L. tinha vontade de estudar e se formar, mas segundo ela, não as colocava como prioridades em sua vida. Não trabalhava, frequentava um curso profissionalizante, mas que não chegou a concluir. Além disso, L. estava sempre indo para bares com os amigos e/ou familiares.

Figura 2
Ecomapa antes da prisão



2- Narrativa sobre a vida durante a prisão

L. foi condenada à pena de 20 anos e 8 meses de reclusão pelo tráfico de drogas. No momento da coleta de dados fazia sete anos que ela estava cumprindo a pena e há um ano havia progredido para o regime semiaberto, ou seja, durante o dia ela saia para trabalhar no programa de profissionalização e à noite voltava para dormir na prisão. A participante relata que a maior dificuldade do semiaberto é, justamente, precisar voltar à noite para a prisão, não havendo chances de poder dormir em casa.

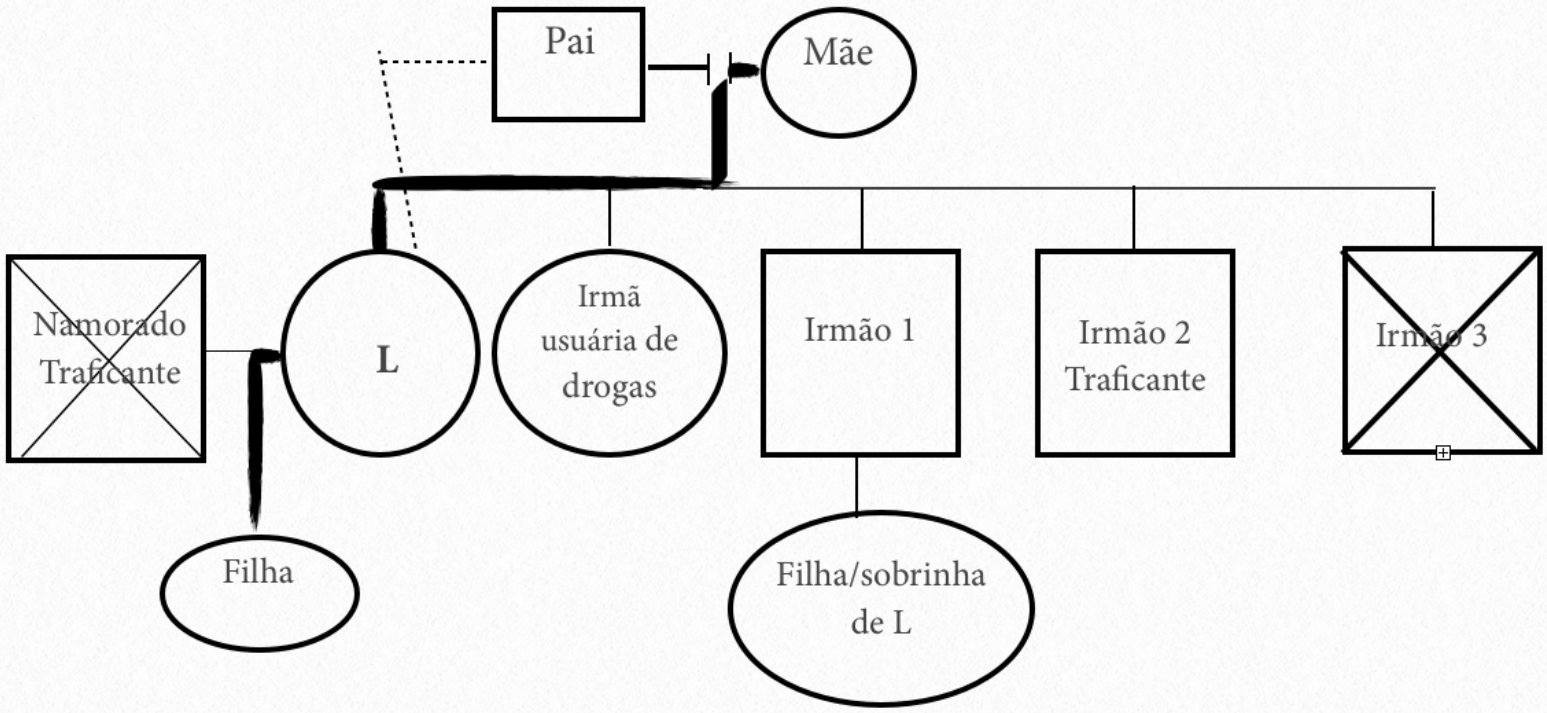
L. caracteriza a sua estadia na prisão como um período de muita aprendizagem. Lá ela concluiu o ensino médio, além de fazer vários cursos que eram propostos pela penitenciária, como artes, cursos de fotografia e pintura. No momento, ela afirmou que não há mais tantas ofertas de cursos, uma vez que a prisão está direcionando as suas atividades para o trabalho daquelas pessoas que precisam sustentar os seus familiares fora da penitenciária.

Ademais, a entrevistada falou sobre a falta de higiene e a superlotação das celas. Dentro de sua cela há dez mulheres, mas apenas oito camas, obrigando duas delas a dormirem no chão com colchonete. Além disso, a limpeza de cada lugar é de responsabilidade das presidiárias, mas L. afirma que a prisão não disponibiliza os produtos de higiene necessários para a limpeza.

3- Narrativa da vida após a prisão em regime fechado e agora no semiaberto

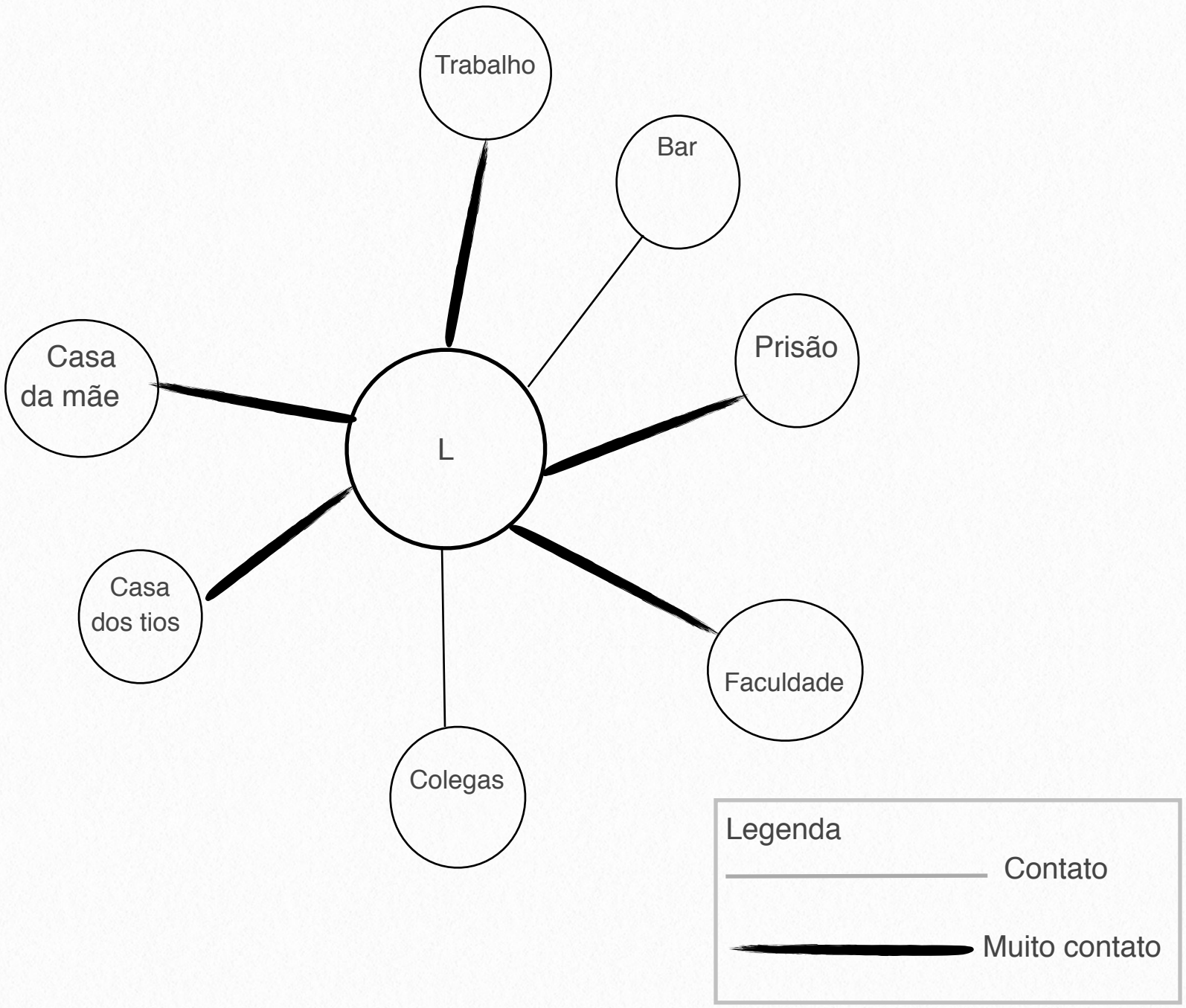
Após a progressão para o regime semiaberto, o genograma e o ecomapa da atual situação podem ser vistos na Figura 3 e na Figura 4, respectivamente. L. está solteira e a sua filha continua morando com a avó materna. A participante salienta o seu sentimento de insegurança ao sair da prisão, uma vez que não sabe como seria sua vida dali para frente, mas que agora encontra-se tranquila e adaptada.

Figura 3
Genograma após a ida para o regime semiaberto



Por ter ficado tanto tempo longe da família, sua relação com a mãe, que hoje é alcoólatra, não é tão boa. Diz não ter muita paciência com ela, e antes da prisão preferia passar alguns dias dos finais de semana na casa da irmã. Além disso, quando sair do regime semiaberto L. pretende sair com amigos e familiares para bares, como fazia antes de ser presa.

Figura 4.
Ecomapa após a ida para o regime semiaberto

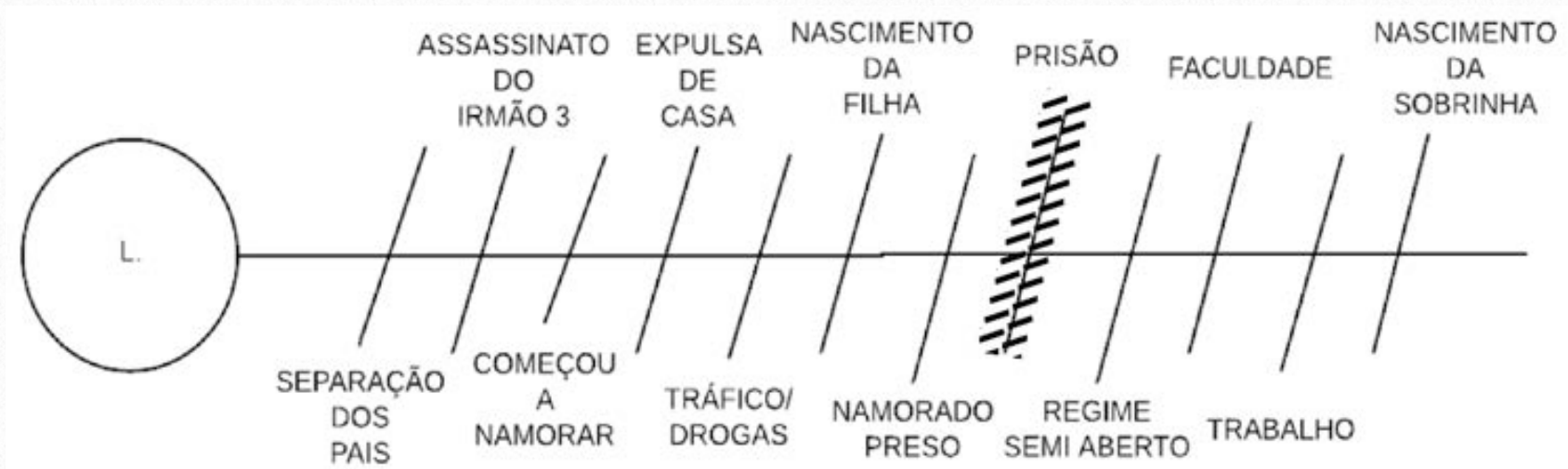


A entrevistada cursa, durante o período da noite, o curso de Gestão Pública em uma faculdade particular de Brasília, retornando para dormir na prisão após o término das aulas. Ela lamenta ter perdido sua juventude e alguns bens materiais, como sua casa, moto e carro. Hoje, a entrevistada coloca como prioridade os seus estudos, visando se formar. Além disso, indica uma vontade de cursar Direito, uma vez que acredita que pode ajudar outras pessoas que estão passando pela mesma situação que ela passou por ignorância.

A partir do ciclo vital de L., mostrado na Figura 5, é possível observar um pouco de sua trajetória desde antes da prisão até o momento da coleta de dados. Como visto, seus

pais se divorciaram e um de seus irmãos foi assassinado. L. iniciou seu relacionamento e, logo depois, entrou para a criminalidade. Teve sua filha com seu namorado na época e, quando ela tinha dois anos, o pai da criança foi preso. Ela também foi presa meses depois. Após sete anos cumprindo pena, L. encontra-se em regime semiaberto, faz faculdade e trabalha. Além disso, seu irmão teve uma filha, provocando o aumento da família extensa da entrevistada.

Figura 5
Ciclo vital antes e depois da prisão



Discussão

A partir das informações e dados obtidos através da entrevista semiestruturada, observa-se que não ocorreram tantas mudanças nas atividades de lazer de L. antes e após a progressão para o regime semiaberto. Como mostrado nas figuras 3 e 4, L. costumava sair para bares com familiares e amigos. Em contrapartida, ao falar de sua vida afetiva, L., após ser presa, terminou o relacionamento com o pai de sua filha, não havendo mais contato com ele hoje em dia. Os estudos de Dagnoni e Garcia (2014) indicam que as pessoas tem potencial para a troca mútua em relações recíprocas, sejam românticas ou de amizades. Isto favorece a motivação para a satisfação das necessidades psicológicas básicas, tais como a autonomia, a pertença ou a competência.

Além disso, a entrevistada colocou novas prioridades nessa fase em que vive: sua educação. L. está estudando e visa se formar. Para mais, antes de ser presa, não trabalhava, diferentemente de hoje em dia, pois no regime semiaberto tem a oportunidade de trabalhar na Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso. Desta maneira, o comportamento pode ser regulado por motivação intrínseca, a partir de um maior grau de autonomia, onde o indivíduo age por interesse e por prazer na atividade em si (Dagnoni & Garcia, 2014). Assim, os maiores índices de motivação autônoma garantem os comportamentos positivos na interação da detenta.

Como visto a partir do perfil sociodemográfico da participante, L. é uma jovem de 29 anos, mas foi presa aos 22. Estava desempregada e apenas fazia um curso profissionalizante. Seu principal delito, como já mencionado anteriormente, foi o tráfico. Viafore (2005) corrobora com esse dado de que as mulheres presas são na maioria jovens, pobres, pouco escolarizadas e desempregadas. Além disso, segundo L., ela fazia o uso de droga. O uso de drogas aumenta a probabilidade de mulheres se implicarem em uma atitude criminal e o tráfico é o delito mais comum entre essa população (Ribeiro, 2017).

Como apontam Souza e Silveira (2018), é de grande importância explorar a realidade na qual as mulheres que cometem um delito estão vivendo como, por exemplo, analisar a condição social em que se encontravam antes de se envolverem em crimes. Os mesmos autores apontam a desestrutura no seio familiar como um dos fatores mais recorrentes no encaminhamento para a criminalidade. No caso de L., ela demonstrou uma certa indignação decorrente do assassinato de um de seus irmãos, o que a influenciou, juntamente com o seu namorado, na entrada para a criminalidade, como uma forma de fazer justiça, embora tenha mencionado o ganho fácil que lhe permitiu ter casa, carro e outros benefícios.

Silveira e Nardi (2014) indicam que há uma dificuldade em proporcionar às mulheres presas possibilidades de serem recuperadas do ponto de vista social. Entretanto, observou-se na entrevista a presença de diferentes cursos que eram disponibilizados para L., como cursos de artes e fotografias. E como aponta O'Reilly (2014), as penitenciárias devem, justamente, ser um lugar onde existam programas de atividades construtivas que auxiliem os presos a melhorarem sua condição de vida, além do cumprimento da pena imposta.

Além disso, a entrevistada, em regime semiaberto, encontra-se trabalhando na Fundação de Amparo ao Trabalhador que cumpre pena, a qual ampara e permite a geração de renda das pessoas em progressão da pena criminal, auxiliando o seu retorno à sociedade. E como assinalam outros pesquisadores, a prisão não tem só a função de punir, mas de reintegrar o preso, prestando-lhe assistência e auxiliando-o na sua reintegração social, bem como no mercado de trabalho, para que possa ser restituído de maneira efetiva e evitar a reincidência (Amazonas, Damasceno, Terto, & da Silva, 2003; Mueller, 2014; Ribeiro, 2017).

Autores internacionais apontam, ainda, que as penitenciárias não devem ser as únicas a carregarem a responsabilidade de conseguir a efetiva e completa ressocialização do indivíduo (Barcinski et al., 2017; Lancelevée, 2016; Roman, 2016), mas deve-se pensar, também, na existência de outros meios de controle social, como a família, escola, igreja, entre outros. L. parece não possuir tanto apoio de sua família quando se diz respeito à reinserção na sociedade, uma vez que sua mãe é alcoólatra e brigam com frequência, além de não possuir contato com o seu pai. Entretanto, hoje em dia, a entrevistada está estudando em uma faculdade e visa se formar para que possa ajudar outras pessoas que passam pela mesma realidade que ela passou. Além disso, L. conta com a ajuda de alguns tios e irmãos ainda vivos e, aos poucos, diz voltar a frequentar lugares que já frequentava antes de ser presa, como os barzinhos.

Gonzales, Lima, Lopes, Júnior, e Negreiros (2016) orientam que a ressocialização do indivíduo, como finalidade da execução penal, não produz os resultados esperados. A partir da pesquisa e análise dos dados, confirma-se a dificuldade que os presidiários ainda enfrentam após sua saída da prisão. Como bem afirma L., as oportunidades para quem já foi preso, infelizmente, ainda são poucas.

Os dados apresentados pelo Infopen sobre as condições das penitenciárias em números, constatam o primeiro problema carcerário, que é a superlotação (Brasil, 2018). Tal fato pôde ser constatado quando L. relatou que se encontram dez mulheres em sua cela, mas são disponibilizadas apenas oito camas. Além disso, faz-se pertinente apontar para o problema da higienização nesses lugares. Como visto, no caso da penitenciária da entrevistada, elas mesmas é que são responsáveis pela higiene e limpeza de seu próprio espaço mesmo com a carência de materiais de limpeza. Este dado corrobora com a

realidade das prisões brasileiras, em ambientes caracterizados pela superlotação e estruturas precárias de higiene, onde faltam médicos e outros profissionais de saúde, que não controlam ou previnem o agravamento de doenças tratáveis, a exemplo da Aids, tuberculose, hanseníase e infecções de pele (Leal et al., 2017).

Conclusão

O estudo atingiu o seu objetivo ao identificar as etapas do ciclo vital de uma mulher cumprindo pena em um presidio feminino do Distrito Federal. Nesse contexto constata-se que a falta de estudos, a entrega ao mundo do tráfico, a falta de oportunidades de inserção na sociedade legal, é somente possível a partir de um processo de ressocialização no sistema prisional e/ou fora dele.

Os conflitos da detenta com a lei surgem, segundo o seu relato, em consequência de uma família com pouca estrutura de apoio. O pai que parte, a mãe dependente de álcool, um irmão assassinado, parcos recursos econômicos e o encontro com alguém que a ajuda a entrar para o tráfico de drogas, e que transforma a sua vida com a aquisição de bens materiais, casa, carro e outros confortos. De uma situação vulnerável, ela passou a viver em risco, na medida em que convive com o comércio ilegal de armas e drogas, o que fez ocorrer a vigilância da polícia. Até a apreensão das armas e drogas e a própria prisão posterior à do companheiro.

Os resultados corroboram com pesquisas feitas anteriormente, à medida que se observa o sistema prisional como sendo ainda um ambiente pouco investigado no que concerne as experiências de ressocialização que ele tem que oferecer. Neste estudo percebe-se que ainda é um fenômeno precário, com a necessidade de grandes ajustes para que, realmente, seja efetivo. Além disso, é de extrema importância não só a ajuda e o auxílio das penitenciárias, mas da sociedade como um todo, uma vez que uma ex-presidiária ainda é vista com certos estigmas e preconceitos, o que afeta, também, as poucas ofertas de trabalho.

Diante disso, é indispensável a efetiva humanização, por meio de políticas de educação e assistência, facilitar o acesso das detentas e suas famílias a políticas sociais capazes de tornar esse retorno à sociedade em condições normais de convivência.

Percebeu-se na narrativa da detenta que a questão da superlotação e falta de higiene nas prisões não atende o princípio da individualização da pena, dificultando manter a dignidade dessas pessoas em tal local. Em contraposição, nota-se um resultado positivo no que tange aos processos de ressocialização, uma vez que a detenta relatou diferentes cursos e atividades que lhe foram propostos no interior do presídio.

À vista disso, espera-se o reconhecimento e a garantia dos direitos das mulheres, que lhe são inerentes, intrínsecos do ser humano e se encontram inscritos na Constituição Federal e na Lei de Execuções Penais. Faz-se necessária, portanto, a realização de novas pesquisas que estejam em constante atualização a respeito dessa temática, bem como a indispensabilidade de um olhar mais profundo às políticas públicas.

Referências

Amazonas, M. C. L. de A., Damasceno, P. R., Terto, L. de M. de S., & da Silva, R. R. (2003). Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*, *8*, 11–20. https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300003

Barcinski, M., Cúnico, S. D., & Brasil, M. V. (2017). The Meanings of Re-Socialization to Correctional Offi cers in a Women's Prison: Between Care and Control. *Temas em Psicologia*, *25*(3), 1271–1283. https://doi.org/10.9788/TP2017.3-16En

Brasil. (2014). *Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.* Documento Basilar para a Elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM n°210/2014. Brasília.

Brasil. (2018). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres.* (Vol. 2). Recuperado em http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres

Bucher−Maluschke, J. S. N. F., & Carvalho e Silva, J. (2018). O uso de instrumentos interventivos com crianças e adolescentes em acolhimiento institucional na perspectiva bioecológica. In L. I. C. Cavalcante, C. M. C. Magalhães, L. da S. Corrêa, E. F. Costa, &

D. A. Cruz (Eds.), *Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: teorias e evidências científicas para boas práticas.* (1ª ed., pp. 315–324). Curitiba: Juruá.

Cerveny, C. M. O., & Berthoud, C. M. E. (1998). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dagnoni, J. M., & Garcia, A. (2014). Dependência química , amizade e desenvolvimento. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, *7*(1), 17–26.

Gonzales, B. C. H., Lima, L. M., Lopes, L. V. V., Júnior, W. L. T. X., & Negreiros, W. (2016). Ressocialização do apenado: dificuldades no retorno ao seio social. *Jornal Eletrônico*, *2*(8), 243–256.

Hartman, A. (2003). Family policy: Dilemmas, controversies, and opportunities. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 635–662). https://doi.org/http://dx.doi.org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.4324/9780203428436_chapter_23

Lancelevée, C. (2016). Quand la prison prend soin? Férer les troubles mentaux dans un établissement pénitentiaire allemand pour femmes. *Sociétés Contemporaines*, *103*(3), 91. https://doi.org/10.3917/soco.103.0091

Leal, M. do C., Domingues, R. M. S. M., Larouzé, B., Pereira, A. P. E., Sánchez, A. R., & Ayres, B. (2017). Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, *33*(11), 1–15. https://doi.org/10.1590/0102-311x00183616

McGoldrick, M. (2012). *Genogramas: Avaliação e intervenção familiar* (3ª ed.). M. McGoldrick, R. Gerson, & S. Petry, eds.). Porto Alegre: Artmed.

Mueller, B. (2014). Reintegração social do egresso do sistema prisional e o papel da Psicologia: estudo de caso. *Cadernos de Segurança Pública.*, *1*(1), 1–10.

O'Reilly, M. F. (2014). Opening Doors or Closing Them?: The Impact of Incarceration on the Education and Employability of Ex-Offenders in Ireland. *The Howard Journal of Criminal Justice*, *53*(5), 468–486. https://doi.org/10.1111/hojo.12086

Pereira, L. D. T. K., Godoy, D. M. A., & Tecariol, D. (2009). Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *22*(3), 422–429.

Rempel, G. R., Neufeld, A., & Kushner, K. E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, *13*(4), 403–419. https://doi.org/10.1177/1074840707307917

Ribeiro, F. (2017). A reinserção social da ex-presidiária no mercado de trabalho. *Revista de Ciências do Estado.*, *2*(1), 357–379.

Roman, P. (2016). Les relations parent-efant en prison: entre attentes parentales et empêchements, une parentalité en souffrance. *Dialogue Familles & Couples*, (211), 13–26.

Salmasso, R. C. (2004). Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, *1*(1), 16–31.

Silveira, R. da S., & Nardi, H. C. (2014). Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade*, *26*(spe), 14–24. https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500003

Souza, R. L., & Silveira, A. M. (2018). Egressos do sistema prisional no mercado formal de trabalho: oportunidade real de inclusão social? *Revista de Políticas Públicas*, *21*(2), 761–780.

Viafore, E. (2005). A gravidez no cárcere brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. *Direito&Justiça*, *31*(2), 91–108.

Yin, R. K. (2004). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

11 “A pessoa não te enxerga no dia a dia”: a invisibilidade das mulheres no trabalho de limpeza em Instituição de Ensino Superior

Carla Antloga
Noemia de Morais Santos
Rosana Lia de Souza Ferreira

O trabalho é, na atualidade, uma categoria central para pensar relações, inclusive a que um sujeito tem com ele mesmo, uma vez que o trabalho transforma o ser, transcendendo o próprio trabalhar, suas atividades e técnicas, e permeando a subjetividade do/a trabalhador/a, assim como as suas relações sociais (Dejours, 2004; 2013).

O trabalho de limpeza é âmbito oportuno para pensar essa construção sensível da vivência humana e seu reconhecimento, que percorre corpos, seus sentidos e seus encontros, posto ser um trabalho que carrega, em si, amplas contradições: é um trabalho visto quando não é feito; é necessário e importante, mas pouco reconhecido e implica, necessariamente, o corpo de quem o faz, apesar desse corpo também não ser percebido como algo importante para o próprio trabalho.

O trabalho com a limpeza se caracteriza como cíclico, repetitivo, servil e rapidamente consumido, que se aproxima da ideia de labor (Arendt, 2007), o que marca a percepção social dos seus efeitos. Uma sala, um corredor ou um banheiro recém limpos apresentam um ponto inicial para a sujeira e a necessidade de um novo processo de limpeza. Interrupções no meio do trabalho também implicam em necessidade de uma nova limpeza. A sujeira, que é o oposto do trabalho da limpeza, é visível, enquanto a limpeza é invisível, apesar dos seus cheiros e sensações. A marca dessa atividade, principalmente a do trabalho bem feito, é invisível, levando à falta da sua percepção, o que é visível é o não trabalho.

Dejours (2004) compreende que "tornar visíveis as descobertas de sua inteligência e seu saber-fazer é o meio de se obter reconhecimento dos outros" (p. 33). Portanto, a rapidez da degradação da limpeza interfere na organização e no reconhecimento do trabalho, conduz trabalhadores a confrontar fatores desgastantes e elaborar procedimentos defensivos (Dejours, 1987).

As próximas linhas objetivam compreender como as trabalhadoras do serviço de limpeza de uma instituição de ensino superior percebem bem-estar e mal-estar no trabalho, a partir da observação da dinâmica do reconhecimento e seus desdobramentos.

Limpar como trabalho é espaço complexo para compreensão de identidades, uma vez que os vínculos entre trabalhador/a e trabalho se dão de forma singular. Por um lado, o possível não reconhecimento simbólico e material favorece um desprazer e uma consequente experiência negativa com o trabalho, por outro uma positividade associada à formalidade do emprego que é fonte de renda e sentimentos de pertencimento e acolhimento (Bendassolli, 2012).

Essas desafiadoras configurações das experiências no trabalho de limpeza e sua dinâmica de reconhecimento podem inviabilizar forças motivacionais e dificultar o sentimento de prazer e bem-estar, além de não preencher expectativas do/a trabalhador/a, que possivelmente empregará mecanismos de defesa para evitar ou enfrentar doenças mentais (Oliveira, Perez-Nebra, & Antloga, 2016; Torres, Ferreira, & Ferreira, 2016). De uma forma ou de outra, a realidade objetiva vivida pelo/a trabalhador/a torna-se subjetiva e objetiva-se nas ações do indivíduo (Lane, 1995, citado em Diogo, 2007). Essa constituição das subjetividades sustenta-se nas atividades e condições materiais dos sujeitos no contexto sociocultural e suas relações. Assim, as percepções, os sentimentos e os sentidos atribuídos ao trabalho de limpeza são variados e ligados à vivência de experiências e identidades. Trabalhar exposto à sujeira, portanto, tem o potencial de sujar. Sendo assim, uma representação moral da sujeira (Oliveira, Perez-Nebra, & Antloga, 2016; Torres, Ferreira, & Ferreira, 2016) pode embaçar visões e tratamentos em direção ao/à trabalhador/a.

Insatisfações estabelecem-se entre os trabalhadores que têm como produto a limpeza e seus consumidores que deixam como retorno a sujeira, as quais são ações cíclicas. Sendo assim, os sofrimentos em função do trabalho são consequentes e são, também, mediados

no social, principalmente (Sawaia, 2001). A interferência da sujeira no reconhecimento da qualidade do trabalho modifica a valorização de todo o processo de trabalho e seus esforços. No/a trabalhador/a gera sofrimento e a impossibilidade de sua transcendência apenas pelo trabalho de limpeza e sua característica efêmera e contraditória quanto à visibilidade. Encontro com esse real do trabalho possibilita mal estares, além de possíveis manifestações psicopatológicas (Dejours, 2004). Prejudicando, portanto, a dinâmica do reconhecimento, como um processo de retribuição material (Carlotto, 2003; Sznelwar , Lancman et al., 2004; Diogo, 2005; Nunes, 2014) e simbólica interpessoal, que é central na construção identitária e subjetiva, de prazer no trabalho e integra a autorrealização no social e numa história coletiva (Bendassolli, 2012).

Para Dejours (2013), o reconhecimento associado ao trabalho abrange dois modos de julgamento: referente à utilidade social, econômica e técnica; e à beleza, ligada à qualidade do trabalho. O reconhecimento é essencial para o estabelecimento de prazer e fortalecimento de autoestima durante o enfrentamento dos desafios e de sofrimentos. Sentimentos de utilidade e de pertencimento ao coletivo – construídos por meio do reconhecimento do trabalho – permitem um melhor sentimento por si mesmo e de sentido do trabalho, propicia também satisfação e manutenção da vontade de trabalhar. No mesmo sentido do primeiro modo, Honneth (2003) compreende que o reconhecimento reside em normativas e expectativas, seus acordos e conflitos, pertinentes aos diferentes grupos sociais. Em sua teoria, a "autorrelação positiva" do sujeito se constitui continuamente de forma intersubjetiva e está diretamente relacionada ao reconhecimento pelos outros na interação. O sujeito se manifesta em diferentes esferas sociais, sendo que o trabalho é uma delas, na qual há o reconhecimento social das capacidades individuais e suas contribuições para o coletivo, que influencia a estima social e a identidade. Sendo assim, a ausência do reconhecimento tem impacto sobre sentidos de solidariedade e boa convivência dentro do coletivo.

A psicodinâmica do reconhecimento ressalta as relações interpessoais para compreensão que o reconhecimento do outro para o trabalho certifica o reconhecimento do/a trabalhador/a (Bendassolli, 2012), especialmente no caso em que um vínculo entre o/a trabalhador/a e o trabalho é inconsistente e frágil (Torres et al., 2016). Quando o sujeito se reconhece no que faz e torna-se independente desse reconhecimento

interpessoal, há uma determinação interna que supera uma externa e contribui para critérios subjetivos para a percepção do bem-estar e até mesmo do trabalho bem feito (Bendassolli, 2012). O/A trabalhador/a da limpeza pode identificar-se com o trabalho e suas atividades, entretanto esta sensação não pavimenta o reconhecimento e, por causa de uma visão social pejorativa para o trabalho, pode até contribuir negativamente para um autorreconhecimento na atividade. A cobrança de um reconhecimento autônomo seria uma outra exigência para uma categoria já fragilizada em sua identidade. Na ausência de uma ritualização do reconhecimento dentro de dispositivos institucionais, há impedimentos para o desenvolvimento dessa autonomia e, porventura, há impactos na autoestima (idem, 2012).

O esvaziamento de fontes de reconhecimento confluem para a autopercepção do/a trabalhador/a da limpeza, que em situações cotidianas percebe o não reconhecimento com os desagrados e desagradadores, confirmando o que seria a estigmatização dele(a) a partir da sujeira. O dia a dia dos trabalhadores é permeado por esses encontros desafortunados – mas não só – os quais têm o potencial de afetar ou de afecção, usando termo de Espinosa (2009). Este filósofo compreende que dos encontros emergem afetos que potencializam ou não o agir. Logo, alegria e tristeza nos encontros aumentam ou diminuem potências. Embora dependa dos afetos subjetivos e dos julgamentos pessoais do trabalhador da limpeza, um bom encontro entre corpos e/ou ideias determinaria aumento de potência para ação de trabalhar ou de limpar. Em oposição, o mau encontro decompõe a potência e prejudica a ação. Os encontros cotidianos marcam as atividades do serviço da limpeza e podem transformar estados e capacidades de suportar e de fazer (Deleuze, 2002).

A potencialização causada pelos encontros acha sua magnitude nos afetos (Espinosa, 2009) que podem ou não ser expressos, mas constituem e marcam as experiências individuais, exigindo um manejo das ações em frente do encontrar, nem que seja uma olhada para o chão. Ainda que alguns encontros sejam mais atropelos, todos eles constituem base para compreender essa composição da potência para o agir e desafiam o/a trabalhador/a da limpeza. Ao falar sobre a ética de Espinosa, Deleuze (2002) entende que fazer parte de um encontro é abrir múltiplas dimensões para afetos e ações, que dependem das significações da singularidade de cada sujeito. É espaço para, talvez,

transformar atividades e sensações em muitas e inesperadas direções. Variadas possibilidades emergem dos encontros cotidianos do serviço de limpeza, até mesmo a de reconhecimento, e são vividas e acolhidas pelos sujeitos ali presentes pavimentando suas experiências com o que seria limpo ou sujo.

Campo

O estudo contou com a participação de dez mulheres trabalhadoras do serviço de limpeza de uma instituição de ensino superior. Primeiramente, foram feitas entrevistas individuais, seguindo roteiro semiestruturado com as seguintes perguntas: 1) O que é bem-estar no trabalho?; 2) Para você, o que proporciona bem-estar no seu trabalho?; 3) Para você, o que proporciona mal-estar no seu trabalho?; 4) Como você enfrenta as situações de mal-estar?; 5) O que você sugere para aumentar o bem-estar? e 6) Você acha que o fato de ser mulher influencia para que algumas dessas situações de mal-estar aconteçam? Após esse momento, passou-se para análise dos conteúdos, por meio de transcrição das entrevistas e, também, a inclusão dos corpus textuais no *software* Iramuteq. As trabalhadoras receberam codinomes que fazem referência a mulheres destaque para as autoras, a saber: Marie, Malala, Donna, Rosa, Penha, Anne, Nise, Clarice, Anita e Bertha. As exclamações e interrogações das trabalhadoras da limpeza inspiraram e trouxeram destino a visita à literatura associada à psicodinâmica do trabalho feminino e permeiam explicitamente as presentes reflexões.

Reflexão

Os sentidos sobre o bem ou mal estar no trabalho dependem primordialmente das relações interpessoais (Sawaia, 2001) que permeiam a experiência da trabalhadora da limpeza. Donna fala: "a boa convivência, isso é um bem-estar" e Clarice acredita que "quando você trabalha com as pessoas que você gosta, você se sente bem (...) As intrigas e as fofocas entre as pessoas. Aí isso dá muito mal-estar". As más convivências influenciam o sentimento de mal-estar e, também, a avaliação do trabalho. Malala comenta que "não ter reclamação, pra mim é o mais importante no trabalho" e Rosa entende que o bem-estar "é você se sentir bem naquilo que você tá fazendo e com as pessoas que você tá convivendo".

Além do bem-estar, no serviço da limpeza o sentir diante do que se faz e com quem se convive entrelaçam-se, moldam identidades e pertencimentos (Honneth, 2003). "Bem-estar é as pessoas reconhecer que você tá limpando, que você faz parte disso. E que se a limpeza parar, o que vai virar isso aqui?" (Nise).

Sem o trabalho da limpeza, as caras fechadas nos ambientes institucionais certamente estariam garantidas, o desconforto com a sujeira e a importância da limpeza são imperativos, Nise entende que "o (...) essencial é a aula, não é a limpeza, mas se você deixa de limpar eles reclama". Ou seja, o desafio da sujeira cria deveres no serviço. Marie compreende que "independente do salário ser bom ou não, eu acho que a gente tem que fazer direito". As barreiras materiais, como o salário ruim, marcam as experiências para um trabalho feito com conforto. Contudo, a dependência de um salário qualifica a importância do trabalho e cria obrigações e submissões às situações (Bendassolli, 2012). "É claro que a gente tem que respeitar, a gente sabe que a gente depende, a gente presta serviço pra universidade, depende disso pra ter o salário da gente, mas eu acho que o respeito e a educação é recíproco" (Nise).

Sendo assim, a dinâmica de reconhecimento pavimenta-se por uma realidade social de oportunidades historicamente limitadas para alguns grupos (Dejours, 2004; Bendassolli, 2012). Rosa aprendeu a "engolir, pelo simples fato que você precisa do seu emprego, você precisa levar comida pra sua casa, você precisa dar assistência pra sua família" e Anita centraliza o positivo do seu trabalho no "salário para (...) poder pagar as minhas dívidas" assim como Penha que destaca: "o salário no final do mês é pouco, mas eu vivo do meu trabalho". Há, portanto, efeitos subjetivos positivos do pagamento no fim do mês, assim como relacionados ao fazer do trabalho. Anne fala que se sente "bem trabalhando, o próprio trabalho gera bem-estar, me sentir útil". Ainda assim, diante dos relatos, o reconhecimento parece depender dos encontros e dos detalhes cotidianos dessas mulheres (Dejours, 2004; 2013).

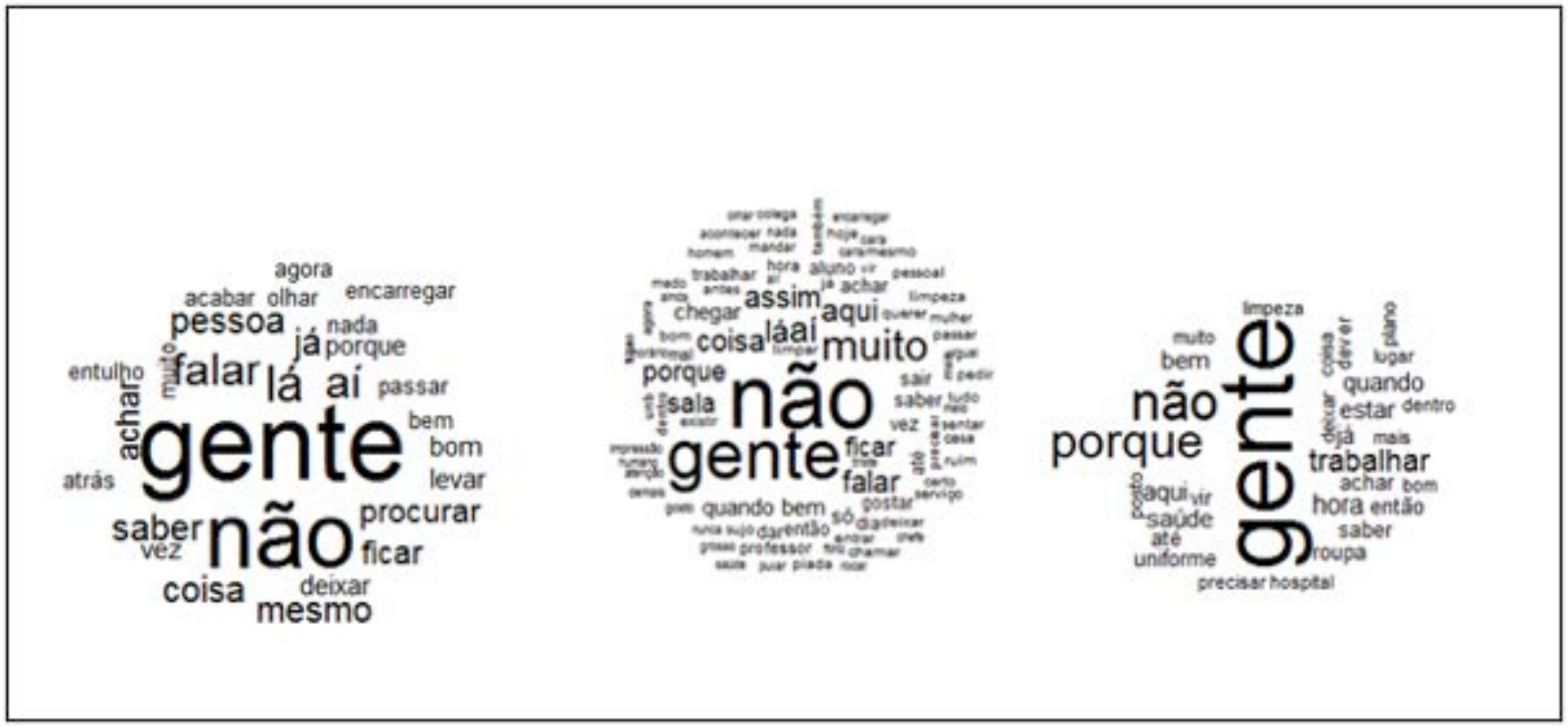
Donna comenta: "a gente (...) tem uma salinha lá, mas aí a gente se depara com ratazana, saruê, muriçoca. A gente nem fala." Para os trabalhadores da limpeza é dada a sala subterrânea, sala infestada e escondida, de onde observam e tiram conclusões sobre os alunos, professores e colegas. Esconderijo para sentimentos de mal-estar e de exclusão, "porque ontem a gente tava limpando os corredores e a entrada, teve um aluno do CA que

falou que não que a gente não tinha que tá ali que a [instituição] é deles" (Nise). Além disso, ainda há a camuflagem das roupas da limpeza, esconderijo de humanidades, que não são notadas e/ou cumprimentadas. Malala conta que "quando (...) troca de roupa pra ir embora, gente que a gente conhece, igual uma aluna falou: 'Não acredito, depois que tirou o uniforme é outra pessoa!' ".

Entretanto, quando essas mulheres são encontradas profissionalmente para cumprir uma função ou responder a alguma demanda, Marie fala que "tem gente aqui que passa por você e finge que nem te vê, mas quando tá precisando de alguma coisa, vem com aquela carinha, sabe? Isso é uma coisa que eu não gosto. (...) quando precisa de você, aí vem, falar com você e tudo. Aí você serve". Já Donna acredita que "muita gente não vê a gente como ser humano, mas como uma máquina que vai lá e faz o serviço". Elas também sentem que servem para serem questionadas e receberem acusações, que são os espaços de interlocução comuns para o trabalho. "Aí outro dia, teve um aluno que esqueceu o celular no banheiro. Aí a primeira coisa que eles acha é que foi o povo da limpeza. (...) Então são situações, não tem como proibir, mas é difícil, a gente fica muito triste. Mas vai levando, fazer o que?" (Nise). Além disso, constrangimentos e medos são sentimentos diários: "Morro de medo de ir no setor e ela achar que não tá bom. Apesar de que eu sei que tá bom" (Malala). Esses acabam exigindo o esforço do desencontro, "pra determinar que hora que a gente entra e que hora o professor entra, porque a gente fica constrangido. Entendeu?" (Nise).

Diante das expressões sobre a experiência de trabalhar na limpeza, a impressão deixada vai além de um não-trabalho: é descaracterizar-se, despersonificar-se, desrespeitar-se e invisibilizar-se. É, lamentavelmente, muitas vezes deixar de ser gente, humano, é o "não gente", que centraliza as imagens obtidas por meio do corpus do conteúdo de pergunta, resultado do Iramuteq. Para o *software*, a matemática de todas as palavras faladas durante as entrevistas encontra um sentido no centro.

Figura 1
Resultado da análise realizada com o software Iramuteq



Parece que ser da limpeza as sentencia aos encontros ruins.

Então a minha impressão é de que ela tem preconceito de mim por ser da limpeza (...) acho que ela se sente melhor que eu. Então o fato de ser mulher influencia e o fato de ser da limpeza também. Eu mesmo se eu for passar e tiver um professor ou uma professora, a gente se sente mal (Malala).

São os tratamentos previamente definidos para com a limpeza que configuram os encontros e a falta de esperança em mudá-los:

Aí porque tem muitas vezes que a gente ouve as coisa, vê as coisa acontecendo e a gente não pode fazer nada, absolutamente nada (...) é abaixar a cabeça (...) Ou sair de perto da pessoa. Tem muita gente que fala as coisa comigo e eu fico na minha porque eu tenho medo de perder meu emprego (Rosa).

Anita não faz "a mínima ideia, o que fazer para que essas pessoas melhorem" e reforça o aspecto estrutural e desesperançoso dos maus encontros cotidianos.

Ser mulher e ser da limpeza: duas marcas para os encontros, que têm como consequências o mal-estar, as falas silenciadas e sujeira que chega em segundos na limpeza recém feita. Anne conta que

> certo dia (...) ia ter aula só duas horas, quando a gente tava finalizando a sala, um professor já chegou gritando, xingando a gente, mandando a gente sair de dentro da sala, gritando mesmo, ele foi muito desaforado, mandando a gente sair, começou pisar na cera molhada. Aí eu fiquei pensando, se o nosso colega homem tivesse lá talvez ele não teria feito aquilo porque ele foi muito ignorante, muito grosso. Aí eu pensei assim, como só foi nós mulheres, ele pintou e bordou.

Donna, que vivenciou algo parecido, descreve:

> o pessoal tava fazendo a lavagem, o professor chegou empurrando o material com o pé, chutando balde, pedindo pra eles saírem da sala de aula. Eles falaram: 'não, professor', faltava quinze minutos pras duas, que era da aula dele, aí as meninas falaram: 'professor, a gente pode terminar só esse pedacinho da cera?'. Ele disse, 'quem vocês pensa que é, saiam daqui".

A autodeterminação para o bem-estar no trabalho, ou para uma amenização do confronto vivido, perde-se, muitas vezes, nas pegadas na cera molhada no chão, nas ofensas gritadas e no trabalho não visto, não reconhecido, talvez nem conhecido. Anita fala que "uma coisa que eu não gosto é quando eu sei que eu tô fazendo o meu trabalho certo e ainda tem pessoas que reclama". A reclamação traz questionamento sobre a própria elaboração do serviço, que já estava definido como bom e passou a ser entendido como ruim (Honneth, 2003), especialmente no serviço de limpeza, em que o trabalho bem feito é invisível e o que se torna visível é o não-trabalho (Diogo, 2007). Anne fala: "quando a gente terminou de limpar uma sala, aí daqui meia hora a gente volta e tá tudo sujo, o chão tá todo arranhado de carteira, aí eu fico triste!". Além disso, o trabalho tem efeitos efêmeros e o não trabalho tem efeitos duradouros. A diferença entre o trabalho feito e

desfeito é de minutos e dá a ilusão do não trabalho, já que quem vê a pegada da sujeira pode acabar não vendo a limpeza. "É muito rápido, coisa que a gente leva assim meia hora para limpar, no capricho, aí é rapidinho tá sujo", compreende Anne. "Então tem professores que reclama que a sala tá suja, e na verdade a sala não tá suja" (Anita).

Os bons encontros seriam mais determinantes para o bem-estar no trabalho se acontecessem com mais frequência. Eles têm como um grande marco o "bom dia", que comumente não é falado. O desejo do "bom" que vem do outro é basilar, no imaginário das mulheres interlocutoras, para a construção do bem. O vácuo do "bom" corrói essa base e garante o sentimento de não reconhecimento, que leva a constituição de uma invisibilidade (Oliveira et al., 2016). Nise brinca que "tem hora que aluno e professor fala bom dia pra gente que a gente até se espanta, porque não é comum." O espanto é coerente com a experiência. Anita, por exemplo, relaciona ser maltratada com esse vácuo do bom: "tem setores que a gente não é bem tratado, porque tem gente que não te dá nem bom dia." É o bom que pode vir dos elogios também. Anne responde alegremente ao elogio "tipo ouvir 'nossa, que banheiro limpinho, que banheiro cheiroso'". Nise sabe que "é bom vir e elogiar, mas não acontece muito".

Sendo assim, os sentidos sobre o bem-estar no trabalho são determinados pelos encontros, que são eventos centrais para as vivências e convivências no serviço da limpeza. Apesar do gosto por limpar e de receber um salário, Clarice resume que "o bem-estar-estar que eu sinto é estar trabalhando com as pessoas que eu gosto". Há uma operação subjetiva que relaciona bem-estar e reconhecimento. Entretanto, nesse contexto, como lamenta Rosa: "A gente que é da limpeza não somos reconhecidos, independente de qualquer coisa", ambos parecem prejudicar-se mutuamente e depender do outro, consequência que pode estar impregnada em ritmos sociais e culturais que conferem às mulheres da limpeza lugares invisibilizados e possivelmente o do não-trabalho. "A pessoa não te enxerga no dia a dia", determina Marie.

Referências

Arendt, H. (2007). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em estudo, Maringá, 17*(1), 37-46.

Carlotto, C. M. (2003). Adoecimento no Trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. *Serviço Social em Revista*, *6(*1).

Dejours, C. (1987) A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; Oboré.

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção, 14*(3), 27-34.

Dejours, C. (2013) Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 33*(2), 9-28.

Deleuze, G. (2002). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta.

Diogo, M. F. (2005). *De balde e vassoura na mão: os sentidos do trabalho para as mulheres que exercem suas funções no setor de limpeza e conservação em uma empresa prestadora de serviços em Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Santa Catarina.

Diogo, M. F. (2007). Os sentidos do trabalho de limpeza e conservação. *Psicologia em estudo, Maringá , 12*(3), 483-492.

Espinosa, B. (2009). *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica.

Honneth, A. (2003) *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: 34.

Oliveira, M. K.; Perez-Nebra, A. R.; & Antloga, C. S. (2016) Relação entre significado do trabalho e rotatividade de serventes de limpeza. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho, 16*(2), 190-202.

Nunes, J. H. (2014). Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. *Sociologias*, *16*(35), 238-273.

Sawaia, B. B. (2001) O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia, B. B. (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 97-118). Petrópolis: Vozes.

Sznelwar, LaerteIdal; Lancman, Selma et al. (2004). Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção,14*(3), 45-57.

Torres, C. C.; Ferreira, M. C.; & Ferreira, R. R. (2016) Trabalhadores Descartáveis? Condição de Terceirizado e Mal-Estar no Trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 715-735.

SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS CLÍNICAS

12 Crise do sentido, ideação suicida e crise psíquica grave: reflexões clínicas sob a ótica fenomenológico-existencial

Ileno Izídio da Costa
Ana Giulia de Araújo Conte
Mariana Monção de Lima

Introdução

O propósito deste texto é tecer reflexões fenomenológico-existenciais iniciais na tentativa de correlacionar temas tão complexos como a crise de sentido, a ideação suicida e a crise psíquica grave, no intento de bordejar os desafios que a *clínica da crise psíquica* (urgência ou emergência, na clínica tradicional) impõe a todos os profissionais da clínica *psi* (psicopatologistas, psicanalistas, psicólogos clínicos, psicoterapeutas), *psicossocial* (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, oficineiros) e *biomédica* (enfermeiros, psiquiatras, clínicos em geral).

Propomos nos aproximar do conceito de sentido e existência dentro da fenomenologia e sua relação com a crise psíquica grave (Costa, 2017a), pensando nos procedimentos do como lidar com este fenômeno complexo, a partir de uma perspectiva clínica, o que nos aponta, como defende Costa (2017a, p. 112). para uma "clínica fenomenológica do cuidado da crise psíquica grave".

Por certo que é um ensaio preliminar, ou melhor situando, exploratório de possibilidades, permeado pela angústia (clínica) de ter que acolher, cuidar-curar, manejar ou simplesmente vivenciar. O cuidar-curar aqui, adiantamos, se refere tanto à noção de cuidado/cura de Heidegger (1995), quanto à postura clínica de Winnicott (1989).

No sentido heideggeriano, o cuidado (*Sorge*) é "o modo básico de Dasein, é que em seu ser está em jogo seu próprio ser" (Inwood, 2002, p. 26). "Firmar-se sobre os seus próprios pés é *Sorge*, aquilo o que faz de Dasein um si-mesmo unificado e autônomo, um "entre" nascimento e morte" (Inwood, 2002, p. 27). Assim, autocuidado (*Selbstsorge*) seria uma tautologia. A partir do modo básico (*Sorge*), o Dasein ocupa-se (*Besorge*) de suas

atividades no mundo (ser-no-mundo) e preocupa-se (*Fürsorge*) com os outros (ser-com-os-outros). Na cura, diz Inwood, Dasein readquire o domínio de sim mesmo: "Enquanto cura, Dasein é o 'Entre' [nascimento e morte]" (p. 28), como veremos adiante.

Percorrendo a experiência do sofrimento psíquico: um olhar fenomenológico para o suicídio e a crise psíquica

Tendo em vista a extensa e sempre crescente produção em suicidologia, cabe um breve aporte do posicionamento epistemológico e do foco de pesquisa de estudos na área, objetivando problematizar o entendimento do suicídio, a lógica de preservação da vida e os pressupostos que embasam a ótica adotada no contato com indivíduos com este tipo de sofrimento.

Foucault (2008) nos ensina que não é possível pensar a ciência dissociada de paradigmas e influências da época. Para este filósofo, a contemporaneidade deve ser analisada a partir das noções de biopoder e controle da vida, considerando a premente preocupação com o manejo da vida e do bem estar que parte de um lugar que cerceia a liberdade do indivíduo em experienciar suas angústias, o que em geral resulta em patologização do sofrimento, medicalização das vivências psíquicas dos ser humano e um silenciamento dos sintomas que contribui em tornar o mundo um lugar inóspito para a expressão da subjetividade (Furtado, 2014). Predominantemente, a prática clínica geral ainda é pautada em uma tradição psiquiátrica e na medicina higienista do século XVIII, que buscavam essencialmente o enclausuramento da loucura, seja qual for a sua forma de manifestação.

De acordo com Spohr e Schneider (2009), a psiquiatria clássica busca transformar as problemáticas sociais e sociológicas em questões de ordem individual, por meio do discurso das disfunções neuroquímicas e mentais. Karl Jaspers, psiquiatra alemão que teve sua produção fundada principalmente na fenomenologia de Husserl, surge com uma proposta de subverter a filosofia metafísica e as ciências positivas, em busca de uma prática que visasse mais a compreensão do homem em suas relações do que busca por causalidades. Junto à incipiente antipsiquiatria de sua época propôs, portanto,

compreender a doença enquanto uma dimensão da vida do homem, no lugar de compreender o homem a partir da doença.

Se tomarmos Minkowski (1966/1999) em nosso apoio, trata-se muito mais de uma psicologia do patológico do que patologia do psicológico, ou seja de *fatos páticos,* ou "fenômenos essenciais da existência" (p. 806), e têm seu valor pelo potencial de sofrimento e de "perda" que comportam. Dessa forma, nosso sofrimento nos revela "o aspecto *pático* (e não patológico) da existência" (p. 805), colocando a interrogação sobre a sabedoria que, eventualmente, se pode dele retirar: "Por si mesmo, o sofrimento não tem sentido – como poderia ter algum? – mas através dele coloca-se o problema do sentido da vida" (p. 802).

Assim, é de vital importância que o pesquisador/clínico compreenda a partir de qual lugar são geradas suas produções, cujo foco – inadequado – pode tanto ser uma busca por diminuição estatística para minimizar um problema de saúde pública, a partir de intervenções pontuais e complicadamente imediatistas, quanto centrado somente no indivíduo e no desejo de compreender e acolher seu sofrimento. Morin (2005), nos alerta que, sem uma análise cuidadosa dos posicionamentos teóricos e sem pensar a implicação do pesquisador no processo investigativo, é comum que se acabe observando o fenômeno por uma perspectiva pré-concebida que geralmente enviesa os resultados encontrados (Morin, 2005).

Preconcepções que Husserl criticou nas ciências positivistas e propôs o método (filosófico) de suspensão, ou redução eidética (*epoché*), apontando, portanto, para a intuição das essências (Husserl, 2002), constituindo-se no processo pelo qual tudo que é informado pelos sentidos é mudado em uma experiência de consciência, em um fenômeno que consiste em se estar consciente de algo (coisas, imagens, fantasias, atos, relações, pensamentos eventos, memórias, sentimentos etc. constituem nossas experiências de consciência). Podemos afirmar que a finalidade da *epoché* é o desocultamento do significado e da finalidade do mundo, primeiramente para mim e depois para todos os outros sujeitos. A única coisa que resiste indubitável à *epoché* é a existência da consciência – o eu transcendental, ou ainda, o resíduo fenomenológico. Postura que reputamos fundamental diante do sofrimento expresso pela pessoa com perda de sentido, ideação suicida e em crise psíquica grave.

Podemos citar, dentre as estratégias de intervenção adotadas por diversos países e pela Organização Mundial de Saúde no combate ao suicídio, as campanhas de prevenção, incentivo ao controle do uso de substâncias como álcool e drogas e maior monitoramento da saúde mental de indivíduos em faixa de risco, além de disponibilização de linhas telefônicas de apoio, entre outras medidas (Carvalho et al., 2013; WHO, 2014). De pronto, é possível perceber que a maioria dessas intervenções parte de um entendimento já pronto do fenômeno, que contempla pouco a necessidade de escutar a experiência individual em sua complexidade, qual seja a de estar inserida no mundo (afetivo, relacional, cultural e de épocas).

Bertolote (2004) nos alerta que tais estratégias têm obtido resultados controversos a despeito da quantidade de recurso nela investidas, tornando ainda mais evidente a importância de buscar compreender a experiência de vida e de mundo do indivíduo como forma de explicar sua busca por autodestruição, e a partir desta experiência significar possíveis estratégias para lidar com esses casos.

Neste contexto, a pesquisa fenomenológica apresenta-se como alternativa às metodologias clássicas, tendo em vista sua especificidade de compreender a experiência e os significados do sujeito (Gomes & Castro, 2010; Dutra, 2011, 2012). Fundamentadas nelas, propomos iniciar a discussão dos conceitos de vida, morte e existência e suas imensas implicações na experiência humana.

Ideação suicida: desafios gerais na clínica da Psicologia

Sendo a Psicologia uma profissão essencialmente de cuidado com o outro, tratar do suicídio no contexto clínico acarreta grande responsabilidade para o profissional, sendo de suma importância que esta prática seja fundamentada primeiramente em uma busca por compreender e acolher o sofrimento psíquico, através de um olhar para o outro enquanto ser humano complexo, e apenas posteriormente em um interesse puramente clínico ou de pesquisa (Lévy, 2001). Aqui a compreensão de ser humano deve levar em consideração a abordagem fenomenológica, presente em todas as possibilidades dela, de compreender o humano como psíquico, orgânico, moral e espiritual, no mundo, sendo o

psiquismo "concebido como fenômeno uno, típico do humano, com múltiplas dimensões que não pode ser reduzido a elas" (Costa, 2017a, p. 113).

Partindo desse entendimento, a sensibilidade do profissional torna-se mais premente do que as teorias e abordagens tradicionais utilizadas no lidar com este fenômeno. Com pessoas potencialmente suicidas, é de importância vital que prioritariamente exercitemos um olhar humano que reconhece e empatiza com o sofrimento do ser no mundo, antes de qualquer olhar clínico psicologizante que analisa – e possivelmente se distancia de – este fenômeno.

Apesar da multiplicidade de abordagens disponíveis, cada uma com suas especificidades e técnicas, e das diversas formas de se fazer ciência em Psicologia, podemos afirmar que há questões que são preponderantes na clínica do suicídio e devem ser levadas em consideração de pronto quando nos propomos a discuti-lo, independente de orientações teórico-filosóficas específicas. Dentre estas, podemos destacar o papel do clínico e seus desafios, o impacto subjetivo para o profissional que acolhe, e o desafio de se deparar com o sofrimento e o vazio existencial da pessoa, expresso na clinica através da ideação suicida.

Ao contrário do suicídio, ato efetivo, e da tentativa de suicídio, ato incompleto – e fracassado – de matar a si próprio, a ideação suicida é a representação mental (pensamentos e cognições) sobre como acabar com a própria vida. Mesmo com a inexistência de um gesto efetivo na conduta suicida, a ideação suicida abarca uma condição instintivo-afetiva que se traduz na intenção e no desejo de matar a si próprio.

Os comportamentos suicidas, onde se inclui a ideação suicida, constituem-se como um apelo arraigado, vinculado à expressão de tristeza, dor, da procura de aprovação de amor, enfim de sofrimento psíquico intenso.

A presença de ideação suicida para a clínica é dos preditores (pródromo) de comportamentos suicidas mais graves e costuma manifestar-se, fundamentalmente, em pessoas que apresentam alguma crise psíquica grave, notadamente em pessoas em momentos ou vivências afetivas específicas tais como adolescentes, população prisional e população idosa ou em crise do tipo psicótica, manifestando um *sofrimento psíquico grave* (Costa, 2017a, pp. 106-108). Pródromo, na medicina**,** é um sinal ou grupo de sintomas

que pode indicar o início de uma doença antes que sintomas específicos surjam. No entanto, dentro deste trabalho e já defendendo uma postura fenomenológica, pródromo para este ensaio se restringirá a manifestações existenciais, portanto, muito mais a sinais (de vida, de sofrimento, de existência) do que sintomas (doenças).

Assim, um dos desafios de lidar com pessoas em risco de suicídio no contexto clínico está relacionado a uma questão ética e de contrato terapêutico: o *vínculo terapêutico*, cuja extrema importância para o tratamento será posteriormente discutida, e que é de construção extremamente delicada nesses contextos e pode se ver ameaçado devido à obrigação ética de comunicar o risco de vida e contatar familiares e rede de apoio, já que o informe a terceiros de um conteúdo apresentado durante as sessões pode ser interpretado como quebra de confiança e, portanto, exige uma reflexão e cuidado na hora de ser feito, principalmente sob a forma de um diálogo franco com a pessoa sobre essa necessidade.

O profissional deve entender que seu lugar de (suposto) saber não lhe confere responsabilidade absoluta pela vida do outro e muito menos direito ou obrigação de dirigi-la. Este papel deve ser, sobretudo, de *estar-com* o cliente, de forma que ele seja capaz de buscar em si mesmo os recursos necessários para que resgate sua condição de sujeito da própria história. Busca-se, então, a ampliação das possibilidades e o incentivo ao desenvolvimento de suas potencialidades, em particular as concretas e imediatas, sendo o papel do terapeuta não o de impedir a morte, mas de oferecer novos contextos e possibilidades de vida (Fukumitsu, 2014).

Há de fato uma enorme responsabilidade de cuidado do outro vinculada à posição de alguém que escuta profissionalmente o sofrimento; entretanto, o saber psicológico não nos confere poder de salvar a vida do outro, mas que podemos apenas oferecer um espaço, o mais seguro e acolhedor possível, particularmente isento de julgamentos morais e potencialmente capaz de sustentar o vazio existencial do outro.

O humano e sua experiência de vida e morte

Para Heidegger (1995), a vida se estabelece a partir de um ser-no-mundo (*dasein)*, constituindo-se a partir da percepção que tem deste mundo e afetando com sua presença o local onde se insere. Segundo Braga (2014), esta concepção dialoga com o conceito de

intencionalidade de Husserl: a consciência tem uma capacidade de ser consciência de algo, ou seja, de se implicar no mundo, e as realidades são produzidas a partir da consciência do ser, cuja existência está imbricada no mundo.

Ressalte-se aqui que a investigação fenomenológica de Heidegger é de caráter ontológico, ou seja, filosófica, na busca das determinações essenciais do ser dos entes. Dessa maneira, pretendeu sempre situar-se aquém do plano empírico ou ôntico (dos entes) e constituir-se na condição de possibilidade do mesmo. Assim, as estruturas ontológicas explicitadas na análise do *dasein* (como ocupação, disposição, compreensão, discurso) não devem ser confundidas com aqueles que seriam os seus correlatos ônticos ou empíricos (afeto, desejo, conhecimento, linguagem).

Em verdade, tais estruturas são a fundamentação existencial dos mesmos. A analítica existencial "está *antes* de toda psicologia, antropologia e, sobretudo, biologia" (Heidegger, 1995, p. 81) e corresponde à abertura de um *a priori* mas sem que isso signifique uma "construção *apriorística"* (p. 87), isto é, desvinculada de toda "empiria". Considerando que a investigação científica, e por consequência sua aplicação profissional, realiza uma primeira e tosca "fixação dos setores dos objetos", e só o faz a partir da abertura originária ao modo de ser dos entes pela qual a experiência ordinária do mundo é responsável, é preciso antes que essa região seja elevada do horizonte da experiência original – o horizonte da relação fundamental do ente que questiona com o mundo questionado.

O ser no mundo pode ser visivelmente desmembrado em três partes, que são seus momentos constitutivos: o *"ser",* o "mundo" e o "em". Dito de outro modo e em outra ordem: o mundo em que o ser é, o quem que é no mundo, e o modo de *ser-em* em si mesmo; no entanto, o ser no mundo é uma estrutura unitária, e só pode ser decomposta para efeito de análise. A própria análise, na verdade, demonstra essa unidade, pois a "mundanidade" só se deixa caracterizar mediante uma compreensão do ser *para quem* existe um mundo, o ser que é-no-mundo, e a relação de ser-em pressupõe a compreensão dos termos que se relacionam no modo do "em". Os vários modos de ser-em da existência humana caracterizam, dessa maneira, a essência do homem, isto é, o fato de ele *existir,* em sentido próprio.

O que nos impele, em termos da clínica (psicológica, por exemplo), a considerar a pessoa em vazio existencial, em crise psíquica e com ideação suicida dentro do seu mundo

próprio, do mundo que o circunda e os sentidos que ele atribui a si na relação com os outros, o que inclui o clínico (psicólogo, por exemplo), que, na nossa compreensão, é o grande desafio para compreender tal complexidade: na relação intersubjetiva pessoa em crise–clinico há que se construir uma relação significativa o suficiente para que este (o clínico) passe a fazer parte deste mundo e, a partir dela, possa construir a possibilidade de um cuidado efetivo.

Desnecessário dizer que a exposição acima é limitada e seletiva. Ela não aborda, nem de longe, todos os temas, desdobramentos e *insights da* obra seminal de Heidegger (1995), e mesmo os temas abordados tampouco são analisados exaustivamente. Mas essa breve notícia fornece uma ideia do sentido da noção de ser no mundo na obra dele, suficiente para que se possa compreender o porquê do esforço de sua utilização na psicopatologia ou na clínica.

A relevância teórica do paradigma da existência na psicopatologia e na psicologia, ao menos em parte, deve ser avaliada de acordo com a importância que possa ter, para a compreensão do comportamento humano, a noção de ser-em, entre outras. A importância da abordagem existencial reside, a nosso ver, no alcance que pode trazer à compreensão da experiência humana, e também no fato de ser um paradigma de investigação científica atento aos fundamentos ontológicos da realidade, esforço preliminar que aqui fazemos.

Se o ser é um ser-no-mundo, também é um ser-para-a-morte (ou, nos termos de Ricouer (2012), "um ser até a morte"), pois tem de lidar com a consciência de sua inescapabilidade, assim como é inescapável a liberdade: o indivíduo não pode fugir das escolhas, e estas implicam em uma responsabilidade, o que nos lança, de pronto no surgimento da angústia da existência, a qual é interpretada a partir dos sentidos que o indivíduo dá para o mundo, baseado em suas interpretações deste e de suas experiências de vida, assim como o surgimento da esperança, pautada nas possibilidades do vir-a-ser e produto da própria liberdade de escolha (Teixeira, 2006).

Para Heidegger (1995), a angústia da existência é, portanto, parte integrante do ser. E para Sartre (1997), ela é o solo fértil que possibilita uma autenticidade do existir. Considerando que vivemos em um mundo de situações que fogem ao controle individual, a capacidade de escolha é o que singulariza a existência. Dentro de um conjunto de

circunstâncias pré-dadas que limitam as escolhas, temos a liberdade de significar essas escolhas e assim significar o mundo. Nesse contexto, para Barros (2010), a autenticidade é reconhecer o contexto (mundo) no qual o indivíduo se insere e a responsabilidade individual de significá-lo. Em contrapartida, o homem inautêntico procura fugir de sua situação, pautado em uma lógica de que há uma razão e um humano universal, e ignorando as circunstâncias externas que o configuram enquanto ser. Ser inautêntico, portanto, é desconsiderar as particularidades da existência. A solução para a angústia da existência seria aceitar a responsabilidade de construir o próprio destino dentro do conjunto de possibilidades oferecidas pelo mundo, produzindo um sentido para a experiência da vida.

Crise do sentido, crise psíquica grave e a clínica na contemporaneidade

Da mesma maneira que o indivíduo não existe indissociado do mundo, a clínica desenvolve-se a partir de um contexto social e mundano, não sendo possível pensar em adoecimento sem pensar na sociedade, seus tempos e suas concepções, tendo em vista que a situação do mundo dentro de uma determinada época produz males específicos que se traduzem em queixas clínicas e influenciam no adoecimento, produzindo um "autorretrato da época" (Tavares, 2010). Foucault (2001) nos ensina que as patologias se alteram, sendo ressignificadas a partir das condições de existência e a própria necessidade de controle social altera o que é considerado normal e patológico. Se as patologias clínicas são permeadas pela configuração social, o que os adoecimentos modernos nos dizem sobre a nossa sociedade? Para além das patologias diagnosticadas, o sentimento de vazio existencial predomina nas demandas clínicas desde a segunda metade do século XX (Carvalho, 2010), o que nos faz lançar mão de um olhar fenomenológico sobre essas queixas e relacioná-las à questão subjacente do sentido vinculado à forma atual de existir no mundo.

Dantas, Sá e Carreteiro (2009) citam o consumismo irrefletido e o controle exacerbado como características da sociedade moderna que aniquilam experiências fundamentais do existir como o solo social que produz essas angústias modernas; Feijoo (2011) aponta a incapacidade da concepção moderna de homem de abarcar a complexidade da existência; Carvalho (2010) chama atenção para as transformações

sociais, percebidas como momentos de crise, que resultam em desafio ainda maior na elaboração do sentido, relacionando o desenvolvimento técnico-científico, as transformações nos valores e o ritmo acelerado da vida moderna como fatores que provocam sérias consequências no âmbito existencial. Em última instância, podemos afirmar que o adoecimento aparece relacionado a uma falta de sentido na vida e um vazio existencial, e este vazio, por sua vez, revela-se como uma característica da forma moderna de experienciar a vida, em particular na contemporaneidade.

Se tomarmos o conceito de autenticidade de Sartre (1997), podemos traçar uma relação entre as queixas de vazio existencial e um desligamento da intencionalidade dos indivíduos, que flutuam em um mundo que os impacta e dirige, sem conseguir ou desejar assumir responsabilidade por suas escolhas. Carvalho (2010) afirma que a busca pela gratificação imediata apoiada na lógica consumista torna o homem um ser que se esqueceu de si mesmo e das consequências de seus atos. Nesta perspectiva, podemos afirmar que o homem moderno tende a uma existência inautêntica, tendo como consequência o aumento de sua angústia existencial.

A contemporaneidade produz, portanto, uma situação de existência voltada para o trabalho e consumo como significantes da experiência de vida, e que, contudo, não explicam a totalidade do estar no mundo, o que caracteriza o desassossego na atualidade. Assim, os indivíduos aparecem na clínica esvaziados, embotados, permeados pelo tédio, com um desassossego amorfo, difuso, podemos afirmar, uma vez que esse estilo de vida suga as possibilidades do ser autêntico que se implica no mundo. Costa (2010) nos mostra que a patologização e a medicalização do sofrimento cortam as potencialidades das crises que fazem parte do existir humano, e aprisionam os sujeitos em uma rede hodiernamente perversa na qual o valor individual é pautado na produtividade e no sucesso material, ignorando sua complexidade subjetiva num mundo globalizado e multifacetado.

Neste ponto, podemos falar, com Batistela e Boneti (2008), em uma crise do sentido relacionada à maneira como o mundo se apresenta e aos modelos de vida esperados do cidadão moderno. Há um paradoxo produzido pela estrutura social, que prima em demasia por valores individualistas e materialistas, e simultaneamente massifica seus indivíduos (Retondar, 2008), acabando por ceifar tanto o contato significativo com o outro como o respeito à subjetividade do indivíduo.

É possível argumentar, portanto, que é muito mais desafiador e próximo da complexidade fenomenológica do humano buscarmos compreender as queixas clínicas partindo do entendimento da experiência individual do sujeito, do mundo e da sociedade em que se insere, ao invés de lançar mão somente – ou imediatamente – de leituras e estudos "nosologizantes" de patologias. Dentro do paradigma científico atual há uma exclusão do espírito e da cultura que produzem a própria ciência, o que impele a interpretar o humano não como um todo complexo (fenomenologicamente falando), e sim como partes que são estudadas separadamente, comprometendo sua totalidade (Morin, 2005). As consequências disso aparecem claramente no adoecimento psicológico que pode ser entendido, dentro de uma perspectiva fenomenológica, como uma reação a um mundo que dificulta a autenticidade.

Freitas et al. (2012) colocam a questão do sentido como nexo e significado da pessoa em relação à sua trajetória: em um âmbito existencial, o sentido permeia e dá razão de ser à experiência do estar vivo; a intencionalidade se alia à direção (expressa em um propósito de vida e plano de futuro) para constituir essa razão de viver. Uma vez que o implicar-se do indivíduo no mundo determina sua realidade, esta pode ser alterada quando há alteração nos sentidos atribuídos. Vivendo um projeto de vida que não é construído individualmente e não considera as particularidades subjetivas, dificilmente o indivíduo percebe um sentido real na experiência vivida, sendo condenado a uma existência inautêntica pautada pela angústia e pelo vazio existencial.

Sartre (1980) nos diz ainda que a falta de sentido da vida provém da incapacidade do ser humano se autoconhecer e de agir como ser pensante e autônomo. Ao não investigar de maneira minuciosa e analisar sua existência e seu mundo interior, o indivíduo pode tornar-se incapaz de dirigir sua própria vida. Na contemporaneidade vivemos uma época em que os indivíduos perdem a exuberância, perdem a capacidade de viver a vida apaixonadamente, desresponsabilizando-se pelo que é e perdendo a capacidade de fazer alguma coisa por si mesmo e se sentir bem com a vida. A falta de sentido, de objetivos, de finalidade tornou-se a condição existencial para muitos no mundo contemporâneo. O desespero pode, assim, tornar-se parte da condição humana. Em uma entrevista Sartre reconheceu que "via no desespero uma imagem lúcida do que era a condição humana." (idem, p. 19).

O existencialismo de Sartre postula que o homem não é um "ser em-si", não é um objeto inanimado como as coisas no mundo. O homem é um "ser para-si", pois tem consciência de si mesmo. O homem é um ser de liberdade, de escolha. É aquele que deseja e escolhe o que deseja. Mas não se trata de obter o que se quer, mas desejar com a alma, com discernimento, com autonomia, determinar-se a querer por si mesmo. Dessa forma, o homem nada é, mas torna-se o que é quando constrói sua própria liberdade e, portanto, sua própria essência. Na falta de sentido, esta liberdade se torna restrita e podemos falar de vazio existencial, tornando a ideação suicida, a tentativa de suicídio ou o suicídio em si uma possibilidade no caminho de possibilidades (do pensamento à ação).

Nas situações de crise psíquica grave, como defende Costa (2017a), "substratos fenomênicos da manifestação da experiência chamada de psicose, ocorrem "um sofrer primitivo ou o sofrimento originário ou uma tonalidade fenomenológica originária da vida", tornando-se uma "vivência basilar da angústia do existir" (p. 111), onde o momento é de "perda de sentido, desconexão, as palavras deixam de ser aquilo que eram, a relação com o mundo se deteriora/transforma" (p. 113).

Vazio existencial, angústia e suicídio

O suicídio, como afirmado acima, é uma questão multifacetada, não havendo uma causalidade única que explique o comportamento suicida. A questão do vazio existencial é uma possibilidade dentro de uma vasta gama de influências, sendo necessário buscar sempre conhecer a realidade da pessoa e sua experiência de mundo no lidar com casos específicos.

Entretanto, ressalta Dutra (2012), há uma relação entre o sentimento de vazio e a falta de atribuição de sentido à experiência de vida e o desejo pelo autoextermínio. Para esta autora, este tema consiste em questão filosófica, uma vez que interroga sobre o sentido da vida (Dutra, 2011). Já Costa e Forteski (2013) consideram que "o ato de suicidar-se está envolvido por desespero, perante uma força incapaz de conceber razão e significado para a vida" (p. 50). No sentido ontológico, Kuzmanić (2010) relaciona os conceitos de morte e autenticidade, evidenciando a importância do significado do ato de morrer para o indivíduo que considera o suicídio.

Frankl (2005) concebe que, atualmente, o fenômeno de massa que caracteriza a juventude, por exemplo, é o vazio existencial ocasionado pela impossibilidade de atender a motivação primária do ser humano: a vontade de sentido. Esse mal-estar de nossa civilização se manifesta através do tédio e da sensação de que a vida não tem sentido. Na nossa contemporaneidade, apresenta-se através de expressões máximas de sofrimento, como a drogadição, a agressão e o suicídio.

Frankl (2008) também chamou a atenção para o fato de que há evidências de que a percepção do indivíduo sobre a própria morte, aliada à falta de sentido percebido na vida e uma falta de plano de futuro ou de apoio em experiências positivas passadas, faz emergir o suicídio como alternativa possível. O sentido do ato, entretanto, é único para o sujeito, podendo significar busca pelo fim do sofrimento (Silva, Alves & Couto, 2016), ser um pedido de ajuda (Barbosa, Macedo & Silveira, 2011), ou mesmo um ato político que denuncia as circunstâncias nas quais o sujeito está inserido (Kiraly, 2014). O sentido do suicídio – assim como o do existir – comunica, portanto, muito da experiência de ser-no-mundo da pessoa, assim como fala eloquentemente sobre o meio no qual este se insere, e consequentemente deve ser um dos pontos focais do trabalho clínico realizado com pessoas em risco de autoextermínio.

Bem sabemos que o ser humano é um ser imperfeito, aberto e inacabado. Foi lançado ao mundo sem o seu consentimento ou querer. Sua existência é determinada pelas contingências da vida e pelas circunstâncias históricas e sociais e marcado pelas adversidades e por uma certa quantidade de sofrimentos: dor, injustiça, medo, insegurança, fracassos, lutas, catástrofes, envelhecimento, doenças e morte, como já apontamos acima. Desse modo, a existência humana não é plena e feliz. Cada qual age no mundo superando ou não as dificuldades e obstáculos que a existência lhe impõe. Nesse sentido a vida humana é marcada pela angústia, como enfatizamos acima.

Chegamos então na característica fundamental, central, da existência humana: a angústia. Ao despertar para a consciência da vida, percebe que ela não tem sentido ou uma finalidade. É na angústia que percebemos o nada como essa sombra que paira sobre todas as coisas e é nela que todas as coisas se nivelam. Tudo se torna efêmero, igual, pode caminhar para o ocaso, seu fim ou decadência. O mundo perde sua cor. Na angústia percebemos que somos um ser para morte. É a morte que retira todo o sentido da vida.

Como afirma Heidegger, "o mundo surge diante do homem aniquilando todas as coisas particulares que o rodeiam e, portanto, apontando para o nada" (Heidegger, em Chauí, 1996, p. 9). E Heidegger é contundente ao enfatizar que "diante do que e por que nós nos angustiamos era 'propriamente' – nada. Efetivamente: o nada mesmo – enquanto tal – estava aí" (Heidegger, 1996, p. 57).

Segundo Sartre (1997), nos momentos de crise existencial o homem para, percebe que existe algo errado e passa a questionar suas limitações, e consequentemente ele é tomado pela consciência do Nada. O sentimento de angústia reporta à realidade de um ser inacabado, autor de sua vida, embora seja incapaz de construí-la com perfeição. O nada é o oposto da plenitude do ser, farol que indica a distância entre onde nos encontramos e onde gostaríamos de estar. Dessa forma, a consciência aponta e define o homem como Nada em relação aos seus projetos e seu futuro; reclama insatisfação com o presente que vive e aspira o futuro que não tem, definindo-se e situando-se simplesmente como Nada que é e como Ser que gostaria de ser, mas ainda não é. Isto significa que o indivíduo é o único responsável por decidir sua vida e organizar seu entorno pela escolha de seus próprios métodos para alcançar seus objetivos.

Questões clínicas

As novas demandas da pós-modernidade exigem uma clínica necessariamente mais flexível, espontânea e sensível, que possibilite à pessoa um espaço de simbolização, o que faz com que, diante de novas estruturações psíquicas (com os desassossegos inerentes), uma clínica rígida se torne estéril, se não eticamente vazia. Torna-se cada vez mais evidente a imprescindibilidade de novos paradigmas para se opor a uma atuação que se reduz em si mesma, cerceando sua prática a postulados teóricos que, se acríticos, podem empobrecer as vivências particulares da pessoa. Por este motivo é essencial repensar nosso fazer, de modo a fornecer à pessoa um ambiente acolhedor e de confiança, sem limitar a escuta, e capaz de oferecer elementos de elaboração, necessários ao trabalho do fazer falar. Em linhas gerais, (re)pensar e (re)elaborar uma atuação em que não se perca a espontaneidade ao mesmo tempo em que se paute em uma linha teórica consistente. Ou: como pensar em uma clínica da contemporaneidade, crítica e política, sem perder de vista bases epistemológicas que norteiem essa prática?

Na abordagem fenomenológica-existencial tem-se uma questão fundamental para a compreensão do ser humano: sua indissociabilidade com o mundo. A tarefa de compreensão do indivíduo demanda necessariamente uma apreensão do mundo que o cerca em todos seus níveis: afetivo, corporal, histórico, social, familiar etc. Isto significa dizer que, na jornada de autoconhecimento é preciso considerar não apenas as vivências individuais enquanto conteúdos desprovidos de contextualização, mas sim toda uma rede conjuntural que se forma e se influencia de maneira recíproca, ou seja, em termos heideggeriano, mundana. Delimitar uma fronteira eu-mundo se torna tarefa ingênua uma vez que o ser é ser-no-mundo, e que o eu e o mundo estão numa relação que acontece no devir, no movimento ininterrupto.

Tendo em vista estes pressupostos, uma clínica fenomenológica-existencial deve ser edificada pela noção de que o ambiente terapêutico é coconstruído, e, portanto, a relação se dá por meio das influências mútuas entre a pessoa e terapeuta. Assim, indicamos o vínculo psicoterápico como dispositivo fundamental para o tratamento.

É preciso pensar, como nos diz Morais (2015), em um *setting* adaptado ao funcionamento da pessoa e que permita que ela se expresse. O vínculo psicoterapêutico, eixo fundamental da organização da psicoterapia, constitui-se como dispositivo facilitador do encontro, capaz de auxiliar na ressignificação do sofrimento existencial e na perspectiva de novas possibilidades de enfrentamento. Ele se constitui como principal instrumento do manejo clínico, que permite que a pessoa possa produzir e reproduzir sua história, não apenas por meio da fala, mas também por todos os conteúdos adjacentes ao dito e não-ditos, física, afetiva, relacional e espiritualmente. O vínculo, no caso da relação terapêutica, é o elemento primeiro e facilitador da simbolização e da produção de sentido, já que por meio dele o terapeuta oferece ferramentas para a fala admitir seu papel de aparato primordial no processo elaborativo da experiência vivida.

Para Fukumitsu (2014), a relação terapêutica deve primar pelo cuidado e não pela expectativa de cura. O terapeuta deve facilitar, no encontro com a pessoa, um ambiente em que seja possível que ele se responsabilize pelas próprias escolhas. Deve ter claro que não detém as respostas para os questionamentos da pessoa, embora possa fornecer os recursos para que ele procure em si mesmo, juntos, mesmo que a busca seja interna, porém construída na intersubjetividade pessoa-cuidador.

Pessoas afetadas por experiências traumáticas, que vivenciam sofrimento psíquico intenso (Costa, 2017a), comumente nos demandam uma cautela singular. Em geral, o indivíduo apresenta inclinação a envolver seus objetos na repetição do acontecimento, inclusive no *setting* (Manica, 2006). Ele encontra-se descapacitado na utilização de símbolos, e a experiência se apresenta não-simbolizada e não-verbalizada e, segundo a autora, cabe ao psicoterapeuta a fluência e a habilidade técnica para que a troca subjetiva se dê na relação.

Os processos simbólicos e representativos estão em fracasso. A relação dialética em-si/para-si encontra-se rompida, resultando em uma vivência vazia e desprovida de sentido. O fenômeno chega a nós cru e pronto a ser repetido; está sem nome e sem significado. Esta falência do simbólico provoca intensas perdas nos projetos de futuro. Onde não há elaboração do passado, as perspectivas de um futuro transformado se perdem. Ao futuro é dado um decreto de falência. Eis aqui o que podemos denominar de experiência de desassossego intenso.

Pelo manejo do vínculo psicoterapêutico é possível construir progressos no processo de cuidado diferenciado que a clínica nos permite. Fornecendo um ambiente seguro, confiável e acolhedor, a pessoa pode encontrar recursos de "reatualizar" a experiência e substituir a repetição do sofrimento por sua elaboração. É imprescindível que o terapeuta esteja pronto a definir "se está em condições de assumir a responsabilidade de manter um *setting* com este paciente específico" (Manica, 2006, p. 250), ou seja, se possui para aquela pessoa e naquele momento de sua trajetória pessoal e profissional a disponibilidade afetiva para *estar-com* (Costa, 2010). Deve-se reconhecer se aqueles conteúdos da pessoa podem ser comportados pelo terapeuta; se ele é capaz de suportá-los mantendo a ética e a responsabilidade com aquele que acolhe (como nos ensinam as Éticas da Alteridade e do Cuidado, em Costa, 2017b). Este reconhecimento é o ponto de partida para o início, e exige da pessoa do terapeuta não só sensibilidade e honestidade, como também um percurso de autocuidado e reflexão complexa que, neste ensaio, igualamos a fenomenológica. Após estabelecida a relação de confiança é possível ao terapeuta utilizar a fala como via de acesso ao sofrimento e ao cliente, que a linguagem dê aberturas às simbolizações possíveis.

O indivíduo que nos chega com a demanda de ideação suicida não visualiza alternativas para continuar sendo. De acordo com Sampaio & Boemer (2000), o ser-aí envolve estar diante de incalculáveis possibilidades e esta condição pode ser precursora de intenso sofrimento para o ser humano. A liberdade pode ser vista como elemento de adoecimento ou de saúde existencial (Costa e Forteski, 2013), posto que ela produz angústia tanto pela falta, que pode resultar em um aprisionamento interno e, assim, uma existência inautêntica, quanto pela responsabilidade de escolher (e de, necessariamente, abdicar), ou seja: o encargo de se tornar agente de sua experiência de ser no mundo.

O comportamento suicida frequentemente emerge quando o sujeito se depara com esta circunstância. Nas palavras de Dutra (2011), observa-se uma alienação de si, um não-apropriar-se da existência, e cessar a vida pode ser visto como "uma recusa a enfrentar a responsabilidade por ela" (p. 156). Sem visualizar alternativas, ele deseja pôr fim à angústia dessa existência sem sentido.

Diante desta demanda, precisamos estar disponíveis a um cuidado autêntico, a estar integralmente com a pessoa e oferecer uma escuta zelosa e interessada pelo impacto produzido pela experiência traumática no indivíduo. Ayres (2004) indica que, na medida em que a clínica oferta espaço para a pessoa agir na produção de sentido e ressignificação das experiências, permite-se o estabelecimento de um vínculo efetivo. No caso de pessoas que apresentam comportamento suicida, o que as conecta ao mundo pode ser exatamente o vislumbre de alternativas para encontrar sentido ao que foi vivido. Amparado em uma relação de confiança, é possível a ela possibilidades para modificar sua situação existencial atual.

À guisa de uma conclusão, se nos é possível concluir...

Ressaltamos, então, a necessidade de estar junto ao indivíduo em uma tentativa de compreender suas dores e ressignificar sua trajetória, partindo de uma perspectiva que respeite a experiência do ser. O modelo psiquiátrico clássico malogra na compreensão do indivíduo por se apoiar em categorias que, em última instância, são esvaziadas de sentido do ponto de vista existencial; os conjuntos de sinais e sintomas que caracterizam

adoecimentos psíquicos comunicam a existência de sofrimento, mas apenas a vivência individual significa o que é viver nesse sofrimento.

Assim, é pela compreensão do sentido trazido pela pessoa que podemos elaborar estratégias que floresçam apoiadas no vínculo terapêutico; a partir dele a fala tem espaço para a simbolização, e por meio desta o sujeito elabora novos caminhos de existência no mundo. O espaço clínico configura, portanto, solo fértil para produção de sentido, podendo ser um facilitador da busca pela existência autêntica em uma sociedade massificada que afasta o indivíduo da intencionalidade do Dasein.

A escolha pelo suicídio, estreitamente relacionada com o sentido e experiência do ser-no-mundo, não pode ser entendida sem análise destas particularidades; as estratégias serão eficazes na medida em que dialogam com a experiência do sujeito. Partindo dessa ótica, propomos uma abordagem que priorize a escuta integral para disponibilizar ao indivíduo a chance de um novo olhar ao seu sofrimento. Toda e qualquer intervenção pré-concebida neste processo prescinde de uma visão diferenciada do trabalho clínico, inquietada pelas problemáticas sociais envolvidas no adoecer humano, e com foco em combater a alienação do existir através do convite ao indivíduo para se implicar em seus próprios processos, partindo de um ambiente clínico coconstruído que contemple a subjetividade da relação estar-com o outro.

Do ponto de vista clínico-terapêutico, para finalizar, citamos Costa (2017b), que sumariza:

> dedicar-se ao outro (alteridade), sentir como seu cliente (empatia), ser digno de confiança (estar fenomenologicamente disponível para se responsabilizar pelo outro), ter postura profissional (que não se reduz somente a teorias ou técnicas prévias, mas antes a ter uma postura de confiança no que faz), preocupar-se com seu cliente (no sentido heideggeriano, preocupar-se, ocupar-se, ser solícito), tomar a posição de "objeto subjetivo" (na minha compreensão, significa "outro ser humano, subjetivo" como ele), aceitando amor, ódio, indiferença, falta de lógica, suspeita, confusão etc.) de forma diferente das demais pessoas, conservar os pés na terra (posicionar como alguém que pode, concretamente, ajudar), não assustar-se com as manifestações da radicalidade da existência dele (crises, tentativas de suicídio, riscos – levados ao seu limite, porém sem perder a noção de preservação da vida), estar disponível para estas

> emergências, aceitar os pedidos de socorro e gritos de desespero mesmo ele não crendo na sua ajuda, admitir que você é limitado profissionalmente, porém profundamente envolvido com sentimentos e afetos humanos, para dar apoio e suporte às manifestações destas angústias fundamentais, para, ao final (e aqui é a posição winnicottiana, por excelência), não se sentindo culpado por e admitindo ser limitado na alteração da crise, na relação de apoio-afeto-intersubjetivo-humano, esperar que a crise se resolva, porque você estava junto com... (p. 91).

Na nossa leitura, a fenomenologia, aqui em particular na sua expressão existencialista, permite percorrer estes caminhos de desvelamento do sofrimento de quem se depara com o desejo de morte objetivando, na sua valoração primeira, a continuidade da vida numa perspectiva que faça sentido e leve a pessoa a exercer a liberdade de existir no mundo pleno de contradições e demandas que nos geram constantes desassossegos.

Referências

Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(3), 16-29.

Barbosa, F. O., Macedo, P. C. M. & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o suicídio. *Revista da SBPH*, *14*(1), 233-243.

Barros, W. (2010). Sobre a autenticidade na filosofia de Sartre. *Argumentos Revista de Filosofia, 2*(3), 178-186.

Batistela, A. C. & Boneti, L. W. (2008). A relação homem/natureza no pensamento moderno. Em *VIII Congresso Nacional de Educação Educere.* Curitiba, Brasil. Recuperado a partir de: http://www.pucpr.edu.br/eventos/educere2008/anais/1424_959.pdf.

Braga, G. N. (2014). A fenomenologia e a busca de sentido. *Cadernos da Emarf: Fenomenologia e Direito, 7*(2), 1-124.

Bertolote, J. M. (2004). Suicide prevention: at what level does it work?. *World Psychiatry, 3*, (3). Recuperado a partir de:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/pdf/wpa030147.pdf

Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D.; Amaro, F., Santos, J. C., Santo, J. H., & Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio.* DGS. Recuperado a partir de: http://www.abeps.org.br/material

Carvalho, J. M. (2010). O problema do sentido. *Estudos Filosóficos, 5,* 28-42.

Chauí, M. (1996). *Heidegger, vida e obra*. In: Prefácio. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural.

Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: Positiva.

Costa, I. I. (2010). Crises psíquicas "do tipo psicótico": distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de "psicose". In I. Costa & Cols (Orgs), *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa* (pp. 57-63). Brasília: Kaco.

Costa, I. I. (2017a). Reflexões fenomenológicas sobre a crise psíquica grave e seu cuidado. Em C. Morujão et al. (Orgs.). *Fenomenologia e Psicanálise*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Costa, I. I. (2017b). A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re) Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. No prelo.

Costa, M. M. & Forteski, R. (2013). O constrangimento do ser e a alienação existencial como hipóteses fenomenológico-existenciais para o ato de suicidar-se. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, 2*(1), 42-56.

Dantas, J. B., Sá, R. N., & Carreteiro, T. C. (2009). A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *61*(2), 1-9.

Dias, P. C. C. (2007). Amor e modernidade: a influência da sociedade de consumo nas relações amorosas. *CES Revista*, V. 2, 181-190.

Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica da fenomenologia hermenêutica: algumas considerações. *Revista da Abordagem Gestáltica, 17*(2), 152-157.

Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 12*(3), 924-937.

Feijoo, A. M. L. C. (2011). Crise da subjetividade e o despontar das psicologias fenomenológicas. *Psicologia em Estudo, 16*(3), 409-417.

Foucault, M. (2001). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, M. (2008). *A arqueologia do saber.* Rio de Janeiro: Forense.

Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo.* São Paulo: Editora Santuário.

Frankl, V. (2008). *Em busca de sentido.* Petrópolis: Vozes.

Freitas, M. H., Araújo, R. C., Franca, F. S. L., Pereira, O. P., & Martins, F. (2012). Os sentidos do sentido: uma leitura fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica, 18*(2), 144-154.

Fukumitsu, K. O. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP, 25*(3), 270-275.

Furtado, M. A. (2014). *O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Gomes, W. B. & Castro, T. G. (2010). Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 81-83.

Heidegger, M. (1995). *Ser e Tempo.* (Partes I e II). Petrópolis: Vozes.

Heidegger, M. (1996). *Que é Metafísica?* Os pensadores. São Paulo: Nova Cultura.

Husserl, E. (2002). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. Porto Alegre: EdPUC/RS

Inwood, M. (2002). *Dicionário Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Kiraly, C. (2014). O suicídio como forma de ação política e social no ceticismo de Montaigne e Hume. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 29*(86), 79-90.

Kuzmanic, M. (2010). *Suicide from an Existential-Phenomenological Perspective*. Paper presented at UP PINT, Koper, Slovenia.

Lévy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica.

Manica, M. (2006). Contratransferência em situações "extremas". In J. Zaslavsky & M. Santos (Orgs.), Contratransferência: teoria e prática clínica (pp. 244-255). Porto Alegre: Artmed.

Minkowski, E. (1999/1966). *Traité de psychopathologie*. Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Morais, R. A. O. (2015) *A Contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteiriços*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.

Morin, E. (2005). *Ciência com consciência.* Rio de Janeiro: Bertrand.

Pessoa, F. (2006). *O livro do desassossego*. Brasil: Companhia da Letras.

Retondar, A. M. (2008). A (re)construção do indivíduo: a sociedade de consumo como "contexto social" de produção de subjetividades. *Sociedade e Estado*, *23*(1), 137-160.

Ricoeur, P. (2012). *Vivo até a Morte seguido de Fragmentos*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Sampaio, M. A. & Boemer, M. R. (2000). Suicídio: um ensaio em busca de um des-velamento do tema. *Revista da escola de enfermagem da USP, 34*(4), 325-332.

Sartre, J-P. (1980). *O testamento de Sartre*. São Paulo: L&PM.

Sartre, J-P. (1997). *O ser e o nada: ensaio de fenomenologia ontológica*. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Silva, K. F. A., Alves, M. A., & Couto, D.P. (2016). Suicídio: uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Pretextos*, *1*(2), 184-202.

Spohr, B. & Schneider, D. R. (2009). Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica, 15*(2), 115-125.

Tavares, L. A. T. (2010). *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, *24*(3), 289-309.

Winnicott, D. W. (1989). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

World Health Organization –WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. WHO Press: Switzerland. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

World Health Organization –WHO (2017). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO Press: Switzerland. Recuperado a partir de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

13 Traços patológicos da personalidade e suas implicações para a clínica

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
Lucyla Késia de Carvalho Silva
Flávia Ulhôa Pimentel
Neidsonei Pereira de Oliveira

Apesar de conhecidos pelos psicólogos, os traços patológicos da personalidade ainda não são completamente considerados nos trabalhos clínicos. O desenvolvimento científico no campo da patologia da personalidade e da psicopatologia em geral (ver, por exemplo, Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2018) vem demandando dos profissionais da psicologia atualizações teórico-conceituais. Acredita-se inclusive que a prática diagnóstica dos transtornos da personalidade vai ser completamente reformulada com o lançamento da 11ª edição do sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (Tyrer, Mulder, Kim, & Crawford, 2019). O presente capítulo tem como objetivo discutir as implicações que os traços patológicos da personalidade têm na clínica, levando em conta diferentes perspectivas. Para tanto, inicialmente discutiremos as mudanças conceituais da patologia da personalidade, considerando os modelos diagnósticos contemporâneos. Em seguida, apresentaremos a estreita relação que a patologia da personalidade possui com os demais transtornos mentais, sinalizando uma estrutura psicopatológica comum com base em evidências empíricas. Para além disso, também discutiremos as implicações que os traços patológicos da personalidade têm em fenômenos socioculturais que, nesse caso, a título de exemplificação, focaremos na violência contra a mulher por parceiros íntimos.

Um novo paradigma de diagnóstico da patologia da personalidade

As definições de transtornos da personalidade (TPs) e os modelos de diagnóstico dessa psicopatologia vêm se alterando ao longo do tempo. Tomando como base um dos principais sistemas de classificação dos transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria, essas alterações ficam evidentes em algumas edições. Oliveira (2018a) discute brevemente a evolução histórica da forma como essa psicopatologia foi tratada ao longo das edições do DSM. Pode-se pensar em três grandes períodos, a saber: 1) o inicial, que se valia das teorias psicanalíticas para a compreensão do fenômeno; 2) o mediano, que apresentou um modelo ateórico, com enfoque na apresentação fenomenológica do transtorno e, por fim; 3) o contemporâneo, que se vale das teorias de traços e fatores. O principal modelo diagnóstico no período inicial era o prototípico (Oliveira, 2018a). Esse modelo compreendia a comparação da forma como um determinado paciente apresentava seus sintomas com perfis patológicos pré-estabelecidos. O diagnóstico era dado com base na similaridade das manifestações do paciente com uma dada descrição de um transtorno mental. O segundo período pode ser caracterizado pelo modelo categórico (Oliveira, 2018a), o qual se estende até os dias atuais, mas com vistas de mudanças, muito em breve. O modelo categórico entendia os TPs como entidades psicopatológicas independentes e que uma determinada pessoa poderia ter uma ou mais categorias diagnósticas. Finalmente, no período atual, contemporâneo, a patologia da personalidade tem sido compreendida como uma variação extrema dos traços gerais da personalidade (Crego & Widiger, 2019; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015). A patologia, nesse contexto, é determinada pelo excesso ou déficit de características da personalidade (Rojas & Widiger, 2018), que acabam por gerar prejuízos para a pessoa. A quantidade do nível dos traços é estimada por meio de abordagens quantitativas, embora aspectos qualitativos sempre permearão o procedimento diagnóstico (Oliveira & Silva, 2019). A Tabela 1 resume as principais características históricas relacionadas à evolução do conceito de TP.

Tabela 1
Evolução histórica dos modelos diagnósticos dos Transtornos da Personalidade no DSM

Período	Edições do DSM	Base Teórica	Modelo	Abordagem
Inicial 1952-1972	I e II	Psicanálise	Prototípico	Qualitativa
Mediano 1973-2012	III, IV e 5	Ateórica	Categórico	Qualitativa
Atual 2013-hoje	5 (Seção III)	Traços e Fatores	Híbrido	Quantitativo

Nota: A quinta edição deixou de ser grafada em algarismo romanos, passando para algarismo arábico para otimizar os processos de revisão do manual, como, por exemplo, DSM-5.1.

É possível observar na Tabela 1 que o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), está tanto no período mediano quanto no contemporâneo. Isso porque os avanços propostos no sistema de classificação dos TPs não foram oficialmente aceitos pela Associação Americana de Psiquiatria (para detalhes ver Krueger, 2013; Zachar, Krueger, & Kendler, 2016). De qualquer forma, o modelo alternativo dos TPs, conhecido na literatura internacional pela sigla AMPD, do inglês, *Alternative Model of Personality Disorders*, foi publicado na Seção III, intitulada "Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes", do manual. Esse novo modelo é chamado de híbrido pois considera tanto o modelo dimensional quanto o categórico de diagnóstico dos TP (para conhecer mais detalhadamente o modelo recomenda-se a leitura de Oliveira, 2018a, 2018b, 2019).

Apesar dessa reprovação da comissão da Associação Americana de Psiquiatria, vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde já aprovou o novo modelo de diagnóstico de TPs que será publicada na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a qual entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 2022. O novo sistema é fundamentalmente dimensional e está de acordo com as recomendações científicas contemporâneas sobre o tema. Para melhor circunscrever esse debate, seguiremos com alguns esclarecimentos.

Os modelos diagnósticos contemporâneos para o diagnóstico de TPs são o modelo categórico e o modelo dimensional. O primeiro, refere-se à perspectiva tradicional de diagnóstico de transtornos mentais e está associado aos nomes de Kahlbaum e Kraepelin. Esse modelo encontra-se nas atuais edições da CID e do DSM e é amplamente usado no mundo. O segundo modelo, o dimensional, está associado aos trabalhos de Adolf Meyer e aos pesquisadores da escola psicobiológica (Goldberg, 2000), e vem sendo estudado empiricamente há décadas por aqueles que entendem que o modelo categórico não capta adequadamente a natureza dos TPs (Trull & Durrett, 2005).

A diferença básica entre esses dois modelos é que no modelo categórico os TPs são síndromes clínicas qualitativamente distintas, ou seja, na presença de um número mínimo de sintomas e/ou critérios se configura o diagnóstico de um TP específico, como em um *checklist*. Já no modelo dimensional, os TPs seriam variantes mal adaptativas de traços de personalidade (American Psychiatric Association, 2013) e podem ser caracterizados por nível de severidade (ex.: leve, moderado, grave) e pela especificação de traços.

O modelo híbrido, como dito anteriormente, congrega as abordagens categórica e dimensional. No DSM-5, o modelo híbrido propõe o diagnóstico de TP a partir de sete critérios. O primeiro, critério A, apresenta um modelo dimensional de funcionamento da personalidade organizado em quatro dimensões: identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade (American Psychiatric Association, 2013). Prejuízos moderados em dois ou mais desses domínios são preditores de TP (Morey & Skodol, 2013). Em seguida, o critério B refere-se ao exame dos traços patológicos da personalidade que estão associados aos prejuízos funcionais, isto é, o critério B refere-se ao exame dos traços patológicos da personalidade que estão associados aos prejuízos funcionais. Esse critério compreende um modelo de 25 traços patológicos da personalidade, os quais foram empiricamente estabelecidos (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). Os critérios C, D, E, F e G são qualitativos e visam determinar: o grau de inflexibilidade e difusão dos traços (critério C) e da estabilidade dos traços ao longo do tempo (critério D); a diferenciação dos traços de outros transtornos mentais (critério E), de efeitos de substâncias ou condições médicas (critério F) e de comportamentos esperados para a cultura e fase de desenvolvimento (critério G).

A avaliação dos critérios A e B, que são dimensionais, conta com o suporte de instrumentos de mensuração. O próprio manual apresenta a Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (*Level of Personality Functioning Scale* - LPFS), que é um instrumento em que o clínico pontua em uma escala de 0 a 4 pontos o nível de prejuízo do funcionamento da personalidade do paciente (American Psychiatric Association, 2013). Essa escala permite a determinação do critério A, embora vale salientar que a literatura apresenta outros instrumentos para a avaliação desse critério. Para a avaliação dos traços patológicos de personalidade (critério B), o principal instrumento é o Inventário de Personalidade para o DSM-5 (*Personality Inventory for DSM-5 - PID-5*), disponibilizado gratuitamente pela Associação Americana de Psiquiatria. Para os demais critérios não existem instrumentos ou modelos específicos de mensuração. Contudo, Oliveira(2018a) oferece dicas para a avaliação desses critérios.

Esse é um modelo híbrido porque caso o perfil de traços de um determinado paciente se assemelhar a algum perfil específico, o diagnóstico categórico é dado. Esse modelo consiste de seis tipos de TPs, a saber, o antissocial, o evitativo, o borderline, o

narcisista, o obsessivo-compulsivo e o esquizotípico. Se o perfil de traços de um paciente não for semelhante a nenhum perfil desses tipos específicos de patologia da personalidade, o diagnóstico é dado usando uma categoria residual denominada Transtorno de Personalidade – Especificado pelo Traço. A Tabela 2 apresenta resumidamente as principais características do modelo híbrido do DSM-5.

Apesar de a literatura científica validar esse modelo diagnóstico, há críticas quanto à manutenção da abordagem categórica (Clark et al., 2015) e quanto à complexidade do sistema de traços que compreende um total de 25 facetas e cinco domínios (Tyrer et al., 2019). Todavia, a comunidade científica endossa a abordagem dimensional e isso é refletido na recente aprovação da Organização Mundial da Saúde de um novo modelo de classificação dos TPs, puramente dimensional, que será implementado na CID-11.

O modelo da CID-11 possui um alinhamento conceitual estreito com o modelo alternativo do DSM-5, embora existam especificidades. A definição de TP na CID-11 envolve a presença de problemas no funcionamento do *self* e/ou disfunção interpessoal por um período de dois ou mais anos (World Health Organization, 2019). Essa definição está fortemente alinhada ao critério A do DSM-5. Contudo, o processo diagnóstico não implica em categorias independentes como proposto no DSM-5, mas na determinação do nível de severidade da apresentação do transtorno. Desse modo, ao invés de se reportar diagnósticos como o de TP narcisista, na CID-11 reporta-se o nível de severidade da personalidade (ver descrição na Tabela 3). Os níveis de gravidade consistem em leve, moderado e grave, e há também uma condição subsindrômica denominada "dificuldade de personalidade". Para além do nível de patologia da personalidade, o clínico pode indicar um ou mais traços de personalidade proeminentes, a saber, afetividade negativa, distanciamento, dissocialidade, desinibição e anancastia. Há também um qualificador de padrão borderline, que pode ser combinado com qualificadores de traços (World Health Organization, 2019; Bach & First, 2018).

Tabela 2
Modelo Alternativo de Transtornos da Personalidade no DSM-5

Critério	Descrição
A	Funcionamento da personalidade. Domínios: Identidade, Autodirecionamento, Empatia, Intimidade.
B	Traços patológicos da personalidade. Facetas: Afetividade Restrita; Anedonia; Ansiedade; Busca de Atenção; Crenças e Experiências Incomuns; Desconfiança; Desonestidade; Desregulação Cognitiva e Perceptiva; Distratibilidade; Evitação da Intimidade; Excentricidade; Exposição a Riscos; Grandiosidade; Hostilidade; Impulsividade; Insegurança de Separação; Insensibilidade; Irresponsabilidade; Labilidade Emocional; Manipulação; Perfeccionismo; Perseveração; Retraimento; Submissão; Tendência à Depressão. Domínios: Afetividade Negativa; Antagonismo; Desinibição; Distanciamento; Psicoticismo.
C	Inflexibilidade e difusão dos critérios A e B em várias situações pessoais e sociais.
D	Estabilidade temporal dos critérios A e B, tendo surgidos na adolescência ou início da vida adulta.
E	Os critérios A e B não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
F	Os critérios A e B não são unicamente atribuíveis aos efeitos de substância ou outra condição médica.
G	Os critérios A e B não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento ou para o ambiente sociocultural.

Algoritmo para o Diagnóstico		
Transtorno	Traços Esperados	Critério
Antissocial	Manipulação, Insensibilidade, Desonestidade, Hostilidade, Exposição a Riscos, Impulsividade, Irresponsabilidade	Ter 18 anos ou mais; Ter ao menos seis dos sete traços esperados.
Evitativa	Ansiedade, Retraimento, Anedonia, Evitação da Intimidade.	Ter ao menos três dos quatro traços esperados, sendo um deles Ansiedade.
Borderline	Labilidade Emocional, Ansiedade, Insegurança de Separação, Tendência à Depressão, Impulsividade, Exposição a Riscos, Hostilidade.	Ter ao menos quatro dos sete traços esperados, sendo um deles ou Impulsividade ou Exposição a Riscos ou Hostilidade.
Narcisista	Grandiosidade, Busca de Atenção.	Ter os dois traços esperados.
Obsessivo-Compulsiva	Perfeccionismo Rígido, Perseveração, Evitação da Intimidade, Afetividade Restrita.	Ter ao menos três dos quatro traços esperados, sendo um deles Perfeccionismo Rígido.
Esquizotípica	Desregulação Cognitiva e Perceptiva, Crenças e Experiências Incomuns, Excentricidade, Afetividade Restrita, Retraimento, Desconfiança.	Ter ao menos quatro dos seis traços esperados.
Especificado pelo Traço	Todos os traços.	Uma ou mais domínios ou facetas específicas do critério B.

Tabela 3
Modelo Diagnóstico dos Transtornos da Personalidade da CID-11

Transtornos da Personalidade (Código 6D10)		
Definição: Problemas persistentes (por dois anos ou mais) no funcionamento do self e interpessoal que se manifestam em padrões de cognição, de experiência e expressão emocional e de comportamento mal adaptativos, que são manifestados em diversas situações sociais e pessoais.		
Severidade	**Código**	**Descrição**
Dificuldade de personalidade	**QE50.7**	**Características proeminentes da personalidade que podem afetar o tratamento ou serviços de saúde, mas não atingem o nível de gravidade para um transtorno de personalidade.**
Transtorno leve da personalidade	**6D10.0**	**Apresenta os critérios para um transtorno da personalidade, mas os prejuízos são circunscritos a algumas esferas da vida.**
Transtorno moderado da personalidade	**6D10.1**	**Apresenta os critérios para um transtorno da personalidade e os prejuízos compreendem várias áreas da vida, embora algumas sejam menos afetadas.**
Transtorno severo da personalidade	**6D10.2**	**Apresenta os critérios para um transtorno da personalidade e os prejuízos são generalizados a todas as áreas vida.**
Transtorno da personalidade, severidade não especificada	**6D10.Z**	**Categoria residual**
Traços proeminentes de personalidade ou padrões (Código 6D11)		
Definição: Os traços não são categorias diagnósticas, mas representam os aspectos da personalidade mais proeminentes que descrevem o funcionamento da personalidade.		
Afetividade Negativa	**6D11.0**	**Tendência a experimentar uma variedade de afetos negativos.**
Distanciamento	**6D11.1**	**Tendência a manter distância emocional e social.**
Dissocialidade	**6D11.2**	**Tendência a desrespeitar os direitos dos outros.**
Desinibição	**6D11.3**	**Tendência a agir precipitadamente sem considerar possíveis consequências.**
Anancastia	**6D11.4**	**Tendência a rigidez e perfeccionismo, ao controle das coisas e das pessoas.**
Padrão borderline	**6D11.5**	**Padrão de instabilidade das relações, do self e do comportamento.**
Mudança secundária da personalidade (Código 6E68)		
Definição: Persistente distúrbio da personalidade que representa uma mudança do padrão de personalidade anterior e que é efeito patofisiológico de outra condição de saúde não descrita na categoria de Transtornos mentais e comportamentais.		

Considerando que o modelo da CID-11 se fundamenta em uma abordagem dimensional-quantitativa, vale destacar a existência de modelos de mensuração para a estimação dos construtos do modelo. A "Avaliação Padronizada da Gravidade do Transtorno da Personalidade" (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder* – SASPD; Olajide et al., 2018), e, para a avaliação dos domínios qualificadores, há o Inventário de Personalidade da CID-11 (*Personality Inventory for ICD-11* – PiCD; Oltmanns & Widiger, 2018) e a Escala de Padrão Borderline (*Borderline Pattern Scale* – BPS; Oltmanns & Widiger, 2019a). Para a avaliação dos traços qualificadores também foi proposto o Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade para a CID-11 (*Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* - FFiCD; Oltmanns & Widiger, 2019b) que inclui medidas de facetas específicas do modelo. Vale salientar que a expectativa sobre esse novo paradigma de conceituação e avaliação dos TPs na CID-11 melhorarão a utilidade clínica do diagnóstico dos TPs, ajudando no desenvolvimento e seleção de tratamento adequado e redução de estigma (Tyrer et al., 2011).

Traços patológicos da personalidade e as relações com outros transtornos mentais

Tradicionalmente, os transtornos mentais são compreendidos de forma categórica, isto é, como entidades independentes que estão presentes ou ausentes, não sendo possível gradações nesse intervalo (Avasthi, Sarkar, & Grover, 2014). Essa perspectiva é aplicada de forma generalizada aos transtornos mentais, incluindo, portanto, os TPs. De fato, durante muito tempo os TPs foram considerados tão distintos dos demais transtornos mentais que eles eram diagnosticados em um eixo diferente dos demais quadros nosológicos. Na terceira e na quarta edições do DSM, o diagnóstico dos transtornos mentais era feito com base em um modelo multiaxial, compreendendo cinco grandes eixos. O Eixo I continha os critérios diagnósticos para os transtornos mentais clínicos e o Eixo II os TPs e o antigo "retardo mental". Os demais eixos referiam-se a condições médicas gerais (Eixo III), a problemas psicossiciais e ambientais (Eixo IV) e ao grau de prejuízo da funcionalidade (Eixo V) (Matos, Matos, & Matos, 2005). Contudo, essa separação e esse critério de independência entre os transtornos não têm encontrado suporte científico (Eaton, South, & Krueger, 2010; Krueger & Markon, 2006). De fato, havia importantes evidências de sobreposição dos Eixos I e II (Alnaes & Torgersen, 1988; Oldham et al., 1995).

No DSM-5, o sistema multiaxial foi suprimido e modelos contemporâneos de psicopatologia propõem uma estrutura que congrega sintomas de transtornos mentais e traços patológicos da personalidade. Um modelo emergente, proposto por um consórcio de pesquisadores e clínicos de diversas partes do mundo (Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2018), apresenta uma estrutura hierárquica dos transtornos mentais. Trata-se de uma taxonomia hierárquica de psicopatologia (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* - HiTOP) baseada nas teorias psicométricas e em dados empiricamente derivados (Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2018). As evidências empíricas têm mostrado que os fenótipos de psicopatologias são geralmente de natureza contínua ao invés de discreta. Logo, os conceitos de psicopatologia podem ser melhor entendidos como dimensões ao invés de categorias. Isso é de grande importância, uma vez que tal visão não cria limites aleatórios entre um transtorno e outro, e evita o diagnóstico de transtorno não especificado ou mesmo a impossibilidade de diagnóstico, já que todos podem ser caracterizados por um conjunto de dimensões (Sellbom, Carragher, Sunderland, Calear, & Batterham, 2019).

O modelo HiTOP agrega sintomas com similaridades entre si em espectros. Em se tratando dos sintomas dos diferentes transtornos mentais, entende-se haver três dimensões, a saber, a internalizante, a externalizante e de distúrbio do pensamento (Kotov et al., 2017; Markon, 2010; Wright et al., 2013). A dimensão internalizante estaria ligada a sintomas de afetos e experiências pessoais negativas. A dimensão externalizante, por sua vez, explicaria os problemas de comportamento e de uso de substâncias. Por fim, a dimensão de problemas do pensamento explicaria os problemas do tipo psicótico e de comportamento maníaco. Uma quarta dimensão tem sido investigada, a somatoforme, com sintomas de queixas somáticas e de mal-estar da ansiedade. Em relação à patologia da personalidade, o modelo incorpora os traços mal adaptativos da personalidade nos espectros de distanciamento e de externalização antagônica (Krueger et al., 2018). Fora isso, a estrutura hierárquica dos traços patológicos da personalidade apresenta convergência teórica com o espectro internalizante (Wright et al., 2012). As dimensões afetividade negativa e distanciamento juntas formam o espectro internalizante. Por outro lado, as dimensões desinibição e antagonismo formam o espectro externalizante. A dimensão psicoticismo é equivalente ao espectro de distúrbios do pensamento (Kotov et al., 2017; Krueger & Markon, 2014). Wright e Simms (2015) encontraram cinco

dimensões que englobam hierarquicamente os transtornos mentais, os TPs e os traços mal adaptativos da personalidade, a saber, as dimensões internalizante, distanciamento, desinibição, antagonismo e distúrbios do pensamento. Esses dados mostram o quão interligados os traços patológicos da personalidade estão com outros transtornos mentais.

Muitas vezes os clínicos focam nos sintomas agudos de um ou mais transtornos mentais e negligenciam os traços patológicos da personalidade, que igualmente geram prejuízos para o paciente. Por exemplo, no Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Tept), estudos como o de Axelrod, Morgan e Southwick (2005) revelam uma forte associação entre Tept e o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB). No mesmo sentido, Jowett, Karatzias, Shevline Albert (2019) discutiram a relação entre Tept e TPB com a inclusão do conceito de T Tept Complexo (Tept-C), que será incluído na CID-11. Esse conceito compreende situações traumáticas extremas ou prolongadas, que são acompanhadas por sintomas organizados em seis grupos: os três já existentes no Tept Simples (Tept-S), a saber, a reexperiência, a evitação e a hipervigilância; mais três sintomas característicos de distúrbios de auto-organização, a saber, a desregulação emocional, as dificuldades interpessoais e o autoconceito negativo (Both, Malgarim, & Freitas, 2018). Contudo, para ter validade, o Tept-C precisa se mostrar como uma condição distinta de um TPB. Dessa forma, Jowett et al. (2019) examinaram a diferença entre essas condições e os resultados indicaram que os transtornos realmente se apresentam clinicamente de forma distinta. No entanto, observou-se que as características de ambos se sobrepõem em vários momentos. O estudo verificou que o Tept-C está mais associado a múltiplos traumas interpessoais vividos em idades mais novas enquanto o Tept-S mostrou-se menos associado ao TPB e mais frequente em pessoas que viveram situações traumáticas na vida adulta.

Pode-se perceber, com base no que discutimos até o momento, que os traços de personalidade e a expressão sintomática de transtornos mentais estão interconectados de forma dinâmica e complexa. Os traços patológicos da personalidade possuem implicações importantes também na experiência e expressão dos sintomas, caracterizando-se como bases disposicionais da manifestação sintomatológica. Essa compreensão integral do paciente, incluindo a contextualização sócio-econômico-político-cultural dele, permite o estabelecimento de intervenções que atendam melhor as necessidades dele.

A patologia da personalidade no fenômeno da violência contra a mulher

A patologia da personalidade também está associada a fenômenos socioculturais, onde um contexto político-cultural-social endossa a expressão de padrões de comportamento pouco adaptativos. Para ilustrar essa situação, discutiremos o caso da violência contra a mulher. Atualmente, com a ampliação dos meios de comunicação, notam-se constantemente denúncias de mulheres que sofrem violência de parceiros íntimos (VPI). A VPI é uma das principais preocupações de saúde pública. Estudos (Ørke, Vatnar, & Bjørkly, 2018; Pico-Alfonso, Echeburúa, & Martinez, 2008) relataram que a VPI tem uma influência significativa na saúde mental das vítimas e é uma forte preditora de diferentes tipos de transtornos mentais. A violência contra a mulher (VCM) é um crime que é em grande parte realizado por parceiros ou ex-parceiros íntimos (Thornton, Graham-Kevin, & Archer, 2016). Essas agressões tendem a ocorrer desde o início da relação e, geralmente, as mulheres se mantêm sob essa violência durante um espaço de tempo não inferior a dez anos até que resolvam buscar algum tipo de auxílio (Sá & Werlang, 2013). Muitas mulheres não vivem apenas um, mas múltiplos relacionamentos abusivos (Coolidge & Anderson, 2002; Ørke et al., 2018) e dessa forma, aumentam os riscos de serem vítimas de feminicídio. É de consenso na literatura que este fenômeno possui gênese multicausal (Avdibegovic, Brkic, & Siananovic, 2017) e, portanto, não é tão simples prevenir a VPI em mulheres. No Brasil, muitas pesquisas investigam a relação da VPI com fatores socioeconômicos e papéis de gênero. Em relação aos aspectos individuais internos, a literatura internacional tem observado que traços patológicos da personalidade são importantes mediadores de VPI (Coolidge & Anderson, 2002; Dowgwillo et al., 2016; Ørke et al., 2018). Pessoas que possuem traços patológicos da personalidade tendem a não reconhecer que são deficientes em suas relações interpessoais (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015) e esse não reconhecimento pode contribuir para que as mulheres adotem atitudes de aceitação aos abusos e para que os homens continuem perpetrando violência em seus relacionamentos.

Ulloa, Hammett, O'Neal, Lydston e Aramburo (2016) afirmam que investigar as discrepâncias na associação entre personalidade e VPI entre perpetradores e vítimas pode ser útil. O exame dos traços de personalidade dos fatores de risco da vitimização da VPI, além dos fatores de risco da perpetração da VPI, pode ajudar a diminuir o risco de as mulheres serem revitimizadas por outro parceiro íntimo. A personalidade tem sido

vinculada a um conjunto de experiências de relacionamento, incluindo satisfação, qualidade e estabilidade, mas é importante também considerar como alguns fatores da personalidade estão associados a comportamentos interpessoais como agressão física, psicológica e sexual (Hines, & Saudino, 2008). Estudos apontam que, geralmente, relações violentas se formam a partir de vínculos patológicos que se retroalimentam transformando a relação em um ciclo de violência (El Moez, Elsyed, Yousef, Eldeen, & Ellithy 2014; Sá & Werlang, 2013). Para muitas mulheres as violências não acontecem de forma isolada, mas parte de um modelo contínuo de conduta abusiva dentro da dinâmica do casal (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra mulher como "qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psíquico, incluindo ameaças, coação ou privação da liberdade, quer ocorram em público ou em privado" (Conselho Social e Econômico das Nações Unidas, 1992, p. 26). Muitos pesquisadores não investigam a etiologia e os correlatos da vitimização da VPI, provavelmente por causa do medo de culpar a vítima. No entanto, essa é uma importante via de investigação e não se reflete necessariamente em culpabilização da vítima (Hines & Saudino, 2008). Em relação à personalidade dos agressores, cada vez mais discutida na literatura científica nacional e internacional, ela é estudada através de diferentes perspectivas teóricas. Na década de 90 houve um aumento considerável de estudos que visavam identificar os perfis dos agressores conjugais (Dutton, 1995; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Monson, & Langhinrichsen-Rohling, 1998). As psicopatologias, por exemplo, são frequentemente apontadas por esses estudos, em especial os transtornos e traços patológicos da personalidade (Felício, Vargas, & Lima, 2018). Há também perspectivas de gênero que consideram a mulher como a principal vítima e o homem como o que exerce um papel dominante legitimado por uma cultura machista e patriarcal (Madalena, Costa, & Falcke, 2017).

Vários estudos que avaliaram o funcionamento psicológico de mulheres vítimas de VPI encontraram alguns transtornos, como: depressivo, de ansiedade e de estresse pós-traumáticos e também os TP paranoide, dependente, borderline e autodestrutiva (Coolidge & Anderson, 2002; Pico-Alfonso et al., 2008; Ørke et al., 2018). Mulheres que foram diagnosticadas com TP manifestaram problemas de enfrentamento, baixa

autoconfiança, raiva e falta de discernimento (Coolidge & Anderson, 2002) no contexto da VPI. Jacobucci e Cabral (2004), em um estudo com mulheres vítimas de violência doméstica, verificaram que essas mulheres apresentam traços esquizoides ou esquizotípicos, que favorecem a introversão, o isolamento afetivo, a ansiedade persecutória, entre outros. Segundo os autores, isso levaria as mulheres a se exporem a relações amorosas identificadas com os mesmos traços e consequentemente manterem o vínculo abusivo. Dowgwillo et al. (2016) verificaram que quanto mais táticas de negociação as mulheres usavam para resolver conflitos familiares, maiores eram suas tendências para labilidade emocional, exposição a riscos e ansiedade. Eles também observaram que quanto mais elas usavam dessa tática, menos traços de perseveração, submissão e irresponsabilidade elas apresentavam. Com isso, observa-se que os traços patológicos da personalidade se associam com as formas como as experimentam e respondem a situações de violência.

Em relação aos aspectos individuais dos homens perpetradores de violência, as características dos TPs Borderline e Antissocial são as mais associadas às situações de violência conjugal (Madalena et al., 2017). Um aspecto comum a esses TPs é a impulsividade, que pode ser parcialmente responsável pela agressão à parceira. Os homens com sintomas borderline podem perpetrar a violência também devido a insegurança de apego, enquanto que aqueles com sintomas antissociais podem se comportar dessa maneira como consequência da hostilidade generalizada (Weinstein, Gleason, & Oltmanns, 2012). Nesse sentido, entender a dinâmica do casal e as ligações entre personalidade e VPI é fundamental para compreensão do evento como todo. Sabe-se, também, que os aspectos sociais são fatores relevantes para uma percepção clara desse fenômeno. Em uma cultura marcada pela desigualdade de gênero, alguns aspectos patológicos da personalidade são legitimados e vão sendo naturalizados. Nesse sentido, a violência é engendrada, obedecendo a uma performance estabelecida entre os parceiros, e as agressões são resultado de um movimento de forças entre homem e mulher, mesmo que na maior parte das vezes os danos físicos e emocionais sejam maiores na mulher (Cortez, Souza, & Queiróz, 2010). De acordo com Boonzaier (2008), é fundamental analisar esta dinâmica a partir de uma perspectiva relacional. Desse modo, os

relacionamentos abusivos podem ser mais bem compreendidos se as duas partes do casal forem consideradas como sujeitos.

Considerações finais

No presente capítulo discutimos o papel que os traços patológicos da personalidade têm em diferentes aspectos da vida das pessoas e da clínica psicológica. A forma como conceituamos esse quadro psicopatológico está se modificando, principalmente devido aos achados científicos que demandam modelos mais parcimoniosos e empiricamente embasados. Vimos a intrínseca relação que a patologia da personalidade apresenta com os demais transtornos mentais, chegando inclusive a compartilharem uma mesma arquitetura mental. Por fim, observamos o quanto que os aspectos sócio-político-culturais modelam as experiências e expressão de características mal adaptativas da personalidade. Dessa forma, recomendamos aos psicólogos clínicos, em seus trabalhos, que considerem de forma mais proeminente os traços mal adaptativos da personalidade, ampliando as compreensões que se têm de suas intervenções e práticas profissionais.

Referências

Alnaes, R., & Torgersen, S. (1988). The relationship between DSM−III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*(4), 485-492.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Avasthi, A., Sarkar, S., & Grover, S. (2014). Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian Journal of Psychiatry, 56*(3), 301-304.

Avdibegovic, E., Brkic, M., & Sinanovic, O. (2017). Perfil emocional das mulheres vítimas de violência doméstica. *Materia socio-medica, 29*(2), 109-113.

Axelrod, S. R., Morgan III, C. A., &Southwick, S. M. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 270-275.

Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry, 18*(1), 351.

Boonzaier, F. (2008). 'If the man says you must sit, then you must sit': The relational construction of woman abuse: Gender, subjectivity and violence. *Feminism & Psychology, 18(2)*, 183-206.

Both, L. M., Malgarim, B. G., & Freitas, L. H. (2018). Avaliação psicodinâmica de pacientes com transtorno de estresse agudo e pós-traumático em uma instituição pública. *Psicologia Clínica, 30*(3), 579-593.

Clark, L. A., Vanderbleek, E. N., Shapiro, J. L., Nuzum, H., Allen, X., Daly, E., ... & Ro, E. (2015). The brave new world of personality disorder-trait specified: Effects of additional definitions on coverage, prevalence, and comorbidity. *Psychopathology Review, 2*(1), 52-82.

Conselho Social e Econômico das Nações Unidas. (1992). *Relatório do trabalho de grupo na violência contra a mulher*. Viena: Nações Unidas.

Coolidge, F. L., & Anderson, L.W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence, 17*(2), 117-131.

Cortez, M. B., Souza, L., & Queiróz, S. S. D. (2010). Violência entre parceirosíntimos: umaanáliserelacional. *Revista Psicologia Política, 10*(20), 227-243.

Crego, C., & Widiger, T. A. (2019, July 22). The convergent, discriminant, and structural relationship of the DAPP-BQ and SNAP with the ICD-11, DSM–5, and FFM Trait Models. *Psychological Assessment*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/pas0000757

Dowgwillo, E. A., Ménard, K. S., Krueger, R. F., & Pincus, A. L. (2016). DSM-5 pathological personality traits and intimate partner violence among male and female college students. *Violence Victims, 31(3),* 416-437.

Dutton, D. G. (1995). Male abusiveness in intimate relationships. *Clinical Psychology Review, 15*(6), 567-581.

Eaton, N. R., South, S. C., & Krueger, R. F. (2010). The meaning of comorbidity among common mental disorders. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 223-241). New York, NY, US: The Guilford Press.

El Moez, K. A., Elsyed, M., Yousef, I., Eldeen, A. W., &Ellithy, W. (2014). Psychosocial characteristic of female victims of domestic violence. *Egyptian Journal of Psychiatry,* 35(2), 105-113.

Felicio, A. S., Vargas, M. M., & Lima, J. S. T. (2018). Traços de Personalidade em homens que cometeram violência conjugal. *Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes - SEMPESq*, (18).

Goldberg, D. (2000). Plato versus Aristotle: Categorical and dimensional models for common mental disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*(2), 8-13.

Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2008). Personality and intimate partner aggression in dating relationships: The role of the "Big Five". *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 34*(6), 593-604.

Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116*(3), 476-497.

Jacobucci, P. G., & Cabral, M. A. A. (2004). Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(3), 215-215.

Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2019). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *11*(1), 36–45. https://doi.org/10.1037/per0000346

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454-477.

Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 355-362.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 111-133.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477-501.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879-1890.

Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... & Bagby, R. M. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282-293.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

Madalena, M. B. A., Costa, C. B., & Falcke, D. (2017). Violência conjugal e transtornos da personalidade: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Clínica, 29(3)*, 519-542

Markon, K. E. (2010). Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychological Medicine, 40*(2), 273-288.

Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *27*(3), 312-318.

Monson, C. M., & Langhinrichsen-Rohling, J. (1998). Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression Violent Behavior, 3(4)*, 369-389.

Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: Evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice, 19*(3), 179-193.

Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., ... & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the

Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders, 32*(1), 44-56.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry, 152*(4), 571-578.

Oliveira, S. E. S. (2018a). O modelo híbrido de diagnóstico dos transtornos de Personalidade no DSM-5. In: C. S. Hutz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini (Orgs). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 390-416). Porto Alegre, RS: Artmed.

Oliveira, S. E. S. (2018b). Integração entre teoria, pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade: relato de caso. In: C. S. Hutz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini (Orgs). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 447-486). Porto Alegre, RS: Artmed.

Oliveira, S. E. S. (2019). Avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade: modelos categórico, dimensional e híbrido. In: M. N. Baptista et al. (Orgs). *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 589-600). Petrópolis, RJ: Vozes.

Oliveira, S. E. S., & Silva, M. A. (2019). Integração de resultados qualitativos e quantitativos. In: M. N. Baptista et al. (Orgs). *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 98-108). Petrópolis, RJ: Vozes.

Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019a). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment, 31*(5), 674-684.

Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019b). The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychological Assessment*. Advance online publication.

Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment, 30*(2), 154-169.

Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., &Bjørkly, S. (2018). Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: a systematic review. *Journal of Family Violence, 33*(5), 325-339.

Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence,* 23(7), 577-588.

Rojas, S. L., & Widiger, T. A. (2018). Convergent and discriminant validity of the Five Factor Form and the Sliderbar Inventory. *Assessment, 25*(2), 222-234.

Sá, S. D., & Werlang, B. S. G. (2013). Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: Uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos,6(2),* 106-116.

Sellbom, M., Carragher, N., Sunderland, M., Calear, A. L., & Batterham, P. J. (2019). The role of maladaptive personality domains across multiple levels of the HiTOP structure. *Personality and Mental Health*. https://doi.org/10.1002/pmh.1461

Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journalof Abnormal Psychology, 124*(2), 343-354.

Thornton, A. J., Graham−Kevan, N., & Archer, J. (2016). Intimate partner violence: Are the risk factors similar for men and women, and similar to other types of offending?. *Aggressive Behavior,* 42(4), 404-412.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380.

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., ... & Swales, M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD−11). *Personality and Mental Health, 5*(4), 246-259.

Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 481-502.

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet, 385*(9969), 717-726.

Ulloa, E. C., Hammett, J. F., O'Neal, D. N., Lydston, E. E., &Aramburo, L. F. L. (2016). The Big Five Personality Traits and Intimate Partner Violence: Findings from a large, nationally representative sample. *Violence and victims, 31(6*), 1100-1115.

Weinstein, Y., Gleason, M. E., & Oltmanns, T. F. (2012). Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle-age. *Journal of Abnormal Psychology,121*(3), 692.

World Health Organization (WHO). (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: WHO. 11th rev. v.4/2019. https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

Wright, A. G., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine, 45*(11), 2309-2319.

Wright, A. G., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: Toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 281-294.

Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 951-957.

Zachar, P., Krueger, R. F., Kendler, K. S. (2016). Personality disorder in DSM-5: An oral history. *Psychological Medicine, 46*(1), 1-10.

14 Um dispositivo clínico para adolescentes em medida socioeducativa[1]

Maristela Muniz Gusmão
Deise Matos do Amparo

Com a consideração de que novos arranjos podem ser conferidos ao que está conservado nos alicerces do psiquismo, nos propomos a construir um dispositivo de cuidado, norteado pelas noções de tempo e trabalho de ligação, para jovens privados de liberdade por envolvimento em atos violentos. Nosso intuito será apresentar este dispositivo e analisar suas possibilidades de mediação terapêutica e capacidade de produzir um trabalho de reflexividade e de ligação com os objetos culturais (Birraux, 2012).

Essa proposta de dispositivo clínico resulta de um trabalho de pesquisa-intervenção (Gusmão, 2019) desenvolvido por quatro anos com adolescentes vinculados à Medida Socioeducativa de Internação, prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (Brasil, 1990). Esse dispositivo clínico de mediação proposto será analisado em função das possibilidades de ancoragem e de ligação intrapsíquica e intersubjetiva que traz ao trabalho de reflexividade (Roussillon, 2010a). Propomos que o processo de metabolização da violência só é possível a partir da construção de certas formas de ligação que permitam o enlaçamento intrapsíquico e intersubjetivo, portanto, a ligação (*lien*) pode ser considerada como o fundamento de um dispositivo de cuidado com adolescentes em medida socioeducativa.

1. Pesquisa realizada com apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico, Brasil

O tempo e o trabalho de reflexividade

Consideramos, como Freud (1916), que o estado psíquico da vida presente resulta da ligação (simbólica) entre as experiências emocionais da infância e a experiência atual. No tempo do inconsciente as inscrições não ocorrem por sucessão cronológica, e sim por ligação (*lien*), por conexão. Nos processos inconscientes, o presente engloba passado, presente e futuro e os acontecimentos não são submetidos a uma cronologia, ou a uma ordem de causa e efeito, tampouco são alterados com o tempo (Freud, 1915/1996). Sendo assim, um dispositivo de cuidado deve orientar-se por outra temporalidade, a do psiquismo.

Pressupomos que no trabalho com adolescentes narcisicamente frágeis, atravessados por experiências traumáticas precoces, pela instabilidade dos laços sociais e pelas fragilidades dos vínculos, se faz necessário criar um espaço e um modo de ligação no qual o adolescente possa situar o profissional no "tempo" da necessidade – onde é possível a um e ao outro trabalhar com os recursos disponíveis de simbolização e reflexividade. Partimos da proposição de Marty (2012) que o ato violento na adolescência revela a dificuldade de construção de uma interioridade reflexiva capaz de pensar aquilo que é atuado. A base dessa proposta consiste no entendimento de que a violência compõe o alicerce do psiquismo e se constitui como uma ameaça para o narcisismo. Para que essa violência seja transformada, contida, e representada, se faz necessário os suportes narcísicos da infância, aqueles ligados às introjeções de imagens parentais asseguradoras, protetoras e reparadoras.

As fragilidades das bases narcísicas produzem abalos no desenvolvimento de um aparelho psíquico capaz de lidar, pela via da reflexividade, com os excessos de estímulos desprazerosos e com o estado de desamparo resultante das frustrações impostas pelo princípio de realidade. A construção da reflexividade ocorre a partir das ligações com os primeiros objetos, conforme assinala Roussillon (2008). A sensibilidade à vida pulsional possibilita o desenvolvimento da atividade de simbolização que só é possível pela reflexividade, pela capacidade do sujeito de se sentir, se escutar e se refletir (Roussillon, 2012).

Em aproximação com essa perspectiva, Bion (1994) propõe que a atividade de pensar, ou o trabalho reflexivo, resulta da capacidade do bebê de tolerar o ódio resultante

das frustrações das necessidades básicas. Nas primeiras ligações com a realidade o bebê poderá viver experiências de realizações positivas, nas quais haverá a presença de um objeto que atenda às suas necessidades, ou realizações negativas, quando o objeto não é encontrado e essa ausência é vivenciada como uma presença de um objeto ausente ou um objeto mal dentro de si. Esse autor ressalta a importância do oferecimento de um espaço continente para que não ocorra uma espécie de fuga à frustração, e sim para que a frustração seja modificada pelos processos mentais. A atividade de pensar resulta desses processos mentais e quando o pensamento é precariamente desenvolvido ocorrerão prejuízos nas distinções entre as demandas internas e externas, bem como na capacidade de criar e simbolizar, ou seja, de atribuir significados para as experiências com o mundo.

Essas concepções abordadas acima tocam na dimensão da temporalidade, pois as experiências gratificantes ou frustrantes formam registros mnêmicos (Freud, 1896/1990) que povoam o mundo interno e, a despeito do tempo cronológico, reaparecem como modelos para as relações futuras com o outro. O desenvolvimento da capacidade infantil para reconstruir e reparar os objetos perdidos, mediante a atividade reflexiva instaurada no psiquismo, possibilita que o sujeito se dirija para o futuro e para algo passível de ser alcançado. Consideramos oportuna a retomada desses pressupostos, pois entendemos que na adolescência há uma exigência que o sujeito abandone as imagens parentais idealizadas e realize novas identificações. Para que isso ocorra, é necessário que ele tenha desenvolvido uma capacidade interna para tolerar as emoções e transformá-las, por meio da reflexividade.

Compreendemos a adolescência como processo psíquico marcado pelas noções de tempo e trabalho de ligação, mas tal concepção não pode ser confundida com a ideia de uma passagem cronológica e linear. Refere-se, antes, à realidade psíquica resultante do sentimento de continuidade da existência, ante aos rearranjos relativos ao tempo que a precedeu, ou seja, à infância. A dimensão do trabalho de ligação na adolescência refere-se à elaboração psíquica e integração das transformações advindas do acontecimento pubertário (Birraux, 2005). O trabalho psíquico no tempo da adolescência se faz, portanto, em referência ao tempo infantil. Trata-se de uma releitura da infância, na qual a capacidade de simbolizar, ou seja, de transformar conteúdos psiquicos, é colocada em teste.

Ao falar sobre a violência na adolescência, Winnicott (1970) propõe tratar-se de uma reedição da situação de desamparo vivido em outro tempo e destaca que o ato violento se configura como uma esperança de encontrar um quadro de referência capaz de sobreviver, "de suportar a agressão, para impedir ou reparar a destruição, para tolerar o incômodo" (p. 141). Sobreviver significa preservar a qualidade da relação, dar continuidade ao que se inicia e manter os cuidados com o adolescente orientado pelas necessidades e pelo tempo dele. Significa, sobretudo, não sucumbir – com retaliação, desistência, vitimização, acusação – aos movimentos destrutivos.

A ideia de sobrevivência é ligada ao conceito de confiabilidade que, para Winnicott (1969), se refere a uma comunicação humana verdadeira, falível e, por isso, confiável. A confiabilidade faz referência à capacidade do entorno de adaptar-se e responder à dependência na medida em que o amadurecimento avança, ou seja, de responder às necessidades dos sujeitos no tempo em que se manifestam.

Isso parece fundamental para se pensar um dispositivo de trabalho com adolescentes que passam ao ato violento, pois a reedição de antigas representações afetivas designa modos de ligações e de temporalidades desconhecidas pelos adolescentes e negligenciadas pelas instituições de cuidado, ao não reconhecerem que cada sujeito demanda em seu tempo. O caráter cronológico da temporalidade institucional pode limitar o potencial criativo dos sujeitos, sobretudo no que tange aos processos psíquicos de reencontro, recriação de uma trama em outro tempo e com outros elementos.

O valor constitutivo do trabalho de ligação

A ideia de ligação em Freud, conforme destacam Laplanche e Pontalis (2008), se refere a "uma operação tendente a limitar o livre escoamento das excitações, a ligar as representações entre si, a constituir e manter formas relativamente estáveis" (p. 269). A ligação é um atributo da organização pulsional e uma condição para a passagem do processo primário para o processo secundário. Enquanto o desligamento – a perda de significado; a atuação em detrimento da reflexividade – é uma das expressões das falhas nas ligações intrapsíquicas.

É possível dizer que o primeiro e principal campo de aplicação do conceito de ligação é o dos vínculos internos, dos processos intrapsíquicos. Para Kaës (2008) os processos de ligação, associação e desvinculação ocorrem no aparelho psíquico sob o efeito de impulsos, identificações e pensamentos. Portanto, o trabalho do aparelho psíquico é um trabalho de ligação, desligamento e transformação. No entanto, Freud (1921/1990) pontua que o destino dos sujeitos individuais depende da ligação com o outro e, ao refletir sobre as repercussões patogênicas ou estruturantes da ligação no psiquismo dos sujeitos, considera fundamental a análise dos efeitos intrapsíquicos do processo de introjeção ou internalização de objetos no aparelho psíquico.

A ligação para Bion (2013) se refere à relação do sujeito com uma função e não com o objeto no qual essa função é suportada. "*I employ the term "link" because I wish to discuss the patient's relationship with a function rather than with the object that subserves a function*" (Bion, 2013, p. 294). A função é de fazer as ligações e está relacionada à capacidade materna de metabolizar os fenômenos sensoriais e transformá-los em pensamento. A ligação se refere a um mecanismo de duplo movimento relativo às projeções dos elementos *beta* (sensoriais) do bebê e à capacidade de *reverie* do cuidador, que acolhe tais projeções e as transforma em elementos *alfa* (investidos de significados), desintoxicando-as, nomeando-as e devolvendo-as.

Bion (2013) entende que as ligações que formam a base do pensamento estão contidas no mecanismo da identificação projetiva. Ocorre que a incapacidade para lidar com as experiências sensoriais ruins faz com que o bebê tente evacuá-las na tentativa de evitar essa experiência de desprazer. Assim, a criança expulsa as emoções e fantasias que a fazem se sentir em perigo de desintegração ou aniquilação, e necessita de uma personalidade suficientemente poderosa para contê-los. Essa complementaridade entre as projeções da criança e a receptividade do ambiente, denominada de relação continente-conteúdo, é o que permite o processo secundário, o julgamento da realidade, o adiamento da descarga e o desenvolvimento da capacidade reflexiva.

A ausência de um continente que abrigue e modifique a força perniciosa da emoção, resulta na introjeção de objetos internos destrutivos e na prevalência da pulsão de morte. Nesse caso, sentimentos de ódio são direcionados contra todas as emoções e contra a realidade externa, por meio do emprego excessivo da identificação projetiva, impedindo a

ligação entre as impressões sensoriais e a consciência. Por um lado, a identificação projetiva é necessária e possibilita as ligações mas, por outro, seu emprego excessivo leva à impossibilidade de ligar, pois se configura como um ataque à ligação (Bion, 2013).

O ataque à ligação se refere ao ataque à habilidade de fazer ligações, isto é, um ataque ao próprio aparelho psíquico, pois impossibilita as ligações internas (intrapsíquicas) e com o outro (intersubjetivas). Nas proposições de Bion (2013) a atividade do pensamento ou reflexividade é teorizada a partir do mundo relacional, das ligações intersubjetivas. Tanto que o enquadre analítico bioniano, conforme lembra Brusset (2007), considera que as identificações projetivas do paciente requerem a receptividade do analista, e que a ligação deve ser preservada ao preço do aumento do apagamento do analista.

Em nosso trabalho com adolescentes temos considerado que o recurso ao ato violento remete a uma dificuldade de pensar, de conflitualizar no plano psíquico o conjunto de afetos destruidores. Tais afetos são ligados aos rearranjos psíquicos, corporais e sociais próprios da adolescência, que elevam o sentimento de insegurança e provocam um tipo de perturbação excessiva para o psiquismo. Trata-se de uma excitação que transborda, que "externaliza-se em vez de interiorizar-se, ela é atuada em vez de pensada" (Marty, 2012, p. 19). A passagem ao ato é uma tentativa de domínio desse excesso pulsional, demonstrando a precária capacidade representacional do sujeito e a falta de condições para realizar um trabalho de ligação, pois a conflitualidade psíquica, ou seja, a capacidade de estabelecer um conflito psíquico já é uma modalidade de ligação.

Nessa concepção, o ato violento se configura como uma tentativa de elaboração do pensamento por meio do uso de um modo de defesa mais primitivo, ao projetar no exterior os objetos destruidores. Marty (2012) assemelha esse modo de defesa ao funcionamento paranoico, no qual o adolescente imputa ao outro sua própria agressividade destruidora e se sente odiado pelo outro. "A violência está situada no outro e a reação ao sentimento de ameaça, assim vivido pelo sujeito, tende a legitimar sua própria violência, que se torna uma reação de proteção e de sobrevivência" (p. 18). Esse autor considera que na medida em que o sujeito tenha condições de voltar para si mesmo, poderá constituir uma interioridade reflexiva que o torna capaz de pensar aquilo que é inicialmente atuado.

Nesse modo de funcionamento, a tentativa do adolescente é de se livrar dos afetos sentidos como poderosos demais para sua personalidade. Ao projetá-los na realidade relacional, faz um ataque destrutivo em qualquer coisa que é sentida como tendo a função de ligar um objeto a outro. Por outro lado, há uma expectativa que tais afetos repousem e sejam modificados pelo outro, antes de serem novamento reintroduzidos. Portanto, é a ligação que diz da capacidade do outro de introjetar as identificações projetivas do adolescente e de ajudar a transformá-las.

Esses aspectos também são sinalizados por Birraux (2012), para quem as ligações intrapsíquicas e intersubjetivas na atualidade são marcadas pela instabilidade e fugacidade. Essa autora considera que a sociedade, na dúvida dos valores que transmite, pode fazer o adolescente ligar-se por mais tempo aos objetos culturais materno-sensoriais, ante a um temor dos objetos culturais tutelares, pois suscitam angústias de castração. Os objetos culturais são de dois tipos: objetos sensoriais ou imanentes, aqueles que sabem excitar e apaziguar. Estes objetos materno-sensoriais são alimentadores, poéticos e, por exemplo, ligados aos odores, aos ritmos, ao tato, gostos; e os objetos ontológicos ou transcendentes, são aqueles que se inscrevem na civilização e permitem diferenciar a satisfação pulsional e o reconhecimento do outro. São ligados aos registros da lei, da razão, da obrigação do trabalho e aos instrumentos de simbolização (Birraux, 2012). No trabalho com adolescentes se faz necessário o apoio nesses objetos culturais universais, e estes implicam, obviamente, no trabalho de ligação intrapsíquica e intersubjetiva.

Ressaltamos que a ligação tem um caráter de continência e flexibilidade, pois seu propósito não é de controle e sim de suporte. Refere-se ao espaço onde o eu e o outro estabelecem uma forma de relacionamento em que é absolutamente necessário levar em consideração as duas presenças (Berenstein & Puget, 2008). O resultado desse trabalho de ligação é a formação de significado, da atividade de simbolização e interpretação, e, também, da capacidade de amar, brincar, pensar e trabalhar (Kaës, 2008).

As ligações metodológicas e o processo de construção do dispositivo clínico

Ao considerarmos essas reflexões teóricas sobre a temporalidade, a reflexividade e o trabalho de ligação, propomos que a atenção psicológica aos jovens que passam ao ato de

forma violenta exige reconsiderações quanto aos dispositivos terapêuticos. As peculiaridades desse trabalho clínico pressupõem a proposição de um dispositivo que favoreça as ligações intersubjetivas e intrapsíquicas, de modo a criar condições para que o sujeito recupere a capacidade de reflexividade e, consequentemente, a capacidade de simbolização e metabolização da violência. Roussillon (2010b), ao discutir os dispositivos necessários ao trabalho com a violência, define a posição clínica a partir da transferência e da associação. Tal posição se refere à escuta do que se transfere por meio do funcionamento associativo. A escuta clínica é, então, entendida como dispositivo de cuidado fundante, ordenadora e qualificadora dos dispositivos.

A abordagem clínica pressupõe o reconhecimento de um sujeito que deseja, pensa e que fala a alguém (Lévy, 2001; Carreteiro, 2014). A clínica deriva da interdependência entre a situação, a relação e a demanda, uma vez que a clínica se instaura a partir de uma demanda e a ligação desses elementos já supõe uma relação (Barus-Michel, 2004). Entretanto, é a presença implicada e a escuta do clínico que podem produzir uma demanda (Figueiredo, 2008).

A presença implicada impõe ao clínico a tarefa de suportar e sobreviver ao impacto das respostas transferenciais resultantes das ligações intersubjetivas que se estabelecem em qualquer contexto de atuação. Em situações mais complexas, como assinala Figueiredo (2008), trata-se de sobreviver ao impacto das identificações projetivas dos pacientes. A implicação pessoal do clínico alude a instauração de um espaço e um tempo de atenção/desatenção flutuante, uma modalidade de escuta que compreende a presença intermitente do clínico, uma proximidade e distância, uma presença e ausência (Figueiredo, 2008). O que se instaura é a presença implicada e a presença reservada. Em outras palavras, o que está em questão é a capacidade do clínico de se deixar levar pela dinâmica transferencial-contratransferencial e de se recolher, de sobreviver aos ataques à ligação, de modo que o adolescente possa retomar uma interioridade reflexiva.

No entanto, para tal configuração é necessário o oferecimento de um espaço, um tempo e alguns recursos para ocorrência de elaborações e novas ligações. Então, conforme propõe Roussillon (2015), o dispositivo clínico deverá se constituir em meio maleável que possibilite um tipo de comunicação mais primitiva com o primeiro objeto, com o qual o sujeito constrói ligações entre o mundo interno e externo. O meio maleável introduz

certas condições ou propriedades como: sensibilidade, disponibilidade e indestrutibilidade (Roussillon, 2015).

Depreende-se, das ideias de Roussillon (2010a), que os dispositivos devem ser capazes de acompanhar os processos de simbolização, ou seja, devem considerar e se adequar à capacidade atual de simbolização do sujeito. Um conceito chave de dispositivo de cuidado é a compreensão de que as necessidades do eu concernem a tudo o que o eu precisa para fazer seu trabalho de apropriação e de simbolização da experiência vivida. Uma primeira necessidade é a de dispor de um outro, da escuta do outro, de sua função de espelho para simbolizar o que foi vivido. Aquilo que Kaës (2016), nos quadros societários das instituições, chama de respondente.

Se por um lado, o dispositivo deve ser "sob medida" à capacidade de simbolização, por outro lado não se pode ignorar que os adolescentes testam constantemente as possibilidades do suporte construído, bem como as capacidades de ligações contidas no enquadre. Esse funcionamento exigirá que o clínico exerça uma função continente que permita ao adolescente testar a configuração, na relação transferencial, de uma nova experiência – talvez menos destrutiva, por intermédio do discurso. O uso de atividades mediadoras que considerem uma diversidade de linguagens – como jogos, músicas – pode ser um valioso recurso, pois as criações representativas se tornam receptáculos menos invasivos às identificações projetivas. Como afirma Roussillon (2010a), é essencial construir uma clínica atravessada por dispositivos derivados de meios artísticos ou artesanais, pois eles produzem associações, mesmo heteromórficas, que valorizam o trabalho de "colocar em cena" e "colocar em jogo" – que não é necessariamente um trabalho de colocar significado ou sentido.

Assim, dentro desse escopo teórico, o dispositivo de cuidado que apresentamos compreende: a posição clínica de implicação e reserva como modalidades de presença que podem facilitar o surgimento de novas formas de ligações intrapsíquicas e intersubjetivas; o meio maleável como aquilo que se constitui a partir da capacidade continente do clínico de sobreviver aos ataques à ligação na dinâmica transferencial-contratransferencial; e a atividade associativa, com diversidades de linguagens – recursos artísticos ou artesanais –, como condição para sustentação/suporte/preservação da ligação.

De maneira retrospectiva, podemos dizer que esse dispositivo clínico de trabalho com adolescentes privados de liberdade por envolvimento em atos violentos se desenvolveu considerando "três tempos" de ligação: o primeiro tempo fazia referência às possibilidades de ligação entre as pesquisadoras e os adolescentes, bem como com a criação de uma demanda de trabalho; o segundo tempo fazia referência às possibilidades de ligação com suas histórias de vidas, bem como com o trabalho de reflexividade; o terceiro tempo fazia referência às possibilidades de ligação com o coletivo, bem como com a criação de objetos culturais e de simbolização.

Tal proposição é resultado de um trabalho desenvolvido durante quatro anos de imersão em um estabelecimento institucional de privação de liberdade para adolescentes, viabilizada por uma parceria entre a Universidade de Brasília/UnB e uma Unidade de Internação Socioeducativa do Distrito Federal. Estimamos que 35 jovens, do sexo masculino, se mantiveram ligados às atividades desenvolvidas ao longo dos anos. Todos com idades entre 18 e 20 anos, que ainda na menoridade penal cometeram ato infracional e cumpriam, no momento da pesquisa, medida socioeducativa de internação prevista pelo ECA.

O trabalho orientou-se pela pesquisa intervenção (Romagnoli, 2015), cujo pressuposto é de que os espaços de intervenção e de investigação não são dissociados, e que o conhecimento decorre de uma construção coletiva, processual e singular. Nesse sentido, os procedimentos – interações livres; grupos abertos e semiabertos; oficina audiovisual; e projeto de literatura – adotados ao longo da pesquisa foram surgindo em decorrência das interações estabelecidas entre as pesquisadoras (um grupo de uma psicóloga e três estagiárias do curso de psicologia) e os adolescentes.

Ressaltamos que a proposta de um dispositivo, norteado pelas noções de tempo e trabalho de ligação, resulta de nossas análises acerca das especificidades das relações estabelecidas com os adolescentes, registradas em nossos diários de campo, e do material artístico produzido pelos adolescentes ao longo da pesquisa. A leitura analítica desse material, ao qual submetemos às lentes interpretativas da psicanálise e da psicossociologia, resultou na proposição do dispositivo organizado em 'três tempos', que discutiremos a seguir: tempo de ligação com o outro e criação da demanda; tempo de

ligação com a história e a reflexividade; e tempo de ligação com o coletivo e com os objetos culturais.

O tempo de ligação e de criação da demanda

Os primeiros contatos com os adolescentes aconteceram nas 'interações livres', que ocorriam a partir do compartilhamento dos espaços de convivência da escola na unidade de internação. De maneira específica, ocupávamos determinados espaços institucionais, como o local do intervalo escolar, a quadra esportiva ou, quando nos era permitido, a sala da aula de artes. O tempo de convivência e de criação das primeiras ligações com os jovens não era cronologicamente fixado, mas aquele da disponibilidade para estar com (Ferenczi, 1928/2011) e considerava as possibilidades institucionais. Denominamos esse momento como tempo de ligação, pois se tratava de um ambiente vivo e aberto, um meio maleável (Roussillon, 1991), que permitia o estabelecimento de relações significativas. As interações, nesse 'tempo de ligação', eram caracterizadas pela liberdade dos assuntos abordados.

No início do trabalho, os assuntos faziam referência às curiosidades acerca da nossa presença na instituição ou algum acontecimento em evidência da mídia local. Com o passar dos dias os adolescentes passaram a falar das experiências dentro e fora da instituição, ressaltando aspectos de força e poder, seja na explicitação dos atos transgressivos anteriores à internação, ou na demonstração de poder dentro da instituição, como na expressão deles: “botar para correr do módulo” os adolescentes não aceitos por eles.

A explicitação do poder, por meio da implantação do medo e da desqualificação, também era dirigida a nós no início do trabalho. Por vezes, os adolescentes nos informavam que não havia o que ser feito naquela instituição, pois como diziam: “aqui só tem psicopata” e que “quando não se quer mudar, psicólogo nenhum dá jeito”. Parecia uma forma de nos induzir à desistência e ao fracasso, em uma tentativa de testar nossa capacidade de sobrevivência, de preservação da relação que se iniciava (Winnicott, 1970/2005). Assim, ironizavam com expressões como: “querem entrar na cabeça de bandido (risos)”, nossa motivação para esse trabalho e marcavam, de forma agressiva e ressentida, as distâncias socioeconômicas entre nossas realidades.

Alguns jovens eram mais agressivos e, por vezes, proferiam discursos extremamente desqualificadores às mulheres (todas as pesquisadoras eram mulheres). Um deles, por exemplo, ao soletrar o nome de uma das pesquisadoras, percebeu que rimava com um nome conhecido. Então disse que todas as mulheres com aquele nome deveriam morrer, pois nenhuma prestava. Ao mesmo tempo em que reafirmava que não se tratava do nome da pesquisadora em questão. Esses ataques às ligações (Bion, 2013) ganhavam contornos mais destrutivos, pois as respostas contratransferenciais das pesquisadoras podiam, por vezes, ser correlatas aos afetos descarregados, implicando em pensamentos de desistência ou raiva. O espaço de supervisão da equipe, no qual refletíamos sobre como as representações afetivas – que nos eram despertadas a partir das interações com os adolescentes – ressoavam em nosso psiquismo, foi fundamental para a preservação da capacidade de continência das pesquisadoras na instituição.

Existia, por parte dos adolescentes, uma tentativa de tornar nossa relação mais igualitária. Eles perguntavam e comentavam sobre nossos locais de moradia no DF, diziam: “somos vizinhos”; “pensa se vocês se trombarem lá”; “Se nos encontrarmos na rua não fica com medo não, porque eu não vou te roubar” e tentavam nos impelir à transgressão, seja pedindo os telefones celulares emprestados ou oferecendo produtos resultantes de práticas ilegais. Tais movimentos consistiam numa tentativa de destruir qualquer possibilidade de trabalho terapêutico, uma vez que a indiferenciação de lugares nos retiraria do nosso lugar profissional e paralisaria toda ação reflexiva proposta pelo dispositivo (Roussillon, 2015).

As transferências amorosas também consistiam no sentido de imobilizar o trabalho terapêutico e apareciam pela sinalização de atributos estéticos às pesquisadoras, com comentários do tipo: “sorrisos bonitos; na postura sedutora “faço o que você quiser, é só mandar"; “você sempre será muito bem-vinda ao módulo”, ou de forma mais direta: “A gente pode dançar num frevo na rua também. Me passa seu contato". As demarcações de lugares eram recebidas com ressentimentos – “Obrigado pelo fora!” – e pareciam sempre ameaçadoras à relação que se tentava estabelecer com os jovens, reafirmando nosso entendimento de que essas identificações poderiam se configurar como ameaça à ligação e, consequentemente, ao trabalho de reflexividade.

A posição clínica de presença implicada e presença reservada (Figueiredo, 2008) significou a possibilidade de certa liberdade relacional, na qual ríamos e lanchávamos juntos, falávamos amenidades, respondíamos algumas curiosidades que os adolescentes tinham sobre nossas vidas, manifestávamos nosso estranhamento e incompreensão quando um discurso violento nos interpelava e estabelecíamos certos limites necessários à relação. Ao mesmo tempo em que nos reservávamos no sentido de não sermos movidas pelos efeitos contratransferenciais que a violência nos despertava e, assim, preservávamos a ligação.

Na medida em que reafirmávamos a disponibilidade para estar com eles, a despeito das ameaças, das desqualificações, dos convites às transgressões ou do enamoramento, os jovens passaram a confiar suas intimidades, fragilidades e sonhos. Fez-se notar que nossa presença na hora do intervalo e, também, para conversas individuais, passou a ser solicitada pelos adolescentes e pela equipe da escola. Para nós, o importante era manter uma posição de objeto-presente-flexível, um objeto sensível que naqueles momentos oferecia uma qualidade de presença, com uma disponibilidade benevolente (Ferenczi, 1930/1992).

No decorrer do tempo-espaço, os jovens passaram a falar sobre as humilhações e agressões sofridas dentro do estabelecimento institucional – "a gente aguenta muita coisa calado aqui. Ai, depois quando sai quer descontar essa raiva nos outros" –, da falta de escuta institucional – "ela me negou voz" –, da solidão e do sentimento de medo e abandono. A maioria das histórias era marcada por situações de violência, cuja recordação evocava afetos desagradáveis e vulnerabilidades. Felipe, por exemplo, afirmou que às vezes se recordava de ver o pai agredindo a mãe – "tinha uns três anos, eu ficava batendo na perna dele, para ele parar" – e se lembra, também, do medo que a sua irmã tinha do pai. Leonardo, que oscilava entre a vontade de falar – "estou de boa de falar da minha história" –, a necessidade de marcar seu lugar de xerife – "coloca no Google o menor mais perigoso da Faixa de Gaza" – e a preocupação com o que as pesquisadoras pensavam sobre alguém que já havia matado pessoas, ele contou que já perdeu muitos familiares para as guerras de grupos rivais "não quero comprometer a minha família. Mas, tem um monte de gente do corre". Em sua percepção, estava fadado a continuar na criminalidade.

É difícil dimensionar a força perniciosa das violências e emoções vividas pelos adolescentes desde a infância, sobretudo se pensarmos que talvez não tenha existido possibilidade ambiental que favorecesse a reparação dessas experiências destrutivas (Bion, 2013). O afastamento dessas memórias ou a recusa em falar, denota uma tentativa de evitar afetos doloridos e pode resultar na impossibilidade de reparação e simbolização, fazendo com que a violência reapareça como um modelo para as relações atuais. O oferecimento de um espaço sensível (Roussillon, 2015) e continente possibilitou as ligações intersubjetivas com os adolescentes, e isso parece ter colaborado para as ligações intrapsíquicas, pois passaram a pensar e a nos confidenciar suas histórias, de dentro e de fora da internação, bem como dos sofrimentos ligados a essas experiências, como mostram os relatos abaixo retirados dos diários de campo.

> Eugênio disse que um adolescente foi agredido. Foi colocado embaixo do chuveiro com a boca amordaçada... “Fui lá e tirei o bicho. Ele ia morrer”. Este relatou as agressões com muito pesar e sofrimento, mas disse para eu não contar para ninguém, “se sonham que estou te contando isso, estou ferrado”. “eles só falam que mataram não sei quem” (Diário de campo).
>
> ...
>
> Paulo disse que “está à flor da pele”, neste momento aproximou-se de mim e ficou batendo com o dedo no meu braço, “imagina isso o tempo todo, uma hora incomoda". Falou ainda que permanece até um dia todo calado, sem conversar com ninguém. (Diário de campo).

Dentre as reflexões que passaram a fazer, destacava-se o medo de não conseguirem mudar o destino que lhes estava previsto, ou seja, de não conseguirem transformar suas histórias “eu até sonho, mas travo no como vou fazer isso”. Para a maioria dos jovens, a única forma para conseguir trabalhar e estudar seria estar armado constantemente, um deles falou: “eu nunca vou conseguir andar igual a todo mundo”. Diferente do modo destemido como costumam se apresentar, o medo de serem mortos era, também, frequente nos discursos “a gente não mata os outros, não é por coragem, porque eu sou foda, é por medo”.

Um dos adolescentes, tido na instituição como um dos mais agressivos, disse que ninguém consegue vê-lo para além da agressividade e sequer o deixam falar “Quem vê cara, não vê coração! Nós não somos os ‘monstro’ que as pessoas pensam”. Em um dos encontros com os clínicos, disse que são poucas as pessoas que conseguem ficar cara à cara com um adolescente em medida socioeducativa "quantas pessoas aqui você acha que fazem o que você está fazendo?"

Em nosso entendimento, as ligações que se estabeleceram nas interações livres foram decorrentes da modalidade de presença das clínicas-pesquisadoras, na qual destacamos a capacidade de continência e a maleabilidade. No tempo das interações livres, as demandas mais específicas por parte dos adolescentes começaram a emergir, sinalizando o momento de construir outras propostas. Uma delas foi a formação dos grupos de escuta, os quais foram organizados sobre dois eixos: a história (Grupos de Narrativas de Histórias) e a reflexividade (Grupos Reflexivos).

O tempo de ligação com a história e a reflexividade

É importante sublinhar que os espaços das interações livres foram mantidos durante o tempo no qual se criavam outros espaços de trabalho com os jovens. Para responder às suas demandas de "mais" tempo de trocas, quatro grupos foram formados: dois Grupos de Narrativas de Histórias e dois Grupos Reflexivos. Os jovens foram agrupados de acordo com suas afinidades e suas afiliações às lideranças.

Os grupos de narrativas de histórias ocorreram no espaço da escola da unidade e se configuravam como grupos fechados, ou seja, uma vez constituídos não se permitia a entrada de novos adolescentes. Realizamos seis encontros com cada grupo e o delineamento (planejamento, objetivos) era semelhante, embora o desfecho tenha sido diferente por se tratar, obviamente, de diferentes participantes. O intuito desse trabalho grupal era criar espaços para que os jovens se apropriassem de suas histórias de vida, refletindo sobre as redes de relações às quais pertenciam.

As estratégias metodológicas envolviam a construção de mapas de redes sociais, linha da vida e, principalmente, a utilização de material artístico, como imagens de obras de arte sobre as quais os jovens criavam narrativas de histórias. As mediações com uso de imagens lhes ofereciam os suportes sobre os quais desdobravam suas histórias,

possibilitando o compartilhamento de diferentes significados para as experiências narradas (Vacheret, 2005). As associações desencadeadas pelo uso das imagens facilitavam os processos identificatórios e as ligações intersubjetivas entre os meninos, pois a cadeia associativa no espaço grupal permitia que os adolescentes articulassem sua realidade interior com a realidade externa (Anzieu, 1993). Tal estratégia, além de estimular o potencial criativo, proporcionava aos participantes realizar projeções de si de forma menos persecutória.

De acordo com Kaës (1997), o face a face grupal pode criar uma situação de vulnerabilidade, pois coloca em teste o sentimento de unidade pessoal, dos limites de si, das relações entre o interior e o exterior. Assim, em meio aos desconfortos, identificações e inibições, os adolescentes explicitavam suas inquietações "Escrever é melhor para expressão. Falar dá tipo uma vergonha né."[...] "Cada um tem uma mente". Os jovens respondiam a esse desconforto, a essa ameaça ao seu narcisismo individual, instaurando um narcisismo grupal (Kaës, 1997). Destaca-se, a título de exemplo, uma situação na qual os adolescentes, diante de uma imagem sobre a qual eram convidados a produzir uma história, expressaram o desejo de saber o que as pesquisadoras percebiam nas imagens "Para abrir o pensamento, vê se bate as ideias. A gente é um grupo, temos que trabalhar juntos. A ideia dele, por exemplo, abriu uma nova ideia pra mim".

No entanto, essa ilusão não pode permanecer dominante na dinâmica dos grupos, como propõe Anzieu (1993). E nesse processo de diferenciação e individualização, mesmo imerso no grupo, os jovens foram reconhecendo suas singularidades e entrando em contato com as especificidades de suas histórias. Os adolescentes falavam sobre suas intimidades, histórias familiares, ligações amorosas, perdas. "(...) nossa, essa atividade me fez lembrar de tantas coisas" ; " são momentos que vivi e que nunca mais vou viver."; "(...) eu falei sobre momentos que não penso todos os dias."; "(...) eu nunca penso, pois quando penso tenho sentimentos que eu não gosto de experimentar". A retomada da atividade reflexiva, ou seja, da capacidade de pensar, sinalizava para o aspecto continente do espaço grupal.

Consideramos que o espaço de escuta e de liberdade da palavra facilitou a narrativa, por parte dos jovens, sobre as experiências de violência, de privação de liberdade e os projetos para o futuro. A liberdade da palavra é considerada essencial para a construção

de trabalho terapêutico com vistas ao processo de simbolização (Anzieu, 1993). Além disso, consideramos com Golse & Missonnier (2005), que a narratividade é anti-traumática e permite ao adolescente fazer novas ligações intrapsíquicas e imprimir uma autoria em sua própria história de vida. Nos grupos, as narrativas e a livre associação permitiram aos adolescentes contar suas histórias, marcadas por rupturas das relações. Observamos que os rompimentos e desfiliações não significavam propriamente uma ausência de vínculos, mas a ausência de inscrição dos jovens em estruturas parentais e sociais protetivas e continentes.

Os grupos reflexivos se configuravam como grupos abertos para novos participantes e cada encontro tinha uma média dez adolescentes. Nesse espaço, buscávamos promover reflexões acerca das vivências dentro instituição, dos atos infracionais cometidos, das questões políticas, econômicas e sociais da realidade brasileira e a relação com a violência vivida e perpetrada, auxiliando no processo de construção de novos sentidos para suas histórias.

Com a intenção de facilitar o trabalho de reflexividade dos adolescentes recorremos ao uso de objetos mediadores – materiais artísticos, literatura, imagens de obras de arte –, sobre as quais os jovens criavam narrativas de histórias. Essa perspectiva é consonante com o pensamento de Emmanuelli (2008), para quem o recurso à arte da encenação, por exemplo, é capaz de inserir o adolescente no mundo fantasístico, levando à figuração de processos psíquicos de simbolização em detrimento da passagem ao ato. Essa autora afirma ainda que elementos pertinentes "a essa terapêutica, como recurso à atuação, à realidade externa, à sensação e à utilização do espaço" (p. 33), funcionam similarmente às defesas utilizadas pelo adolescente. Dentre as temáticas discutidas, destacavam-se: a relação com a instituição; com a escola; a juventude em privação de liberdade, além do sentido que atribuíam ao ato infracional.

Nesse espaço grupal, os jovens mostraram que precisavam construir vínculos de confiança para poder falar sobre suas inquietudes face aos controles institucionais. A construção dos vínculos com as clínicas pesquisadoras os levou a compartilhar as vivências da violência perpetrada pelos agentes de segurança, a questionar a efetividade das medidas socioeducativas, além da explicitação das práticas transgressivas praticadas dentro e fora da instituição. Suas histórias de vida foram contadas sob outro ângulo,

através das ligações com os espaços sociais e com a instituição de medida socioeducativa. Os adolescentes também discutiram sobre os processos de filiação aos grupos marginais e refletiram sobre o uso de drogas, assinalando a função que as substâncias químicas tinham no âmbito da privação de liberdade.

Não obstante a característica aberta do grupo, a explicitação das fragilidades pessoais e dos laços familiares dos jovens foram momentos fortemente comoventes. Eles falavam do choro diário de saudade dos familiares e dos medos de não serem fortes o suficiente para suportar o confinamento. Tal fato chama atenção, sobretudo quando se percebe que mesmo os jovens mais filiados aos grupos transgressivos manifestaram o desejo de compor o grupo. Por exemplo, podemos citar o caso de um adolescente cuja história de atos infracionais era publicamente conhecida e noticiada pelos jornais locais. Logo nas primeiras intervenções, no 'tempo de ligação e criação da demanda', ele fez questão de se destacar como detentor de poder e mostrou a intenção de retomar seu papel de liderança no tráfico de drogas. Depois de algumas sessões grupais, ele começou a manifestar sua inquietude ao se perceber vinculado conosco, ao mesmo tempo em que passou a refletir sobre sua vida: ″(...) parece que uma flecha me atingiu aqui [mostrando para a testa]"; "(...) quem vive do crime, pensa que tem a cabeça blindada, mas percebo que a minha é feita de filme de plástico" .

Constatamos que as histórias de vida dos adolescentes eram permeadas por ligações e rompimentos complexos. Um dos jovens, por exemplo, relatou que não tinha visita da sua mãe há três meses, pois ela estava num abrigo após ele ter matado o pai. Falou que desde a infância via o seu pai agredindo a sua mãe e que tinha achado que os problemas se resolveriam matando o pai. Constata, com lamento, que o homicídio trouxe mais sofrimento à sua mãe. Tais situações relatadas pelos adolescentes nos faziam considerar que a reflexividade, ou seja, o processo de falar de si, se escutar, sentir, autoafetar e se entender, embora seja difícil e dolorido, passava a acontecer nos espaços grupais (Roussillon, 2012). Além disso, demonstrava que o espaço grupal era capaz de minimizar os afetos persecutórios nos adolescentes, facilitando os processos identificatórios importantes para a constituição e reparação narcísicas, por vezes, fragilizada.

O tempo de ligação com o coletivo e com os objetos culturais

No decorrer de um dos grupos reflexivos os jovens manifestaram o desejo de registrar, em filme, o cotidiano vivido por eles na unidade de privação de liberdade. A ideia era problematizar a socioeducação a partir das histórias vividas. Outra proposição feita pelos jovens fazia referência ao desejo de acesso à leitura, pois não lhes era permitido solicitar empréstimos de livros na biblioteca da escola. O interesse dos adolescentes por outras formas de narrativas, como as derivadas de meios artísticos e da literatura, abria espaço para novas cadeias associativas acerca de suas experiências de vida. Colocar em cena não significava necessariamente colocar sentido, mas poderia ser uma forma de simbolização, como afirma Roussillon (2010a).

Para o desenvolvimento da *Oficina de audiovisual e do Projeto de Literatura* foi necessário uma organização coletiva entre os jovens, os profissionais da unidade de internação e as pesquisadoras. Tal organização resultou na criação de um coletivo, denominado, em uma produção coletiva do grupo, de "Coletivo Corre" (Coletivo Refletir e Empoderar). O objetivo principal deste coletivo foi apoiar o desenvolvimento de atividades artísticas e culturais no contexto institucional, por meio do resgate identitário dos adolescentes. Ou seja, as produções artísticas eram organizadas a partir de suas referências, códigos, linguagens personalizadas, musicalidades, movimentos corporais e gestos. O intuito era construir coletivamente recursos de empoderamento e participação crítica dos jovens nesses processos. Além de inovadora, a criação de um coletivo dentro de uma unidade de internação possibilitou o estabelecimento de parcerias que viabilizariam a continuidade dos trabalhos.

Na nossa perspectiva, o tempo de ligação e criação da demanda constituiu-se como um dispositivo que possibilitou a ligação com as demais intervenções na instituição. Falar sobre seus cotidianos e problematizar o acompanhamento socioeducativo, por meio de outros recursos de expressão, implicava um trabalho de ligação com o outro e com a coletividade. Sobre esse aspecto da ligação ao coletivo, Freud (1930/1974) já dizia que a ligação e identificação com o outro é fundamental para emergência do sujeito e para o manejo da violência. Diante do antagonismo irremediável entre as exigências pulsionais e as restrições da civilização, Freud afirmou que, embora a hostilidade primária dos sujeitos se apresente como ameaça permanente à sociedade civilizada, a vida em sociedade

substitui as defesas primárias e possibilita reduzir o nível de ameaça, com a renúncia à satisfação pulsional imediata, colocando-a a serviço do coletivo. Assim, ao nos apoiarmos nas organizações coletivas e nas ligações com objetos culturais, nossa intenção era criar possibilidades de mediações que representassem outras modalidades de subjetivação, a partir da mobilização de outras áreas de sensibilidade. Os adolescentes escolheram trabalhar com registro audiovisual, leitura e escrita.

O projeto audiovisual (Gomes & Gusmão, 2017) tinha como objetivo promover reflexões sobre: as histórias dos adolescentes; a passagem ao ato infracional e sua significação para a constituição identitária; os riscos aos quais estão expostos; as relações de apoio, proteção e segurança no ambiente familiar e social; as vivências durante o período de internação. Nessas oficinas audiovisuais, os jovens manuseavam os equipamentos, captavam imagens fotográficas e de vídeos, realizavam entrevistas, editavam curtas-metragens e se organizavam em torno de um projeto coletivo. Nesse espaço foi produzido um acervo de imagens bastante extenso que, de maneira geral, retratava os cotidianos vividos em suas comunidades, os acontecimentos diários, incluindo as visitas de familiares ou palestras.

Percebemos que a mobilização das expressividades corporais (gestos, musicalidade) colocou em evidência todo o potencial criativo dos jovens que se encontrava mortificado pelo processo de institucionalização. A produção de narrativas com uso de imagens (fotográficas e de vídeos) exigiu um trabalho de pensamento e planejamento coletivo, em meio a um processo lúdico e descontraído. As reações, ao assistirem as próprias gravações audiovisuais, eram diversas – críticas, risos, inquietações – e sempre resultavam em reflexões interessantes. Às vezes sobre a própria imagem corporal e, outras vezes, sobre aquilo que eles 'se escutaram falar'. A escuta de si, por meio da imagem audiovisual, criava um processo particular de acesso e construção de sentido das suas histórias de vulnerabilidades, traumas e violências.

Uma das edições de vídeo realizadas, denominada 'Sou minha quebrada', focalizou o cotidiano das suas comunidades (denominadas de quebradas pelos jovens) e mostrou as ligações identitárias dos jovens com seus territórios de origem, como mostram as falas dos seguintes fragmentos de algumas das cenas:

A guerra lá dura há mais de 20 anos, de geração em geração, de sangue, de família! Até as velhas (idosas) da quebrada têm guerra. E se cair um pilantra lá, as velhas metem a faca. Essa é minha história.

...

Umas pessoas acham que na quebrada só tem vínculo de traficante, de pessoas horríveis, mas não é isso. É onde tem mais pessoas humildes, que conseguem interagir umas com as outras, mas é onde tem mais violência. Quebrada é um vínculo! Para nós que somos das quebradas, é um vínculo bom! Tem pessoas que são ruins e outras não! É um vínculo, é um conjunto de pessoas unidas. São as pessoas que mais sofrem com a corrupção, pois tudo que acontece com a corrupção vai para nosso bolso. Pessoas de classe média, têm mais condições. Nós não temos!

Uma das falas de um adolescente relatou sua história com seu corpo em ritmo de RAP. A música foi intitulada de «Faixa de Gaza» (Vinícius).

Chega aí parceiro
Vou falar para vocês
Minha quebrada é a Santa
Quadra duzentos e seis
Deixa eu te falar
Como é viver nesse lugar
Onde a violência não dá para aguentar
Se tu for para o rumo certo
Pode se aproximar
Se for pra rua errada o bicho vai pegar
Na Faixa de Gaza está ruim pra se viver
Moleque perde a vida, com rajada de pt (pistola)

O trabalho audiovisual produziu consideráveis efeitos subjetivos nos adolescentes, pois significava a possibilidade de construírem outra narrativa e, como em uma reparação narcísica, de se perceberem como sujeitos criativos, pensantes e capazes de recompor suas posições no conjunto social.

O projeto de literatura foi desenvolvido de maneira mais gradual, em comparação ao trabalho audiovisual. Sua metodologia consistiu na disponibilização de livros para leituras individuais. Após a leitura, os jovens e os clínicos conversavam informalmente sobre as obras nos espaços de interações livres. Com o avanço do trabalho foram criadas fichas de registros nas quais os adolescentes passaram a produzir registros breves escritos sobre os livros lidos. Pouco a pouco esse projeto foi ganhando grande adesão por parte dos jovens que continuaram lendo e escrevendo suas reflexões e narrativas. Além disso, e com a concordância dos jovens, seus escritos eram reportados à equipe especializada e incorporados em seus relatórios institucionais, o que resultava em benefícios na redução do tempo de cumprimento da medida. O reconhecimento e a inscrição institucional desses variados dispositivos favoreceram, por um lado, o envolvimento dos diversos profissionais do serviço e, por outro lado, a própria relação dos adolescentes com os objetos culturais advindos de suas experiências.

Considerações finais

O dispositivo de cuidado aqui apresentado pautou-se na consideração de que são as ligações intrapsíquicas e intersubjetivas que criam as condições para o desenvolvimento da atividade reflexiva e, consequentemente, para o processo de metabolização da violência. Assim, pensamos que a ligação pode ser considerada como o fundamento do dispositivo de cuidado com adolescentes em medida socioeducativa.

Neste trabalho de pesquisa-intervenção nos apropriamos da perspectiva de Roussillon (2010a) sobre a necessidade de se adequar os dispositivos às possibilidades de simbolização dos adolescentes, e de inclusão de objetos de mediação que produzissem associações heteromorfas. Acima de tudo, no oferecimento, por parte dos clínicos, de um suporte narcísico original, suficientemente bom (Winnicott, 1970). Avaliamos que a proposição de trabalho intramuros, na diversidade de tempo e de espaços que ocorreram,

pode ter facilitado a construção de ligações intersubjetivas. Em nossa perspectiva, foram essas ligações que sustentaram o surgimento das diversas formas expressivas dos adolescentes, indicando que as ligações intrapsíquicas (conexões emocionais com fragmentos de vida; palavras e atos) foram favorecidas.

Essas experiências nos fizeram rever o paradigma do trabalho clínico com essa população. Podemos dizer que se tratou de construir espaços continentes, transicionais, que facilitassem a ligação com o outro, com o social e com a construção de uma demanda. Esse trabalho exigiu a frequente análise da implicação das clínicas pesquisadoras, uma vez que os ataques às ligações (Bion, 2013) eram recorrentes. Tratou-se de oferecer meios maleáveis para desenvolver-se o que Bion (1994) descreve como a função *alfa* de tradução, necessária para a inscrição da subjetividade do adolescente em outras dimensões de trocas com a realidade, com a cultura e com a afetividade.

Por fim, ponderamos que as dificuldades das instituições quanto à preservação e sustentação dos projetos criados pelos jovens é algo bastante delicado e muito frequente. As descontinuidades das ações podem resultar na diminuição da potencia criadora e desmobilizar as práticas coletivas. Entretanto, ressaltamos que a despeito de todas as dificuldades e limites que se apresentam no campo socioeducativo, é cada vez mais necessário investir na criação e desenvolvimento de estratégias interventivas nesse contexto.

Referências

Anzieu, D. (1993). *O Grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal*. Tradução de Fuks, A.; Gurovitz, H., São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barus-Michel, J. (2004). *O sujeito social*. Belo Horizonte: PUC Minas.

Berenstein I. & Puget J. (2008). *Psychanalyse du lien: dans différents dispositifs thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne: Eres.

Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados*. 3ª ed. Wellington M. M. D., Trad. Rio de Janeiro: Imago.

Bion, W. R. (2013). Attacks on Linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXXII (2) 285-300.

Birraux, A. (2005). Malestar adolescente en La cultural. In Cardoso, M. R. & Marty, F. (Orgs.). *Adolescentes hoy: em La frontera entre lo psíquico y lo social* (pp. 51-85). Montevideo: Ediciones Trilce.

Birraux, A. (2012). Violência e objetos culturais. In Amparo, D. M., Almeida, S. F. C., Brasil, K. T. R., Conceição, M. I. G. & Marty, F. (Org.). *Adolescência e violência: intervenções clínicas, psicossociais e educacionais*. (pp. 220-238). Brasília: Liber Livros/ EdUnB.

Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente* – ECA. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e outras providências. Brasília.

Brusset, B. (2007). *Psychanalyse du Lien: les relations d'object*. 2ª edition. Paris: PUF.

Carreteiro, T. C. (2014). Sentidos da clínica. *Clínica & Cultura,* III (I) 24-33.

Emmanuelli, M. (2008). A clínica da adolescência. In Cardoso, M. R. & Marty, F. (Orgs.). *Destinos da Adolescência*. (pp. 17-38). Rio de Janeiro: 7 Letras.

Ferenczi, S. (1928/2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas. Psicanálise IV.* A. Cabral, Trad. São Paulo: Martins Fontes.

Ferenczi, S. (1930/1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, *Obras completas. Psicanálise IV.* A. Cabral, Trad. São Paulo: Martins Fontes.

Figueiredo, L. C. (2008). Novas considerações sobre implicação e reserva. In Figueiredo, L. C., & Coelho Junior, N. E. *Ética e técnica em psicanálise* (pp. 107-122). São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1896/1990). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 52. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 1 (pp. 317-324). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1916-1917/1990). Conferências introdutórias sobre psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud,* Vol. 16. (pp. 287-539) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915/1996). O inconsciente. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 2. (pp. 165-209) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1921/1990). Psicologia das massas e análise do ego. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 18. (pp. 89-179) Rio de Janeiro: Imago.

Freud S. (1930/1974). O Mal-Estar na Civilização. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 21. (pp. 75-171) Rio de Janeiro: Imago.

Golse B., & Missonnier S. (2005). *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Toulouse: Érès.

Gomes, T & Gusmão, M. (2017) Cotidiano do sistema: relato de experiência acerca de uma produção audiovisual na socioeducação. Apresentado na modalidade Mesa redonda, no *I Simpósio Nacional em Socioeducação*, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Gusmão, M (2019). *Um dispositivo clínico de cuidados para jovens em medida socioeducativa*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Kaës, R. (1997). O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. Trad. Souza, J. & Werneck, M. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (2008). Définitions et approches du concept de lien. *Adolescence,* (65) 763-780.

Kaës, R. (2016). Préface. In Drieu, D., Pinel, J.-P., Blondeau, S., Diet, A-L., Diet, E., Gaillard, G., Roman, P. & Vidal, J-P. *Violence et instituitions*. (pp. v-x) Paris: Dunod.

Laplanche, J., & Pontalis (2008). *Vocabulário de Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes.

Lévy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Galery, E. D., Lima, M. E. A. T. & Franco, N. M. Trad. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1997).

Marty, F. (2012). A função do agir na adolescência. In Amparo, D. M., Almeida, S. F. C., Brasil, K. T. R., Conceição, M. I. G. & Marty, F. (Orgs.). *Adolescência e violência: intervenções e estudos clínicos, psicossociais e educacionais*. (pp. 17-29) Brasília: Liber Livros/EdUnB.

Romagnoli, R. C. (2015). Apontamentos metodológicos da pesquisa-intervenção no contexto da assistência social: conexões entre universidade e equipe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10 (1) 129-139.

Roussillon R. *(1991). Un paradoxe de la représentation: le médium malléable et la pulsion d'emprise. In: Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, PUF.*

Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.

Roussillon, R. *(2010a). Cadres et dispositifs. In J. P. Matot & R. Roussilon. (Orgs.). La psychanalyse: une remise en jeu. (pp. 172-185) Paris: PUF.*

Roussillon, R. *(2010b). Transferência paradoxal e modificações técnicas. Jornal de Psicanálise, São Paulo, 43(78) 13-18.*

Roussillon, R. (2012). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *Alter/Revista de Estudos Psicanalíticos,* 30 (1) 7-32.

Roussillon, R. (2015). A função simbolizante. *Jornal de Psicanálise,* 48 (89) 257-286.

Vacheret, C. (2005). Les configurations du lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert. *ERES/Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* (45) 109-116.

Winnicott, D. W. (1969/1993). A construção da confiança. In *Conversando com os pais*. (pp.139- 152) São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott. D. W. (1970/2005). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

15 Determinantes psicossociais da violência no namoro: subsídios para a construção de intervenções preventivas

Sara da Silva Meneses
Cristineide Leandro-França
Priscila de Oliveira Parada
Sheila Giardini Murta

A violência entre parceiros íntimos é um dos mais severos problemas de saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2010) e tem sido alvo de investigações científicas desde 1960 (Anacona, 2008). Os primeiros estudos sobre violência íntima tinham como foco a violência conjugal e doméstica mas, a partir da década de 1980, ampliaram-se os estudos sobre a violência entre parceiros, indo além da relação marital e enfatizando, por exemplo, a violência no namoro entre estudantes universitários (Aldrighi, 2004).

A violência na relação de namoro pode ser definida como atitudes de subjugar ou controlar o outro, causando dano físico, patrimonial, sexual, moral e/ou psicológico (Vagi et al., 2013). Pode ser perpetrada por múltiplos canais, como em interações presenciais e virtuais, e em momentos diversos da relação, durante e no término do relacionamento. Seus impactos sobre a saúde são múltiplos e podem englobar o abuso de álcool e outras drogas, depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, comportamento sexual de risco e suicídio (Adeodato, Carvalho, Siqueira, & Souza, 2005; Anacona, 2008).

No cenário nacional, estudos que investigam a violência no namoro na população jovem estão em ascensão, seja para descrevê-la (Aldrighi, 2004; Barreira, Lima, Bigras, Njaine, & Assis, 2014; Beserra et al., 2015; Nascimento & Cordeiro, 2011; Oliveira, Assis, Njaine, & Pires, 2014) ou preveni-la (Murta et al., 2013; Murta et al., 2016; Murta, Santos, Martins, & Oliveira, 2013; Murta, Ramos, Cangussú, Tavares, & Costa, 2014; Priolo Filho, 2017; Santos & Murta, 2019; Santos, Murta, Vinha, & Deus, 2019). Uma pesquisa de referência nessa área foi realizada por Oliveira, Assis, Njaine e Oliveira (2011) com 3.205 jovens de escolas públicas e privadas, com idade entre 15 e 19 anos, em de dez capitais

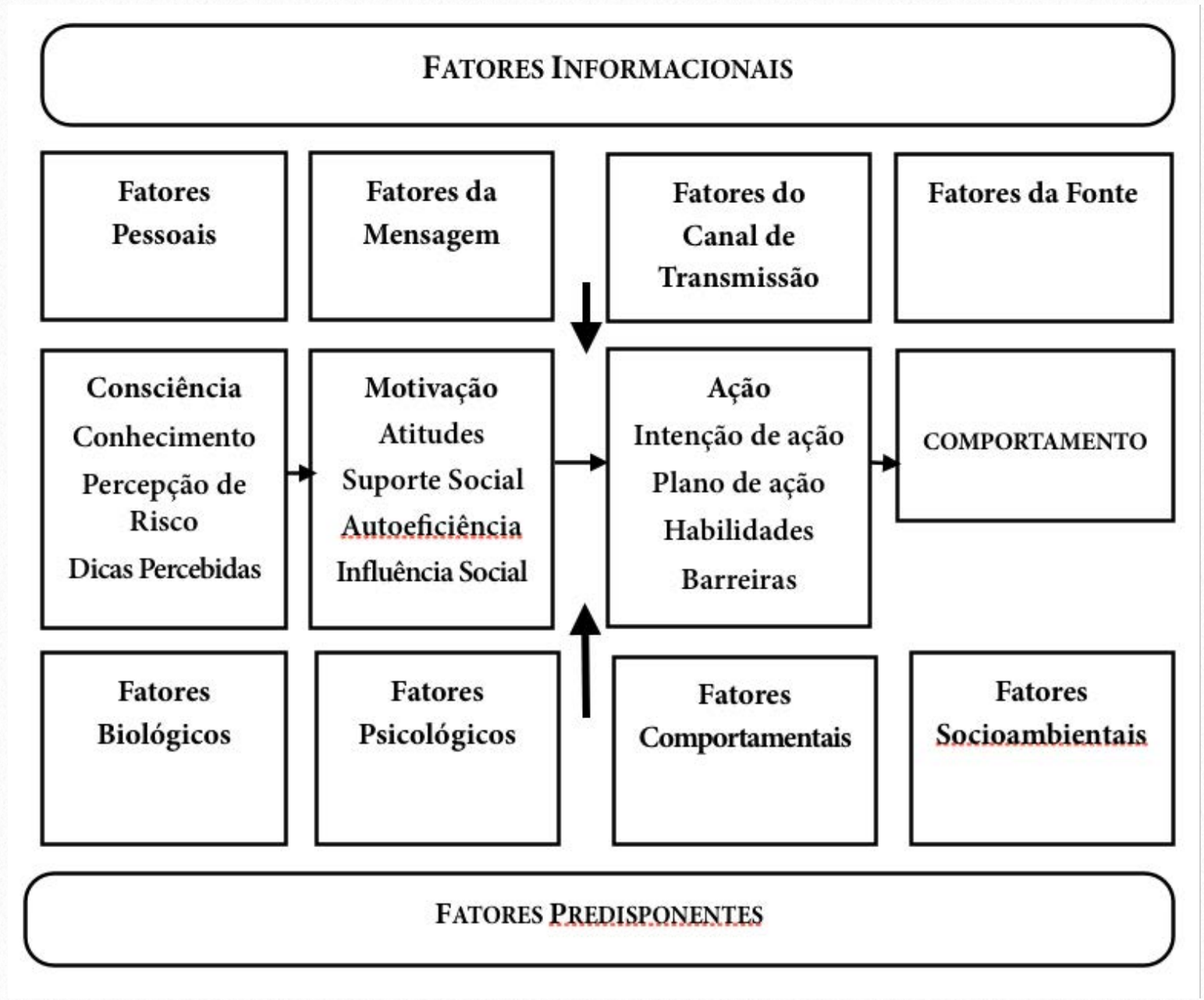
brasileiras. Dados desse estudo apontam que 86,8% dos jovens brasileiros já perpetraram violência em uma relação íntima e 86,9% já foram vítimas. Além disso, os resultados revelaram que 76,6% já haviam sido vítimas e perpetradores de alguma violência. Esse padrão de agressão bidirecional tem maior prevalência nos casos de violência física e psicológica (Barreira et al., 2014).

Iniciativas preventivas embasadas em teoria tendem a ganhar robustez, o que pode potencializar sua aceitabilidade e efetividade. Um dos modelos potencialmente útil, ainda pouco aplicado ao tema na literatura da área, é o Modelo Integrado de Mudança ou *I-Change Model* (De Vries, Mesters, Van de Steeg & Honing, 2005; Leandro-França, Barletta, Murta, & Tavares, 2015). Esse modelo, descrito na Figura 1, assume que o comportamento resulta de fatores que o influenciam indireta e diretamente. Dentre os aqueles com influência indireta tem-se os fatores predisponentes (psicológicos, comportamentais e socioambientais) e fatores informacionais (canal de transmissão da informação, fonte e mensagem). Os fatores com influência direta são os fatores motivacionais, compostos pelas atitudes, autoeficácia e influência social (normas sociais, modelos sociais e suporte social) e os fatores de consciência (conhecimento e percepção de risco). As intenções, que fazem parte dos fatores motivacionais, podem ser mais avançadas (intenções no estágio de tomada de decisão ou preparação para o comportamento alvo) e menos avançadas (intenções nos estágios de pré-contemplação e contemplação do comportamento alvo). As habilidades, por sua vez, incluem o desempenho, as metas de ação e planos específicos para executar as ações. As barreiras incluem obstáculos que podem ser contextuais ou interpessoais. As habilidades e intenções de preparação para ação competem com as barreiras para alcance do comportamento alvo (Leandro-França et al., 2015; De Vries et al., 2005).

O presente estudo baseou-se neste modelo teórico para avaliar determinantes psicossociais da violência no namoro em busca de levantar insumos para o desenho de intervenções para prevenção à violência no namoro. Esses determinantes envolvem conhecimento (informações sobre as manifestações da violência no namoro e qualidade da relação de namoro), atitudes (ações favoráveis ou desfavoráveis à vitimização ou perpetração da violência no namoro), influência social (modelos de relações amorosas violentas e não violentas, suporte social para proteger-se da violência e normas sociais

pró-violência no ambiente circundante), autoeficácia (percepção da própria capacidade e competência para abster-se de perpetrar violência em situações específicas) e planos de ação (estratégias de enfrentamento positivas e negativas para lidar com a convivência, conflitos e violência no relacionamento). Espera-se que os resultados do presente estudo sejam aplicáveis à construção de intervenções preventivas, presenciais ou mediadas via computador, que tenham como foco a redução da violência do namoro e o aumento da qualidade da relação de namoro.

Figura 1
Modelo Integrado de Mudança.



Fonte: https://www.maastrichtuniversity.eu/hein.devries/interests/change.

Método

Participantes

Uma amostra de 628 participantes compôs este estudo transversal, sendo 77,7% mulheres e 22,3% homens, com idade entre 15 a 30 anos. Mais da metade dos participantes (56%) relataram ter ensino superior incompleto, 79,5% se descreveram como heterossexuais e 62% de raça branca, 56% disseram ter um relacionamento estável de namoro, 20% declararam estar solteiro(a), 45,7% não possuíam religião e 44% eram residentes no Distrito Federal. A amostra era proveniente de todas as cinco regiões do Brasil e 23 unidades federativas. Além disso, 1% dos participantes informaram residir em outro país.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Este instrumento foi composto por nove perguntas relacionadas à idade, nível de instrução, sexo, orientação sexual, religião, raça, estado de residência e *status* do relacionamento atual. Adicionalmente, foi perguntado (1) se o participante conhecia alguém envolvido em uma relação íntima violenta (não, não conheço; sim, conheço alguém que vive ou viveu uma relação íntima violenta); (2) se sim, que tipo de violência (física, sexual, emocional); (3) se o participante já viveu uma relação íntima violenta (sim; não); (4) se sim, que tipo de violência (física, sexual, emocional).

Questionário para Avaliação de Determinantes Psicossociais da Violência no Namoro

Utilizou-se o Questionário para Avaliação de Determinantes Psicossociais da Violência no Namoro, desenvolvido pelas autoras com base no Modelo Integrado de Mudança, composto por 12 questões que avaliam: conhecimento (oito itens, por exemplo “pode haver conflito no namoro sem haver violência”); atitudes (seis itens, por exemplo “Quando se depende do dinheiro do/a parceiro/a para viver, é melhor suportar a violência”); normas sociais (nove itens, por exemplo “quem trai merece ser agredido”); modelos (dois itens, por exemplo “Dentre as pessoas que você conhece, quem vive relações amorosas [namoro ou casamento] positivas, com companheirismo, respeito, e

afinidades? Pode marcar mais de uma opção: pais, tios, irmãos, avós, amigos, vizinhos, ninguém"); suporte social (um item, "A quem você pediria ajuda para não continuar em um namoro violento? Pode marcar mais de uma opção: pai, mãe, irmãos, amigos, profissionais, grupo religioso, polícia, ninguém"), autoeficácia (oito itens, por exemplo "Quão difícil seria para você 'segurar a onda' e não ser violento com seu/sua parceiro/a se ele/a mentisse para você"); e planos de ação, agrupados em planos de ação para relacionar-se com o parceiro no cotidiano (seis itens, por exemplo "Se eu estivesse mal, contaria a ele/a meus problemas e pediria ajuda"), para lidar com conflitos (14 itens, por exemplo "Me vingaria, devolveria na mesma moeda") e para proteger-se da violência (sete itens, por exemplo "Terminaria o relacionamento").

Adotou-se o formato de questionário com questões fechadas, com respostas de múltipla escolha, para os determinantes conhecimento, suporte social e planos de ação. Utilizou-se escala *likert* para avaliar os determinantes atitudes (quatro pontos, de discordo totalmente a concordo totalmente), normas sociais (cinco pontos, desde quase todos a quase ninguém) e autoeficácia (quatro pontos, desde muito fácil a muito difícil). O instrumento foi submetido à validação semântica e termos dúbios foram corrigidos.

Procedimentos de coleta e de análise de dados

Os instrumentos foram disponibilizados *online* e as respostas foram automaticamente armazenadas via *web*, durante um mês, e após esse prazo inseridas em um banco de dados. Os participantes foram informados acerca da pesquisa e expressaram seu consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizado *online*. Análises estatísticas descritivas foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE 66485914.5.0000.5540).

Resultados

As análises evidenciaram que a violência no namoro é um fenômeno comum na vivência dos participantes deste estudo, pois 73% deles declararam conhecer alguém que

vive ou viveu uma relação íntima violenta. Dentre os 43,5% que disseram ter vivenciado algum tipo de violência, 30% declararam-se vítima, 12% relataram ser vítima e perpetrador da violência e 1% disseram ser autor da violência. Os participantes relataram, por ordem, maior vitimização por violência emocional (71,3%), seguida de violência física (41,6%) e violência sexual (20,5%).

Os participantes demonstraram ter conhecimento sobre o fenômeno da violência no namoro. Grande parte deles relatou que pode haver conflitos sem a presença de violência (98,2%), que nem todo relacionamento será violento (78,2%) e que tanto homens quanto mulheres podem ser violentos (76,6%). Os principais sinais relatados como comportamentos de violência no namoro foram: quebrar o celular quando em discussão (96,2%), expor fotos e vídeos íntimos (96%), fazer ameaças de que vai largar ou trair para ela/e aceitar transar (95,2%), empurrar o parceiro (91,6%), impedir de ver os amigos (86,9%) e olhar o celular e redes sociais sem permissão (73,7%).

No que se refere à atitude ou ações favoráveis ou desfavoráveis sobre violência no namoro, os participantes concordaram que a violência aumenta os problemas do casal (88,7%), diminui a autoestima de quem a sofre (79,5%), quem comete violência perde a razão na discussão (76,1%) e abala a confiança no outro (76%). Ademais, discordaram da afirmação de que é necessário suportar a violência devido à perda do outro (92,4%), à solidão (92%), quando se tem filhos (80,9%) e em razão da dependência financeira (76,8%).

A análise sobre a autoeficácia para lidar com situações gatilho para violência no namoro revelou que, para quase metade dos participantes, seria difícil "segurar a onda" e não ser violento com o/a parceiro/a se a violência fosse recorrente (42,7%) e se o/a parceiro/a atacasse primeiro (42%). Ainda sobre autoeficácia, 40,9% responderam que seria fácil “segurar a onda” e não ser violento se o parceiro estivesse alcoolizado/a e se ele/a próprio/a estivesse sob efeito de álcool (39,2%). De modo similar, quase metade dos participantes afirmou que seria fácil “segurar a onda” e não ser violento com o/a parceiro/a se ele/a provocasse (47,1%) e mentisse (40,1%). Os participantes responderam de forma ambivalente ao item sobre ser violento com o parceiro se ele/a fosse explosivo, tendo em vista que 39,3% responderam que seria fácil aceitar tal comportamento e 36% disseram que seria difícil. Relatos paradoxais também ocorreram no item sobre traição.

Em resposta a essa questão, 38,2% alegaram que seria fácil segurar a onda e não reagir de forma violenta se ele/a traísse. Por outro lado, 30% disseram ser difícil ser traído e não reagir de forma violenta.

Nos itens referentes às normas sociais, o primeiro bloco de questões avaliou se as pessoas da convivência dos participantes concordavam com algumas crenças machistas. Entre os participantes, 19,6% relataram que a metade das pessoas com quem convive acredita que a mulher deve ser agredida se ela bate no parceiro, 12,4% disseram que quase todos acreditam nisso e 12,1% disseram que mais da metade concorda com essa afirmação. Entretanto, 76,6% do total declararam que quase ninguém com qual convivem acredita que a mulher deve ser agredida se ela é admirada por outros homens, se ela não atende sexualmente o parceiro toda vez que ele deseja (74,8%), se ela se diverte sem a companhia do parceiro (69,6%), se ela provoca ou irrita o parceiro (55,6%) e, em menor proporção, se ela trai o parceiro (49,8%).

Em seguida, os participantes também foram questionados sobre o quanto eles próprios acreditavam nessas crenças machistas. Em resposta, a maioria (96,7%) disse discordar totalmente que a mulher merece ser agredida se ela não atende sexualmente o parceiro toda vez que ele deseja, se ela é admirada por outros homens (95,5%), se ela se diverte sem a companhia do parceiro (95,1%), e se ela trai (90,6%). O item que recebeu menor número de discordâncias foi "a mulher merece ser agredida se ela bate no parceiro". Para essa pergunta, 76,6% disseram discordar totalmente, 4,8% declararam que discordam e 4,8% concordaram com essa afirmação.

As fontes de suporte social mais buscadas, declaradas pelos participantes para não continuar em um namoro violento, foram os amigos (79,3%) e a mãe (68,6%), seguida de profissionais (59,9%), polícia (55,7%), pai (44,6%) e irmãos (43,2%). A fonte menos buscada foi o grupo religioso (16,7%). Os amigos foram apontados como os principais modelos de relações amorosas (namoro ou casamento) (56,2%) dentre as pessoas do convívio dos participantes, seguidos de tios (29,9%), vizinhos (23, 9%) e pais (23,2%). Igualmente, os amigos foram mais frequentemente citados como modelos de relações positivas (82,6%), seguidos de tios (50,5%) e pais (46,2%).

Quando questionados acerca de seus planos de ação para se proteger da violência no namoro, os participantes declararam que com certeza terminariam o relacionamento

(75,5%), buscariam um lugar seguro e ficariam distantes (67,2%), evitariam encontrar o parceiro por um tempo para pensar mais claramente (63,2%), buscariam ajuda de amigos (61,8%), buscariam ajuda de um profissional (54,8%), buscariam ajuda de familiares (47,5%) e, por último, denunciariam o agressor à polícia ou à delegacia da mulher (46,2%). No que se refere aos planos de ação para fortalecer o vínculo e cuidar da convivência com o parceiro, os participantes declararam que se o parceiro estivesse mal, escutariam e forneceriam ajuda (97,9%), contariam a ele/a sobre os seus problemas e também pediriam ajuda (91,6%), respeitariam o momento dele/a, se quisesse ou não conversar (89%) e respeitariam o jeito dele/a, se gostassem de coisas diferentes das que o parceiro gosta (87,7%). Em menor proporção, relataram ainda que se ele/a estivesse de mau humor e falando sem parar, o/a deixariam falando sozinho e sairiam de perto (18,8%) e se ele/a estivessem chateado/a, fariam de conta que nada estava acontecendo e o/a deixariam na dele/a (14,8%).

Com relação aos planos de ação para lidar com conflitos no relacionamento, destacaram-se os itens de maior prevalência: admitiriam o erro e pediriam desculpas, se estivessem errados (87,9%), buscariam se acalmar antes de conversar (76,1%), tentariam colocar-se no lugar dele/a e entender o lado dele/a (73,9%), deixariam claro o que gostam e o que não aceitam (69,6%), deixariam ele/a falar na vez dele/a sem interromper a sua fala (68,2%), iriam analisar a situação e as possíveis saídas, antes de conversar (64,5%) e pediriam que ele/a mudasse algo que o/a desagradasse (53%). Entre as respostas de menor prevalência, abaixo de 50% da amostra, foram declaradas: ficariam calados/as até a raiva passar (36,8%), tentariam descontrair e brincar para aliviar (25,5%), buscariam saber se ele/ela já agrediu outros parceiros (19,6%), dariam um gelo (12,6%), concordariam com a opinião dele/a para acalmá-lo/a (7,6%), tomariam um porre (álcool ou outras drogas) para esquecer (4,8%) e se vingariam ou devolveria na mesma moeda (3,7%).

Discussão

O presente estudo foi dirigido à compreensão dos determinantes psicossociais da violência no namoro com vistas à identificação de diretrizes para o planejamento de intervenções preventivas. Os achados revelaram que a violência material (quebrar o celular quando em discussão), sexual (expor fotos e vídeos íntimos e fazer ameaças de que

vai largar ou trair para ela/e aceitar transar) e física (empurrar o parceiro) são mais facilmente reconhecidas como violência do que a violência psicológica (impedir de ver amigos e olhar o celular e redes sociais sem permissão). Tal relativa invisibilidade da violência psicológica foi também observada em outro estudo com adolescentes brasileiros (Oliveira et al., 2014).

Os dados apontaram o risco de bidirecionalidade da violência, verificada nos determinantes atitudes, autoeficácia e normas sociais, em que os itens que apresentavam cenários violentos impostos pelo parceiro (como violência recorrente perpetrada pelo outro) foram declarados pela amostra como difíceis de serem respondidos sem violência. Notou-se que tais cenários de risco para a reciprocidade da violência tiveram relação com situações nas quais as emoções de raiva, tristeza ou respostas de impulsividade tendem a ser mais prováveis, exigindo maior habilidade de regulações das emoções, o que parece apontar para sua relevância como parte dos mecanismos de mudança que devem ser acionados em iniciativas preventivas (Eckman, 2003/2007).

Em adição a isto, estereótipos de gênero perpassaram os contextos referentes aos dados sobre a violência mútua, como evidenciado nos dados acerca de normas sociais e atitudes. Normas sociais de endosso à violência contra a mulher foram salientadas pelos participantes, em especial "se a mulher bate no parceiro ela merece ser agredida", "se ela trai", "se ela irrita o parceiro" e "se ela se diverte sem o parceiro". Neste mesmo sentido, os participantes demonstraram atitudes desfavoráveis à tolerância da violência no namoro, com exceção das situações em que se tem filhos ou se depende financeiramente do parceiro. Estes dados revelam a cultura patriarcalista e misógina em que se insere a amostra do presente estudo, o que resulta em diferenças de poder entre homens e mulheres e expõe as últimas a maior vulnerabilidade.

A reciprocidade ou bidirecionalidade da violência no namoro tem sido frequentemente discutida em estudos nacionais (Barreira et al., 2014; Oliveira et al., 2011; Oliveira et al., 2014) e internacionais (Manuel, 2014; Reyes et al., 2016). Aspectos de sua funcionalidade têm despontado em alguns estudos. Alexander, Tracy, Radek e Koverola (2009), por exemplo, observaram em seus resultados que mulheres que faziam uso da reciprocidade permaneciam mais tempo na relação violenta e apresentavam-se nos estágios iniciais do processo de mudança, quando ainda não há consciência do problema

ou não existe intenção de iniciar mudanças. Outros estudos (Murta, Ramos, Cangussú, Tavares, & Costa, 2014; Parada, 2017), por sua vez, encontraram a resposta de devolver a agressão como sendo parte dos testes de solução para acabar com a violência na relação quando ainda havia intenção de mantê-la. Tais resultados sugerem que a reciprocidade pode ocorrer não somente pelas dificuldades de regulação das emoções apontadas nesse estudo, mas pode ter como função a manutenção do vínculo quando pensar em seu rompimento é muito difícil, seja pelo ônus emocional ou pela existência de outras barreiras externas à relação (por exemplo, não ter renda suficiente). Nesse sentido, a reciprocidade da violência poderia ser entendida como uma espécie de balança em que a resposta violenta a uma ofensa ou a um histórico de agressões anterior restabelece o equilíbrio, dispensando a necessidade de despender esforço em mudanças, seja dentro da própria relação ou através do término dela.

Os amigos foram citados como os primeiros modelos de relação amorosa positiva e negativa, bem como a fonte de suporte mais buscada. Estudos anteriores apontaram para o mesmo fenômeno, indicando a centralidade da rede de amigos como fonte de influência (Santos & Murta, 2016) e fonte preferencial de ajuda em casos de relações abusivas (Soares, Lopes, & Njaine, 2013). Tal contexto ressalta a necessidade urgente de intervenções que promovam suporte social de maior qualidade, uma vez que as respostas à busca de ajuda nem sempre são favoráveis e, em alguns casos, podem trazer piora do quadro (Murta et al., 2014). Intervenções preventivas que busquem melhorar a qualidade da amizade e instrumentalizar os pares para que consigam reconhecer a violência e dar ajuda segura e efetiva constituem uma das rotas possíveis de prevenção (Santos & Murta, 2019; Santos et al., 2019).

A frieza emocional, expressa em ignorar as necessidades emocionais do parceiro, foi citada por uma parte dos participantes como um plano de ação para lidar com o parceiro no cotidiano. Planos de risco para manejo de conflito foram menos frequentemente citados, mas ainda assim chama atenção a seleção de planos potencialmente danosos como “dar um gelo” no parceiro. A indiferença frente às necessidades do outro é reconhecidamente uma das formas de baixa sensibilidade ou responsividade na interação amorosa, o que pode comunicar indisponibilidade emocional e aumentar respostas de esquiva e ansiedade, associadas a estilos de vinculação afetiva insegura (Cobb & Bradbury,

2012). Estas respostas, por sua vez, podem resultar em distanciamento emocional, enfraquecer a confiança e potencializar a escalada de conflitos violentos no namoro, como documentado em outros estudos (Bonache, Gonzalez-Mendez, & Krahé, 2017; Murta et al., 2019). Ainda como planos de ação potencialmente danosos, uma pequena parte dos participantes mencionou o beber e o resignar-se ao controle do parceiro para acalmá-lo. Enquanto o primeiro aumenta o risco tanto de vitimização quanto perpetração (Shorey, Stuart, & Cornelius, 2011), o segundo aumenta o risco de vitimização. Portanto, a responsividade na interação com o parceiro, a regulação emocional e a comunicação assertiva (centrada na percepção do direito a relacionamentos livres de violência) são alvos potencialmente pertinentes para abordagem em estratégias preventivas.

Parecem inexistir gatilhos para a violência que sejam de fácil manejo, ou seja, todos os gatilhos investigados referentes ao comportamento do/a parceiro/a (traição, mentira, provocação, ser atacado primeiro, explosividade emocional, repetição da violência, parceiro alcoolizado) ou ao próprio comportamento (estar alcoolizado/a) foram apontados como sendo de difícil manejo, frente aos quais seria improvável "segurar a onda" e não reagir com violência. Destes, o gatilho uso de álcool, em comparação aos demais, foi tido como uma das situações menos difíceis.

Entretanto, o uso do álcool e seu efeito sobre a violência foi subestimado pelos participantes tanto em relação ao parceiro como em relação a si mesmo no determinante autoeficácia, que se refere à expectativa de regulação do seu comportamento mediante algumas situações. O estudo de Rothman et al. (2012) investigou a relação entre consumo de álcool por dia e a perpetração e vitimização por violência em jovens de 17 a 21 anos. Este estudo demonstrou que os eventos de violência no namoro eram mais prováveis em dias de consumo de álcool do que em dias de não consumo. Ambos homens e mulheres tinham 41% e 43% mais chances de vitimização de violência quando bebiam e tinham 70% maior probabilidade de perpetrar violência no namoro em dias em que consumiam álcool. Os autores salientam que o álcool não pode ser utilizado para retirar a culpa de quem comete a violência, mas que ele é um fator de risco relevante para violência no namoro.

Os resultados encontrados apontam para alguns cuidados acerca da aplicação nas políticas públicas ou nos espaços interventivos. No âmbito das mudanças de normas

sociais e da cultura, vale ressaltar a necessidade de que campanhas nos meios de comunicação comecem a abordar a complexidade das situações em que a violência ocorre. Em geral, os históricos de conflito se estendem para muito além de episódios isolados e abarcam contextos complexos, em que o sopesar dos fatos (por exemplo: existência de reciprocidade, de episódios anteriores, de dinâmicas conflituosas com alto grau de ressentimentos) precisa ser considerado no sentido de compreensão do contexto e do combate à banalização da violência, não como aspecto de aceitação e naturalização dela. Retratar tal realidade de forma mais fiel poderia ter como consequência a maior disponibilidade de oferta de suporte a situações em que a relação de vitimização e perpetração é mais complexa, não se configurando como extremos de passividade e vitimização ou de atividade e perpetração.

No que concerne aos serviços públicos e privados que oferecem intervenções preventivas ou de tratamento visando às situações de violência nos relacionamentos, destaca-se a importância de inclusão de estratégias que auxiliem na regulação das emoções. Como exemplos, aquelas que envolvem conhecer e identificar melhor os próprios sentimentos, comunicá-los de forma assertiva e avaliar de forma realista a receptividade de si e do parceiro às necessidades de um e de outro no médio e longo prazo e as implicações que isso pode trazer à relação.

Para as pessoas que já se encontram em relações violentas em que haja violência mútua, estratégias que permitam a mudança de foco do conflito e de sua escalada para o foco na qualidade de vida e nos impactos das vivências de violência parecem mostrar-se favoráveis. Nesse sentido, a reavaliação do alinhamento entre as perspectivas para a relação e o uso da violência – favorecendo a percepção da discrepância entre essa estratégia e a qualidade de vida, da relação e os impactos que a violência apresenta – tenderão a endereçar situações em que a devolução das agressões faz parte dos testes de solução, permitindo a avaliação de novas soluções e o desencadear de outros processos de mudança.

A principal limitação deste estudo foi sua amostra homogênea, com maioria universitária, residente no Distrito Federal e sexo feminino. Uma segunda limitação foi o uso de um instrumento de autorrelato, com forte viés de desejabilidade social. Em decorrência disto, estes achados devem ser interpretados com cautela e não podem ser

extrapolados para a juventude brasileira. Seria desejável que estudos futuros fizessem uso de amostras mais heterogêneas e representativas da diversidade de gênero, educacional e geográfica. Ademais, é indicada a combinação de instrumentos de autorrelato e outras estratégias de coleta de dados que encerrem menor risco de desejabilidade social, a exemplo de estudos etnográficos.

Em que pesem tais limitações, os achados deste estudo indicam rumos para o desenho de intervenções preventivas. Em primeiro lugar, as intervenções preventivas devem incluir entre seus objetivos aumentar o conhecimento e reduzir atitudes de aceitação da violência psicológica, pouco reconhecida como uma modalidade de maus tratos. Em segundo lugar, esforços devem ser centrados em políticas, programas e intervenções que promovam a equidade de gênero e questionem práticas culturais misóginas. Em terceiro, o ensino de habilidades de regulação emocional e responsividade nas relações íntimas parece ser um dos pilares centrais para a melhoria da qualidade destes relacionamentos. Em quarto, a rede de amigos deve integrar o público-alvo destas intervenções, visto o papel crucial desempenhado pelos pares como fonte de influência e suporte social. Por fim, a complexidade dos cenários relacionais em que se dão as relações violentas convida à continuidade de estudos capazes de elucidar tais dinâmicas, de modo que as intervenções sejam fundamentadas em bases empíricas e, por consequência, alcancem maior potencial de efetividade e validade social e menor risco de ausência de efeitos ou efeitos iatrogênicos.

Referências

Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*. 39, (1), 108-113. doi.org/10.1590/S0034-89102005000100014.

Aldrighi, T. (2004). Prevalência e cronicidade da violência física no namoro entre jovens universitários do Estado de São Paulo, Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática,* 6, 105-120.

Alexander, P. C. Tracy, A., Radek, M., & Koverola, C. (2009). Predicting stages of change in battered women. *Journal of Interpersonal Violence. 24*(10), 1672-1772. doi/abs/10.1177/0886260509331494.

Anacona, C. A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violência en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana, 26*, 227-241.

Barreira, A.K., Lima, M. L. C., Bigras, M., Njaine, K., & Assis, S. G. (2014). Direcionalidade da violência física e psicológica no namoro entre adolescentes do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *17*(1), 217-228. doi.org/10.1590/1415-790X201400010017ENG.

Beserra, M. A., Leitão, M. N. C., Fernandes, M. I. D., Scatena, L., Vidinha, T. S. S., Silva, L. M., & Ferriane, M. G. C. (2015). Prevalência de violência no namoro entre adolescentes de escolas públicas de Recife/PE: Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, *ser IV*(7), 91-99. doi.org/10.12707/RIV15006.

Bonache, H., Gonzalez-Mendez, R., & Krahé, B. (2017). Romantic attachment, conflict resolution styles, and teen dating violence victimization. *Journal of Youth and Adolescence, 6*(9), 1905-1917. doi: 10.1007/s10964-017-0635-2

Cobb, R. J. & Bradbury, T. N. (2012). Implicações do apego adulto na prevenção de resultados conjugais adversos. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds), *Os processos do apego na terapia de casal e família* (pp. 246-266). São Paulo: Roca (trabalho original publicado em 2003).

De Vries, H., Mesters, I., Van de Steeg, H., & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling*, 56(2),154-65. doi: 10.1016/j.pec.2004.01.002.

Eckman, P. (2003/2007). *A linguagem das emoções* (C. Szlak, Trad.). São Paulo: LeYa Casa da Palavra.

Greenman, S. & Matsuda, M. (2016). From early dating violence to adult intimate partner violence: Continuity and sources of resilience in adulthood. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26: 293–303 (2016). doi: 10.1002/cbm.2012

Leandro-França, C., Barletta, J. B., Murta, S.G., & Tavares, T. N. G. (2015) Intervenções Breves aplicadas à prevenção e promoção em saúde mental. Em Murta, S. G., Leandro-Franca, C., Santos, K. B.; Polejack, L. (Orgs.). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Manuel, S. C. G. (2014). *A violência no namoro entre jovens adultos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto.

Murta, S. G., Moore, R. A., Miranda, A. A. V., Cangussú, E. D. A., Santos, K. B., Bezerra, K. L. T., & Veras, L. G. (2016). Efeitos de um programa de prevenção à violência no namoro. *Psico-USF*, *21*(2), 381-393. doi.org/10.1590/1413-82712016210214.

Murta, S. G., Pires, M. R. P., Tavares, A. S., Cordeiro, M. A., Teixeira, E. G., & Adorno, N. (2019). Intimidade e apego no namoro: implicações de estudos de caso para prevenção à violência. *Contextos Clínicos, 12(*1), 204-225. doi: 10.4013/ctc.2019.121.09

Murta, S. G., Ramos, C. E. P. L., Cangussú, E. D. A., Tavares, T. N. G., & Costa, M. S. (2014). Desenvolvimento de um website para prevenção à violência no namoro, abandono de relações íntimas abusivas e apoio aos pares. *Contextos Clínicos*, *7*(2), 118-132. doi.org/10.4013/ctc.2014.7201.

Murta, S. G., Santos, B. R. P., Martins, C. P. S., & Oliveira, B. (2013). Prevenção à violência no namoro: uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos, 6,* 117-131. doi.org/10.4013/ctc.2013.62.05

Murta, S. G. Santos, B. R. P., Nobre, L. A., Araújo, I. F., Miranda, A. A. V., Rodrigues, I. O., & Franco, C. T. P. (2013). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, *24*(2), 263-288.

Nascimento, F. S. & Cordeiro, R. L. M. (2011) Violência no namoro para jovens moradores de Recife. *Psicologia & Sociedade, 23(3),* 516-525.

Oliveira, Q. B. M., Assis, S. G., Njaine, K., & Oliveira, R. V. C. (2011) Violência nas relações afetivo-sexuais. Em M. M. Minayo, S. G. Assis & K. Njaine (Eds.). *Amor e violência: um paradoxo das relações de amor e do ficar* (pp. 87-140). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Oliveira, Q. B. M., Assis, S. G., Njaine, K., & Pires, T. O. (2014). Namoro na adolescência no Brasil: circularidade da violência psicológica nos diferentes contextos relacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(3), 707-718.

Organização Mundial da Saúde - OMS (2010). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher. Ação e Produção de Evidência*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Parada, P. O. (2017). *O processo de término de namoros violentos e transição para novas relações.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Priolo Filho, S. R. 2017. *Violência no namoro: avaliação de um programa de prevenção.* Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Reyes, H. L. M, Foshee, V. A., Niolon, P. H., Reidy, D. E. & Hall, J. E. (2016). Gender role attitudes and male adolescent dating violence perpetration: normative beliefs as moderators. *Journal Youth Adolescence*, 45:350–360. doi:10.1007/s10964-015-0278-0

Rothman, E. F., Stuart, G. L., Winter, M., Wang, N. Bowen, D. J., Bernstein, J., & Vinci, R. (2012). Youth alcohol use and dating abuse victimization and perpetration: a test of the relationships at the daily level in a sample of pediatric emergency department patients who use alcohol. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(15) 2959-2959. doi: 10.1177/0886260512441076

Santos, K. B. & Murta, S. G. (2016). Influência dos pares e educação por pares na prevenção à violência no namoro. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *36*(4), 787-800. doi.org/10.1590/1982-3703000272014

Santos, K. B. & Murta, S. G. (2019). Peers as agents of dating violence prevention: feasibility analysis of an intervention. Temas *em Psicologia, 27*(3), 631-646. doi:10.9788/TP2019.3-03

Santos, K. B., Murta, S. G., Vinha, L. G. A., & Deus, J. S. (2019). Efficacy of a bystander intervention for preventing dating violence in Brazilian adolescents: short-term evaluation. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 32*(20). doi.org/10.1186/s41155-019-0133-4

Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Cornelius, T. L. (2011). Dating violence and substance use in college students: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 16,* 541-550. doi: 01.1016/j.avb.2011.008.003.

Soares, J. S. F., Lopes, M. J. M., & Njaine, K. (2013). Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. *Cadernos de Saúde Pública*, *29* (6), 1121-1130. doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600009.

Vagi, K. J., Rothman, E. F., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M., & Breiding, M. J. (2013). Beyond correlates: a review of risk and protective factors for adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence,42*(4):633-649. doi.org/10.1007/s10964-013-9907-7.

Anexo 1 – Questionário de Determinantes Psicossociais da Violência no Namoro

1. Para cada um dos itens abaixo, marque o que você pensa sobre a violência no namoro.

Tanto homens como mulheres são violentos com seus parceiros

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Toda relação de namoro é, em algum momento, violenta.

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Pode haver conflito no namoro sem haver violência.

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

2. Quais desses comportamentos são sinais de violência no namoro? Dê sua opinião.

Empurrar o(a) namorado(a)

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Expor fotos ou vídeos íntimas do(a) namorada/o sem a permissão

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Fazer ameaças de que vai largar a/o namorada/o ou traí-la/o para ela/e aceitar transar

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Olhar o celular ou redes sociais da/o namorada/o, sem permissão, para ver com quem ela/e está conversando

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Quebrar o celular da/o namorada/o durante uma discussão

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

Impedir que o/a namorado/a veja os amigos

[ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

3. O que você acha sobre as afirmações abaixo?

A violência no namoro é um jeito de mostrar quem é que manda na relação

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

Ser violento com o/a parceiro/a pode ser uma maneira de se defender quando se é atacado primeiro

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo[ ] Concordo totalmente

A violência às vezes é necessária para não perder o outro

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

É necessário suportar violência para não ficar sozinho

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

Quando se depende do dinheiro do/a parceiro/a para viver, é melhor suportar a violência

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

Quando se tem filhos com o/a parceiro/a, é melhor suportar a violência

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

A violência contra o/a parceiro/a destrói a confiança no outro

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

A violência contra o/a parceiro/a aumenta os problemas do casal, ao invés de resolvê-los

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

A violência diminui a autoestima de quem a sofre

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

Quem comete violência contra o/a parceiro/a perde a moral

[ ] Discordo totalmente [ ] Discordo [ ] Concordo [ ] Concordo totalmente

4. A quem você pediria ajuda para não continuar em um namoro violento? Pode marcar mais de uma opção:

[ ] Mãe

[ ] Pai

[ ] Irmãos

[ ] Amigos

[ ] Profissionais

[ ] Grupo religioso

[ ] Polícia

[ ] Ninguém

5. Dentre as pessoas que você conhece, quem vive relações amorosas (namoro ou casamento) violentas? Pode marcar mais de uma opção:

[ ] Pais

[ ] Tios

[ ] Avós

[ ] Irmãos

[ ] Amigos

[ ] Ninguém

6. Dentre as pessoas que você conhece, quem vive relações amorosas (namoro ou casamento) positivas (com companheirismo, respeito, afinidades)? Pode marcar mais de uma opção:

[ ] Pais

[ ] Tios

[ ] Avós

[ ] Irmãos

[ ] Amigos

[ ] Vizinhos

[ ] Ninguém

7. Quantas pessoas com quem você convive acreditam nas afirmações abaixo?

A mulher merece ser agredida quando ela trai

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela provoca ou irrita o parceiro

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela se diverte sem a companhia do parceiro

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela é admirada por outros homens

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela mostra-se sensual

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se provocou o parceiro enquanto ele estava bêbado

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela bate no parceiro

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

A mulher merece ser agredida se ela não atende sexualmente o parceiro toda vez que ele deseja

[ ] Quase todos [ ] Mais da metade [ ] A metade [ ] Menos da metade [ ] Quase ninguém

8. Quão difícil seria para você "segurar a onda" e não ser violento com seu parceiro se...

Ele/a te traísse

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a mentisse para você

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a te provocasse

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a te atacasse primeiro

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a fosse explosivo

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a estivesse sendo novamente violento com você (se não fosse a primeira vez)

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Ele/a estivesse alcoolizado(a)

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

Você estivesse alcoolizado(a)

[ ] Muito fácil [ ] Fácil [ ] Difícil [ ] Muito difícil

9. No dia a dia, o que você faria para cuidar da convivência com seu parceiro? Marque todas as opções que quiser:

[ ] Se eu estivesse mal, contaria a ele/a meus problemas e pediria ajuda

[ ] Se ele estivesse mal, eu o/a escutaria e daria ajuda

[ ] Respeitaria o momento dele/a, se quisesse ou não conversar

[ ] Respeitaria o jeito dele/a, se gostasse de coisas diferentes das que eu gosto

[ ] Se ele/a estivesse de mal humor e falando sem parar, o/a deixaria falando sozinho e sairia de perto

[ ] Se ele/a estivesse chateado/a, faria de conta que nada estava acontecendo e o/a deixaria “na dele/a”

10. Se você e seu parceiro tiverem alguma briga, o que você faria para lidar com o conflito? Marque todas as opções que quiser:

[ ] Tentaria colocar-me no lugar dele/a e demonstrar que entendia o lado dele/a

[ ] Deixaria ele/a falar na vez dele sem interromper a sua fala

[ ] Buscaria me acalmar antes de conversar

[ ] Iria analisar a situação e as possíveis saídas, antes de conversar

[ ] Buscaria saber se ele/a já agrediu outros/as namorados/as no passado

[ ] Pediria que ele/a mudasse algo que me desagradasse

[ ] Deixaria claro o que eu não gosto e não aceito

[ ] Tentaria descontrair e brincar para aliviar

[ ] Admitira o erro e pediria desculpas, se estivesse errado

[ ] Me vingaria, devolveria na mesma moeda

[ ] Tomaria um porre (álcool ou outras drogas) para esquecer

[ ] Obedeceria as opiniões dele/a para acalmá-lo

[ ] Daria um gelo nele/a e faria de conta que nada estava acontecendo

[ ] Ficaria calado/a até a raiva passar

11. Se você um dia você vier a se envolver em um namoro violento, o que você faria para se proteger da violência?

Denunciaria para a polícia ou para a Delegacia da Mulher

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Buscaria ajuda de familiares

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Buscaria ajuda de amigos

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Buscaria ajuda de profissionais (psicólogos, advogados ou outros)

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Evitaria encontrá-lo/a por um tempo para pensar mais claramente

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Buscaria um lugar seguro e ficaria distante dele/a

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

Terminaria o relacionamento

[ ] Com certeza eu faria [ ] Talvez faria [ ] Talvez não faria [ ] Com certeza eu não faria

16 Comportamento suicida entre idosos e políticas públicas de saúde

Renan Lyra
Marcelo Tavares

Introdução

A taxa de suicídio no Brasil em 2016 foi de 6,5 mortes por cem mil habitantes (OMS, 2018), índice inferior à média mundial de 11,4 por cem mil habitantes (OMS, 2014). No entanto, estudos apontam para o aumento nas taxas de suicídio no Brasil em todas as faixas etárias, principalmente na população idosa (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante & Mangas, 2012; Pinto, Pires, Silva, & Assis, 2012a). Idosos, de maneira geral, apresentam agravantes para o risco de suicídio por não comunicarem sobre a ideação, por serem mais vulneráveis fisicamente e por realizarem tentativas de maior letalidade (Schlösser, Rosa, & More, 2014).

As taxas de suicídio entre idosos no Brasil representam o dobro dos casos em relação à população geral (Minayo & Cavalcante, 2010). Apesar de a idade avançada representar um fator de risco, poucos estudos têm focado a atenção nesse grupo etário. Existem poucos artigos de revisão na literatura brasileira e internacional sobre fatores de risco para o suicídio em idosos, e trabalhos que analisem as políticas públicas em relação ao suicídio entre idosos são ainda mais escassos. Dessa forma, o presente trabalho focou principalmente nas políticas públicas de prevenção do suicídio em idosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o suicídio uma questão de saúde pública desde os anos de 1990. Nessa perspectiva, prevê que os países membros implementem políticas públicas para a prevenção e tratamento de pessoas que apresentem ideação ou tentativas de suicídio, além da notificação sobre casos de suicídio junto aos órgãos de controle epidemiológico (OMS, 2016). O *Mental Health Action Plan* proposto

pela OMS para o período de 2013-2020 visava aumentar em 20% as taxas de serviços de atendimento às pessoas com transtornos mentais até 2020. A prevenção do suicídio também é um componente integral do plano, com a proposta de que se diminua em 10% os índices de morte por suicídio em cada país membro (OMS, 2013).

O presente capítulo pretende analisar a questão da prevenção do suicídio em idosos considerando os principais fatores de risco para o suicídio, seguido de uma reflexão crítica sobre as diretrizes e políticas brasileiras relacionadas à prevenção do suicídio. Pretende-se, portanto, responder a duas questões principais: o que sabemos sobre o suicídio de idosos e o que existe de políticas públicas relativo à prevenção do suicídio nessa faixa etária.

Método

Para responder às questões deste estudo foi feito um levantamento de artigos nas bases de dados da SciELO entre 2010 e setembro de 2019, com as palavras-chave "suicídio & idosos". No total, a pesquisa retornou 49 artigos. Após a leitura dos resumos, optou-se pela utilização daqueles que caracterizassem o fenômeno do suicídio entre idosos, excluindo-se análises puramente epidemiológicas sobre as tentativas de suicídio de municípios específicos ou que exploravam o comportamento suicida na população de outras faixas etárias. No total, 27 artigos estavam dentro dos critérios. Por fim, consultou-se as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde Mental.

Resultados

Dos 27 artigos encontrados, seis eram artigos de revisão (Alves, Maia, & Nardi, 2014; Minayo & Cavalcante, 2010; Minayo, Figueiredo & Mangas, 2019; Oliveira et al., 2017; Santos, 2017; Schlösser et al., 2014). Quatro artigos tratavam sobre aspectos epidemiológicos, caracterizando o suicídio entre idosos de maneira quantitativa (Carvalho, Lôbo, Aguiar, & Campos, 2014; Minayoet al., 2012; Pinto et al., 2012a; Pinto, Silva, Pires, & Assis, 2012b).

Os outros 14 artigos eram empíricos, 12 dos quais utilizaram a metodologia de autopsia psicossocial (Cavalcante & Minayo, 2012, 2015; Cavalcante, Minayo, & Mangas, 2013; Conte, Cruz, Silva, Castilhos, & Nicolella, 2015; Figueiredo et al., 2012; Meneghel et al., 2012; Meneghel, Moura, Hesler, & Gutierrez, 2015; Minayo & Cavalcante, 2013; Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012; Sérvio & Cavalcante, 2013; Silva et al., 2015; Sousa, Silva, Figueiredo, Minayo, & Vieira, 2014). Três artigos utilizaram o paradigma de gênero na análise dos casos de suicídio (Meneghel et al., 2012, 2015; Minayo et al., 2012). Dois artigos usaram o método qualitativo (Costa & Souza, 2017; Minayo, Figueiredo, & Mangas, 2017). Outros dois artigos utilizaram estudo de caso (Conte et al., 2012; Figueiredo et al., 2015). Apenas um artigo tratou sobre modelos de intervenção preventiva ao suicídio em idosos (Conte et al., 2012).

Principais fatores de risco para o suicídio em idosos

O fator de risco de maior prevalência entre os idosos é o diagnóstico de depressão, seguido pelo isolamento social, dependência física e financeira, doenças graves e a perda do *status* laboral na aposentadoria – especialmente impactante nos idosos do sexo masculino (Cavalcante & Minayo, 2015; Meneghel et al., 2012; Minayo & Cavalcante, 2010; Minayo et al., 2019; Oliveira et al., 2017; Sérvio & Cavalcante, 2013). Fato relevante é que 15% das mortes por suicídio na população idosa acontecem dentro de hospitais ou instituições de longa permanência (Minayo et al., 2017; Minayo et al., 2019).

Depressão é o espectro de transtorno mental mais prevalente entre os idosos no Brasil e no mundo (Scazufca & Matsuda, 2002). A literatura aponta o tratamento da depressão como principal fator singular para a prevenção do suicídio na população idosa, por esse motivo recomenda-se o tratamento e manejo desse quadro como uma medida necessária de prevenção (Minayo & Cavalcante, 2010; OMS, 2014).

A avaliação e o diagnóstico da depressão são dificultados pela desqualificação das queixas dos idosos, muitas vezes taxadas por familiares e profissionais de saúde como parte natural ou inevitável do envelhecimento (Barrero, Nicolato & Côrrea, 2006). O mesmo ocorre com a comunicação suicida (Tavares, Montenegro, Prieto, 2004). É ainda mais difícil o diagnóstico junto a idosos do sexo masculino, por manterem

comportamentos culturalmente ligados à masculinidade hegemônica, de forma a não buscarem ajuda e tampouco manifestarem seus sentimentos negativos (Meneghel et al., 2012; Minayo, Meneghel et al., 2012).

A utilização de medicamentos antidepressivos para o tratamento da depressão em idosos torna-se difícil por fatores específicos da idade, como a interação com outras medicações, e os efeitos colaterais desagradáveis e potencialmente perigosos para as pessoas dessa faixa etária (Scazufca & Matsuda, 2002). Além disso, os antidepressivos são os principais psicofármacos utilizados em tentativas de suicídio realizadas por idosos, o que requer o controle de acesso a essa medicação (Carvalho et al., 2014). Por esses motivos, o método de tratamento da depressão combinando psicoterapia e psicofármacos é a modalidade mais indicada para essa população (Carvalho et al., 2014; Scazufca & Matsuda, 2002).

O cuidado familiar com o idoso muitas vezes se resume à manutenção de bens materiais e, com frequência, ignora suas necessidades afetivas e psicológicas. Não obstante, familiares de idosos que morreram por suicídio relatam sentimento de culpa, evidenciados principalmente pela ideia de que poderiam "ter feito mais", ter oferecido cuidado mais empático e terem sido mais perceptivos sobre o estado psicológico do idoso (Figueiredo et al., 2012). No relato dos idosos internados em instituições de longa permanência com histórico de tentativas e ideação suicida estudados por Minayo, Figueiredo e Mangas (2017), o isolamento e abandono apareceram como fatores precipitadores do risco de suicídio, por provocarem nos idosos o sentimento de peso social e de se sentirem descartados do convívio familiar. A sensação de fardo e a frustração de pertencimento são agravantes que levam à crise suicida grave, segundo a Teoria Interpessoal do Suicídio (Van Orden, Smith, Chen & Conwell, 2016; Lyra, 2018).

O suporte social e a falta de suporte influenciam no risco de suicídio. As relações familiares constituem grande fator de proteção, mas podem ser encarados como fatores de risco quando os idosos vivenciam perdas familiares, relações distantes dos parentes primários e ausência de expressões afetivas, além da violência física e psicológica intrafamiliar (Silva et al., 2015). Enfatiza-se o peso que as relações sociais têm sobre o fenômeno do suicídio, especialmente em idosos que vivenciam mudanças drásticas nos relacionamentos, motivadas pela perda de autonomia física e financeira (Silva et al., 2015).

A dependência financeira propicia que as relações familiares sejam permeadas por conflitos (Silva et al., 2015).

Pessoas idosas que cometem suicídio ou realizam tentativas costumam se consultar com profissionais de saúde até um mês antes do ato (Silva et al., 2015). O convívio com a rede de profissionais de saúde tem influência direta na superação da ideação e risco de suicídio (Figueiredo et al., 2015). Porém, o que poderia se caracterizar como uma abertura para a prevenção do suicídio, acaba por se tornar fator de risco. Conte et al. (2015) apresentam o relato de três idosos – com histórico de tentativas de suicídio – que ilustram o caráter iatrogênico dos profissionais de saúde que não tiveram treinamento sobre prevenção do suicídio, e manifestam visões moralistas sobre os indivíduos em risco. A prevalência do modelo biomédico, focado na medicalização e no diagnóstico nosográfico de transtornos mentais restringe a visão sobre a crise do sujeito idoso, de maneira a ignorar aspectos psicossociais vivenciados pelo indivíduo (Conte et al., 2015). Evidencia-se a falta de espaço relacional, vínculo e cuidado junto ao idoso por parte dos profissionais, além da escassa oferta de outras formas de cuidado em saúde, problema agravado pela falta de recursos humanos nos serviços de saúde públicos (Conte et al., 2015).

Em resumo, a depressão e a falta de suporte em saúde, financeiro e afetivo são as principais queixas relacionadas ao suicídio de idosos (Minayo et al., 2017). Dessa forma, a prevenção do suicídio com idosos deve focar em ações de tratamento da depressão, desde a identificação de casos até tratamento psicológico e farmacológico. Além disso, ações que promovam a vinculação familiar e o apoio são promotoras de saúde mental nesse contexto, como proposta na política sobre envelhecimento ativo da OMS (1990). Muitos desses fatores de risco se referem a questões psicossociais que poderiam ser abordadas em ações preventivas com base na família ou na comunidade, de modo a evitar o desenvolvimento de quadros de risco.

Políticas públicas

A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2006), institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. O MS recomenda o

desenvolvimento de estratégias de "promoção da qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde", além de "organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas". Existem diversos programas que promovem saúde mental e qualidade de vida para os idosos, mas poucos focam em prevenção, tratamento e recuperação em relação ao comportamento suicida. A identificação de idosos em risco é fator importante para evitar um caso de suicídio, e se caracteriza como tratamento de alta complexidade.

Treze anos após a promulgação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio estabeleceu-se, enfim, a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (Brasil, 2019), que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Estabelece como objetivos a promoção da saúde mental, prevenção da violência autoprovocada, garantir o acesso à atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico, além de garantir assistência psicossocial para os enlutados por suicídio. Destaca-se a instituição da notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, por estabelecimentos de saúde públicos e privados junto às autoridades sanitárias, além do treinamento de profissionais dos estabelecimentos sobre o procedimento de notificação. A Lei ainda estabelece a cobertura de tentativas de suicídio e violência autoprovocada às operadoras de saúde suplementar. Nesse sentido, além de ampliar os dados sobre notificação, a política estabelece garantias de tratamento psicossocial para pessoas que apresentem comportamentos suicidas. Dessa forma, essa Lei estabelece o direito de idosos acometidos por quadros de ideação e tentativa ao atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Também reconhece o direito ao atendimento na rede privada por meio das operadoras e seguradoras de saúde – ou seja, planos de saúde são legalmente obrigados a cobrir o tratamento psicossocial de idosos na rede privada de saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, datada de 19 de outubro de 2006, pela Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), não estabelece um trabalho específico em relação à prevenção do suicídio. No entanto, determina a atenção integral, oferecida por equipe multidisciplinar, à saúde da pessoa idosa, sendo assim também prevê a atenção por parte da psicologia em todo processo de cuidado. Não deveria ser

necessário nenhum diagnóstico específico de saúde mental para promover estratégias de promoção da saúde que visem o envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) define que a atenção básica deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, e deve ser próxima das pessoas. A Atenção Básica é a porta de entrada, acolhendo e vinculando os usuários aos serviços da rede (Polejack, Gomes, Miranda & Machado, 2015). A Pnab também prevê práticas em saúde, além das formas usuais de farmacoterapia, as chamadas práticas integrativas, regularizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Brasil, 2008a). Tal política visa incorporar as práticas integrativas voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral da saúde, por meio de práticas que vão além do paradigma biomédico, focando em medicina alternativa e outras práticas que valorizam a espiritualidade e integralidade do indivíduo em tratamento. Dessa forma, contribuem para a qualidade de vida ao fomentar novos espaços de convívio e compartilhamento de saberes, inserindo-se como prática de promoção de saúde e qualidade de vida, com potencial para a prevenção do risco de suicídio.

O trabalho da Pnab se fundamenta na Estratégia de Saúde da Família (eSF), que mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde (Brasil, 2008b), instaurou a proposta de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Essa nova estratégia rompe com a ideia do trabalho de rede restrito a referência e contrarreferência – ou seja, o profissional apenas "repassa" o paciente para o próximo nível de atenção –, e facilita uma prática de acompanhamento contínuo do paciente, que não deixa de ser paciente da equipe de referência (Polejack et al., 2015). Essa forma de trabalho é especialmente importante na prevenção do suicídio, uma vez que, como já consolidado na literatura, o acompanhamento constante e próximo ao paciente durante a transição de cuidados desenvolve a chamada rede de cuidado (*chainofcare*), forte fator de proteção para o risco de suicídio (Johannessen, Dieserud, De Leo, Claussen & Zahl, 2011; Tavares, Montenegro & Prieto, 2004).

Os profissionais de saúde que atuam nos Nasf e nas eSF são os mais indicados para o rastreio de pacientes em risco de suicídio, por três motivos: trabalham em uma perspectiva multidisciplinar; contam com psicólogos na composição das equipes; e têm maior proximidade junto às famílias. O Conselho Federal de Psicologia (2009) estabeleceu

que a prática profissional do psicólogo do Nasf deve priorizar o combate ao sofrimento subjetivo, as ações de redução de danos e estimular a adesão a hábitos e práticas preventivas para a saúde dentro do âmbito familiar. No entanto, como ressaltado por Polejack et al. (2015), a falta de definição do papel do psicólogo dentro dos Nasf favorece ações que resultam em uma prática clínica de atuação clássica – semelhante ao acompanhamento ambulatorial. Apesar de relevante para o tratamento de alta complexidade, não favorece a prevenção do risco de suicídio. Limita, dessa forma, a atuação do psicólogo dentro da equipe (Polejack et al., 2015). Os autores sugerem que o psicólogo deve desenvolver atividades que fortaleçam a comunicação entre os usuários e as equipes de saúde da família, privilegiando o conhecimento em psicologia na construção das ações e intervenções – tais como matriciamentos em saúde mental (Polejack et al., 2015).

Os psicólogos inseridos nos Nasf podem realizar atendimentos individuais que não se caracterizam como psicoterapia, mas fomentam o aprimoramento do autocuidado por parte dos usuários do serviço (Polejack et al.,2015). Como exemplo, existem trabalhos junto às famílias que visam a sensibilização e valoração do idoso e combatem o isolamento e descaso – que são relacionados à sensação de fardo e frustração de pertencimento, fatores agravantes risco para o suicídio em idosos (Van Orden, Smith, Chen & Conwell, 2016; Lyra, 2018).

É prática comum entre profissionais de saúde a preocupação apenas com fatores biomédicos na saúde, sintomas físicos e doenças. Entende-se "Clínica Ampliada" como o acompanhamento do paciente em sua integralidade, com equipes multiprofissionais atuando junto às famílias e pacientes do serviço de saúde. A "Clínica Ampliada" é uma via alternativa à lógica biomédica, e oferece uma forma de atuação que facilita a identificação e prevenção do suicídio em idosos (Conte et al., 2015). A Clínica Ampliada se insere dentro das diretrizes preconizadas pelo SUS, ao defender uma noção integral de saúde e ao permitir a escuta e acolhimento do idoso (Conte et al., 2015; Brasil, 1990). Permite também que profissionais de saúde olhem para as famílias e os idosos, visando aprimorar e ampliar práticas saudáveis de relacionamento interpessoal, que constitui promoção de saúde não só em prevenção do suicídio, mas em quadros de depressão e outras psicopatologias.

Conclui-se, com base nas políticas públicas atuais, que o trabalho de prevenção se encontra de maneira incipiente. Enquanto prática de prevenção do suicídio, o papel do profissional de saúde está restrito a identificar e encaminhar idosos com ideação suicida, ainda que dentro das políticas públicas estejam previstas ações de cuidado integral. No entanto, na prática preventiva do risco de suicídio, ações mais amplas, tais como a promoção de laços familiares saudáveis e as práticas de saúde integrativas, são medidas eficazes enquanto ações que evitam o quadro suicida em idoso. Nesse sentido, é necessária a expansão do que se classifica como ação de prevenção do risco de suicídio em idosos, com a promoção e ampliação de programas de prevenção voltados para a manutenção da qualidade de vida e vínculos familiares saudáveis nessa faixa etária.

Políticas de prevenção do suicídio em perspectiva

Nos Estados Unidos, em 2012, o *Surgeon General of the United States* – um gabinete operacional ligado ao órgão de saúde pública dos Estados Unidos – lançou a *2012 National Strategy for Suicide Prevention*, com o objetivo de reduzir o número de suicídios em 20% nos primeiros cinco anos e 40% em dez anos (Raue et al., 2014). As ações previstas visam integrar a prevenção do suicídio às políticas públicas de saúde e promover a transformação efetiva nos sistemas de saúde de forma a englobar a prevenção do suicídio, a mudar a opinião pública em relação ao suicídio e a sua prevenção, e a melhorar a qualidade dos dados sobre o comportamento suicida de modo a promover intervenções de qualidade na prevenção (U.S. Surgeon General, 2012). O programa foca em quatro direções estratégicas: (a) indivíduos, famílias e comunidades saudáveis e empoderadas, (b) serviços de prevenção clínica e comunitária, (c) serviços de tratamento e apoio e, finalmente (d) vigilância, pesquisa e avaliação de eficácia.

Cada direção estratégica oferece uma perspectiva de ampliação das ações em saúde para cada nível de prevenção – universal, seletiva e indicada (Muñoz et al., 1996). No total, a proposta apresenta 13 metas, entre as quais: "integrar e coordenar as ações de prevenção do suicídio em múltiplos setores e configurações", "promoção de treinamento para comunidades e provedores de serviços clínicos sobre prevenção do suicídio e comportamentos correlatos", "promover a prevenção do suicídio como componente central de serviços de atenção à saúde", "promover e financiar pesquisas sobre prevenção

do suicídio", entre outras ações. Além disso, são descritos 60 objetivos divididos pelas 13 metas. Ressaltamos, entre eles, o compromisso com o objetivo de demonstrar a efetividade dessa estratégia, englobando a "avaliação do impacto e efetividade da *National Strategy for Suicide Prevention* na redução da morbidade e mortalidade por suicídio" (U.S. Surgeon General, 2012).

Há similitudes na composição das propostas de intervenção entre a *National Strategy for Suicide Prevention* e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, sendo elas: a) o foco na vigilância epidemiológica; b) a promoção de informações sobre o suicídio; c) foco em diversos níveis de complexidade. A *National Strategy* assemelha-se a Diretriz Nacional de Prevenção do Suicídio no que toca ao incentivo à pesquisa na área de prevenção ao suicídio. Porém, a *National Strategy* apresenta uma gama de passos detalhados de como implementar e desenvolver ações de prevenção em todos os níveis de prevenção. A Diretriz Nacional de Prevenção do Suicídio, por se tratar de uma diretriz com recomendações para que cada estado e município possa implementar suas próprias ações, limita-se a propostas generalistas. A responsabilidade pelo desenvolvimento e implementação de estratégias do trabalho de prevenção recai sobre cada estado.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, por outro lado, está pautada no tratamento especializado, por meio dos Caps, e serviços telefônicos de crise. Há diferenças entre a prevenção *do suicídio* e a prevenção *do risco* de suicídio. Partindo-se do paradigma de prevenção estabelecido por Muñoz, Mrazek e Haggerty (1996), entende-se que a prevenção do risco de suicídio constitui medida de ação anterior à formação de sintomas ou comportamentos de risco, e busca evitar que as pessoas cheguem até o quadro de ideação, planejamento ou tentativa de suicídio. Já a prevenção *do suicídio* constitui ação de alta complexidade, e é entendida como medida de tratamento para os agravos do quadro. Dessa forma, a ideia de prevenção como intervenção anterior ao quadro de crise suicida não está contemplada nas políticas brasileiras atuais.

Discussão

A consolidação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é um passo importante para a implementação da prevenção do suicídio e promoção da conscientização sobre o problema. No entanto, a partir da pesquisa bibliográfica realizada nota-se que a concepção de prevenção ainda está arraigada no tratamento dos transtornos mentais ou na intervenção na crise suicida em momentos de risco grave ou extremo, o que caracteriza como atenção especializada em saúde. A noção de prevenção dos comportamentos suicidas ainda é pouco compreendida, o que pode ser resultante da falta de arcabouço teórico que possa explicar as origens de tais comportamentos. Assim, ressalta-se a ausência de programas que voltados para a prevenção *stricto sensu* e não somente o tratamento dos quadros crônicos ou agudos. Destaca-se o apoio psicossocial aos enlutados por suicídio como potencial ação de prevenção, sendo um ponto fundamental dentro da Lei promulgada.

O papel do psicólogo na elaboração de políticas públicas ainda é tímido, especialmente no que concerne à saúde do idoso, pautada principalmente na atenção exclusiva às enfermidades de cunho biológico (Freire & Polejack, 2015). Figueiredo et al. (2012) ressaltam que, apesar dos profissionais de serviço de atenção primária serem os mais indicados para a promoção de ações preventivas junto às famílias e aos idosos em risco, as ações dos profissionais ainda estão focadas no paradigma de atendimento individual. Assim, mantém-se uma lógica que não promove a implementação de ações preventivas que favoreçam diálogos transgeracionais e diálogos sobre a saúde dentro do seio familiar. Não se deve subestimar a importância e o impacto das vivências subjetivas dos sujeitos idosos na saúde dos mesmos; é essencial para as equipes de saúde valorizarem e legitimarem o sofrimento vivenciado pelo idoso.

A capacitação de profissionais para atuarem na identificação e acompanhamento do risco de suicídio entre pessoas idosas se faz necessária, tendo em vista as práticas de formação contínua propostas pela Pnab. O treinamento permanente de equipes da Atenção Básica, em especial os psicólogos e psiquiatras, faz-se necessário para a abertura dos profissionais à temática do suicídio do idoso. Ressalta-se que a Atenção Básica, como dispositivo de saúde, constitui um trabalho para a qualidade de vida dos idosos.

O trabalho com idosos em Terapia Comunitária (TC) tem demonstrado bons resultados enquanto fonte promotora de saúde mental. A TC fomenta um espaço de acolhimento, reflexão e compartilhamento de saberes entre os participantes, de maneira horizontal, e amplia as relações sociais (Rocha et al., 2009). Utiliza-se do conhecimento popular da comunidade para o fortalecimento das relações interpessoais e superação de conflitos com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, de forma que os usuários tidos como mais frágeis são protegidos junto ao grupo (Rocha et al., 2009; Victor, Vasconcelos, Araújo, Ximenes, & Araújo, 2007). Os idosos que participam de tais grupos relatam sentirem-se empoderados, acolhidos e capazes de realizar mudanças de comportamento, de forma que o grupo promove a corresponsabilidade dos membros sobre a superação das dificuldades individuais de cada participante (Andrade et al., 2010). Esse modelo de intervenção já é bastante utilizado pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (eSF), especialmente com idosos (Andrade et al., 2010; Rocha et al., 2009; Victor et al., 2007).

Enquanto laços sociais enfraquecidos expõem os idosos ao desenvolvimento de quadros depressivos e de risco para o suicídio, a rede de suporte social adequada aumenta consideravelmente a qualidade de vida, sendo os seus efeitos para a saúde comparáveis aos de parar de fumar (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). O relacionamento familiar é um dos pilares para a superação de uma crise suicida; assim como as relações de amizade, que são fatores de proteção significativos para a depressão e o suicídio (Figueiredo et al., 2015). Fortalecer vínculos familiares e sociais é, nesse sentido, prevenção *do risco* de suicídio.

O trabalho realizado no município de Candelária, no Rio Grande do Sul, em que articulou-se as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atendimento Psicossocial (Caps), além do Samu, corpo de bombeiros e a polícia, mostrou que as ações em equipe tem potencial de prevenção do suicídio. Nesse município, os profissionais foram capacitados para realizarem avaliações de risco de suicídio, preparando-os para intervir junto às famílias, o que resultou na diminuição significativa dos casos de suicídio na região – da média de 21/100 mil óbitos por ano para 12/100 mil óbitos (Conte et al., 2012). Assim, o rastreio de casos de ideação e risco de suicídio, a implementação de uma atenção integral efetiva, com plano terapêutico

individual, visitas domiciliares constantes, orientações para familiares sobre controle de acesso a meios, e *follow-up* dos pacientes referenciados para atendimento no Caps, produziu efeitos eficazes de prevenção do suicídio na população idosa (Conte et al., 2012). Tipos de intervenção como essa, ainda que caracterizem tratamento de alta complexidade, são importantes para que os índices de suicídio diminuam na população idosa.

As universidades também têm um papel fundamental para a prevenção do suicídio em pessoas idosas, não apenas pelo aprimoramento curricular – ao incluir o cuidado ao idoso como parte do currículo de profissionais de saúde –, como pelo desenvolvimento de atividades de extensão voltadas para esse público. Poucos programas que promovam fatores de proteção em idosos têm sido oferecidos à comunidade. As intervenções para preparação de aposentadoria, por exemplo, apresentam melhorias na qualidade de vida dos idosos, possibilitando que estes adotem comportamentos mais saudáveis após a aposentadoria (Leandro-França, Murta, & Villa, 2014). Apesar da aposentadoria ser apontada como fator de risco para idosos, tais programas não têm sido sistematicamente testados quanto à sua eficácia na prevenção do suicídio no contexto brasileiro.

A eficácia dos programas de prevenção é diferente a depender da faixa etária (Okolie et al., 2017). Enquanto programas com foco na atenção primária e no rastreio da depressão são os mais eficazes para a terceira idade, a restrição de acesso a meios, intervenções de instrução em salas de aula e o treinamento de agentes educacionais são os mais eficazes na prevenção do suicídio na adolescência e em jovens adultos (Okolie et al., 2017). Por esses motivos, as diretrizes de prevenção do suicídio precisam incorporar as diferenças etárias na construção de estratégias de prevenção e políticas públicas. A questão que emerge ao final dessa revisão é "o que torna os programas de prevenção efetivos?". A maior evidência de eficácia na prevenção do suicídio em idosos está baseada nas intervenções em atenção primária, que pode ser sintetizado em treinamento e trabalho em rede multiprofissional, com diversos agentes no acompanhamento do idoso em risco (Okolie et al., 2017).

Programas de prevenção do risco de suicídio parecem ser ainda incipientes no contexto brasileiro, ainda que haja trabalhos que promovam a saúde mental. Um dos impeditivos para o desenvolvimento desses programas é a dificuldade em endereçar o que constitui o foco de ação – o que evita a instalação de quadros de ideação e tentativa de

suicídio. Os fatores de risco são apenas fatores correlatos aos casos de suicídio e não explicam como se constitui o risco – ainda que forneçam direcionamentos para a prevenção do suicídio. Nesse sentido, parece necessária a incorporação de uma base teórica para o desenvolvimento de ações preventivas.

Conclusão

O presente estudo examina os principais fatores de risco para o suicídio entre idosos e discute as políticas públicas existentes face às demandas da prevenção do risco de suicídio nesta faixa etária. Ações preventivas eficazes precisam de amparo na forma de definições claras em políticas públicas. Por sua vez, um bom delineamento dessas políticas depende de evidências com base em pesquisas empíricas. É no entendimento derivado dessas pesquisas que as propostas de ação preventiva devem ser fundamentadas para melhor atender aos desafios do cotidiano de idosos em risco. Como foi demonstrado, ainda é escassa a pesquisa brasileira nesta área. Também não há uma distinção clara entre o que é prevenção e o que é tratamento.

O exame das políticas públicas para idosos, em geral, e para o idoso em risco de suicídio, em particular, mostra que estas ensejam reflexão crítica. As legislações relativas à saúde da pessoa idosa não direcionam ações especificas em relação ao suicídio. As *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio* e a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio* e a *Política Nacional de Saúde Mental* não tratam de maneira explícita a questão do idoso. E a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* não trata explicitamente da questão do suicídio como um dos mais importantes fatores de risco nesta faixa etária. O contraste apresentado em relação à *National Strategy for Suicide Prevention* (EUA) explicita maneiras como as ações brasileiras podem ser mais claramente delineadas e referenciadas ao conhecimento válido sustentado por pesquisas.

Ademais, os idosos deveriam estar amparados pelos princípios de integralidade e assistência em diversos níveis de atenção à saúde, por meio de ações que focassem na prevenção, identificação e tratamento de pessoas nessa faixa de idade. Estas ações seriam ferramentas indispensáveis para a diminuição do número de suicídios. Além disso, estas ações não deveriam se limitar a ser ações estritamente terapêuticas, mas incluir medidas

que visem empoderamento e promoção do envelhecimento ativo dentro da comunidade, com a formação de novas redes de apoio para os idosos. Tais ações são previstas e, ainda que timidamente, implementadas em diversas regiões do Brasil, dentro do Plano Nacional de Saúde da Família. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é uma conquista significativa no caminho para a consolidação da atenção às pessoas em risco de suicídio no Brasil. Contudo, essa Política é constituída por ações pautadas no tratamento (alta complexidade) e não na prevenção propriamente definida, e a falta de referência explícita à prevenção do suicídio entre idosos parece não inspirar ações preventivas compatíveis.

Observou-se, neste levantamento da literatura, a grande necessidade de se ampliar os estudos sobre o comportamento suicida nessa faixa etária, focando-se na incorporação de estudos que testem a eficácia de ações preventivas no contexto brasileiro, e não apenas na descrição epidemiológica do fenômeno. Para uma mudança mais efetiva em uma área ainda incipiente, ficou também claro a necessidade de investimento em ações de sensibilização, conscientização e formação profissional, desde o ensino de graduação, destinada ao tema de prevenção do suicídio junto à população idosa.

Referências

Alves, V. M., Maia, A. C. C. O., & Nardi, A. E. (2014). Suicide among elderly: A systematic review. *Medical Express*, *1*(1), 9–13.https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.03

Andrade, F. B., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., Silva, A. O., Costa, I. C. C., Lima, E. A. R., & Mendes, C. K. T. T. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *19*(1), 129–136. https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100015

Barrero, S. P., Nicolato, R., & Corrêa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In H. Corrêa, & S. P. Barrero (Eds.), *Suicídio: Uma morte evitável* (pp. 103-113). São Paulo: Atheneu.

Brasil (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Diário Oficial da União, nº 65, Brasília-DF.

Brasil (2008a). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitudes de ampliação e acesso*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2008b). Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf.* Diário Oficial da União, nº 18, Brasília-DF.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. In *Série Pactos pela Saúde* (v.12). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2019). *Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Diário Oficial da União, Brasília.

Carvalho, I. L. N., Lôbo, A. P. A., Aguiar, C. A. de A., & Campos, A. R. (2014). A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: Uma caracterização em idosos.*Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *20*(1), 129-137. https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064

Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 1943–1954. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002

Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1655–1666. https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015

Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. S., & Mangas, R. M.N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(10), 2985–2994. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP.

Conte, M., Cruz, C. W., Silva, C. G. da, Castilhos, N. R. M. de, & Nicolella, A. D. R. (2015). Convergence and Non-Convergence: Stories of elderly who have attempted suicide and the Integrated Care System in Porto Alegre/RS, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, *20*(6), 1741–1749. https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015

Conte, M., Meneghel, S. N., Trindade, A. G., Ceccon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., … Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 2017–2026. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013

Costa, A. L. S. da, & Souza, M. L. P. de. (2017). Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. *Revista de Saúde Pública*, *51*, 121. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007059

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. da, Mangas, R. M. do N., Vieira, L. J. E. de S., Furtado, H. M. J., Gutierrez, D. M. D., & Sousa, G. S. de. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 1993–2002. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. da, Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. do N., Sousa, G. S. de, Freitas, J. S., … Sougey, E. B. (2015). Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. *Ciência & Saúde coletiva*, *20*(6), 1711–9. https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015

Freire, M. B. M.,& Polejack, L. (2015). Política nacional de atenção à saúde do idoso: Desafios para a psicologia. In L. Polejack, A. M. A.Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C.

Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interface e desafios* (pp. 355-364). Porto Alegre: Rede Unida.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, *7*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Johannessen, H. A., Dieserud, G., De Leo, D., Claussen, B., & Zahl, P.-H. (2011). Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway. *BMC Public Health*, *11*(81), 1-8. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-81

Leandro-França, C., Murta, S. G., & Villa, M. B. (2014). Efeitos de uma Intervenção Breve no Planejamento para a Aposentadoria. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, *14*(3), 257–270. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Lyra, R. L. (2018). *A experiência do processo de envelhecimento a partir da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M. da, Grubits, S., Hesler, L. Z., &Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 1983–1992. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009

Meneghel, S. N., Moura, R., Hesler, L. Z., & Gutierrez, D. M. D. (2015). Suicide Attempts by Elderly Women - from a Gender Perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1721–1730. https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015

Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicide in elderly people: A literature review. *Revista de Saúde Pública*,*44*(4), 750-757. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(12), 2405–2415. doi: https://doi.org/S0102-311X2013001700006

Minayo, M. C. S., Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. do N. (2017). O comportamento suicida de idosos institucionalizados: Histórias de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 981-1002. doi: https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400007.

Minayo, M. C. S., Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. do N. (2019). Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(4), 1393-1404. doi: https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019

Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicide of elderly men in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(10), 2665–2674. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016

Minayo, M. C. de S., Pinto, L. W., Assis, S. G. de, Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. do N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saúde Pública*, *46*(2), 300–309. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200012

Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders: Summary and comentary. *The American Psichologist*, *51*(2), 1116–1122.

Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, *29*(11), 1801–1824. doi: https://doi.org/10.1017/S1041610217001430

Oliveira, J. M. B., Vera, I., Lucchese, R., Silva, G. C., Tomé, E. M., & Elias, R. A. (2018). Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *21*(4), 488-498. doi:https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014

Organização Mundial da Saúde –OMS (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data*, 1–44. https://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1

Organização Mundial da Saúde –OMS (2014). Preventing suicide. *Canadian Medical Association Journal*, *143*(7), 609–610. https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9

Organização Mundial da Saúde –OMS (2016). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. *Who*, 77. Recuperado dehttp://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/

Organização Mundial da Saúde –OMS (2018). World Health Statistics. Recuperado de :http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-4-data-ctry?lang=en

Pinto, L. W., Pires, T. de O., Silva, C. M. F. P. da, & Assis, S. G. de. (2012a). Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 1973–1981. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800008

Pinto, L. W., Silva, C. M. F. P., Pires, T. O., & Assis, S. G.(2012b). Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 2003–2009. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800011

Polejack, L., Gomes, P. M. G., Miranda, M. R. N., & Machado , M. P. M. (2015).A psicologia na atenção básica: Descobertas, conquistas, considerações e desafios no NASF. In L. Polejack, , A. M. A.Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interface e desafios* (pp. 97-126). Porto Alegre: Rede Unida.

Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Current Psychiatry Reports, 16*(9). doi: https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8

Rocha, I. A., Braga, L. A. V., Tavares, L. M., Andrade, F. B., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., & Silva, A. O. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(5), 687–694. https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500006

Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco , psicopatologia e oportunidades para prevenção.*Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(9), 3061-3075. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016

Scazufca, M., & Matsuda, C. M. C. B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(1), 64–69. doi: https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500012

Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, *22*(1), 133–145. doi: https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11

Sérvio, S. M. T., & Cavalcante, A. C. S. (2013). Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *33*(spe), 164–175. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Silva, R. M., Mangas, R. M. N., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E. S., Sousa, G. S., Cavalcanti, A. M. T.S., & Apolinário, A. V. S. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1703–1710. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015

Sousa, G. S., Silva, R. M., Figueiredo, A. E. B., Minayo, M. C. S., & Vieira, L. J. E. S. (2014). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface: Communication, Health, Education*, *18*(49), 389–402. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241

Tavares. M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In M. Günther, J. S. Bucher-Maluschke,& K. Hermanns (Eds.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp. 231-257). Fortaleza: Unifor.

U.S. Surgeon General. (2012). National Strategy for Suicide Prevention: 1–18.Recuperado de https://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/index.html.

Van Orden, K., Smith, P. N., Chen, T., & Conwell, Y. (2016). A case controlled examination of the interpersonal theory of suicide in the second half of life. *Archives of Suicide Research, 20*(3), 323-335.doi: 10.1080/13811118.2015.1025121.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. doi: https://doi.org/10.1037/a0018697

Victor, J. F., Vasconcelos, F. de F., Araújo, A. R. de, Ximenes, L. B., & Araújo, T. de. (2007). Grupo Feliz Idade: Cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem*, *41*(4), 724–730. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400026

PSICOLOGIA E SAÚDE

17 Formação em saúde: da educação interprofissional ao trabalho colaborativo

Elizabeth Queiroz
Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira
Diana Lúcia Moura Pinho

Introdução

Cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação e estabelecer as estratégias e as políticas de integração entre a educação e o trabalho para que possam, de maneira expressiva, contribuir para as mudanças necessárias à transformação das realidades de saúde no país (Furlanetto, Pinho & Parreira, 2015). Isso porque ao considerar a efetivação dos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade e do controle social do SUS, temos o desafio de garantir um melhor funcionamento do sistema, que está planejado de forma hierárquica em relação aos níveis de atenção à saúde, mas implementado de acordo com os recursos disponíveis. Dessa forma, a qualificação e a formação de profissionais são imprescindíveis à sua consolidação.

A contribuição para as mudanças é entendida como um desafio que conjuga esforços na transformação de espaços de atenção à saúde em espaços de ensino-aprendizagem, a criação de oportunidades para o ensino na saúde colabora tanto para uma melhor compreensão da natureza e da especificidade do trabalho em saúde quanto para o desenvolvimento de novos modos de produzir conhecimentos ou mesmo de (re)estabelecer compromissos ético-políticos assumidos historicamente pelas instituições de ensino comprometidas com a formação e a gestão da educação e do trabalho na saúde no Brasil (Gesser & Ranghetti, 2011; Veiga, 2003; Camara, Grosseman, & Pinho, 2015).

É importante ressaltar que a saúde, como um campo de saber, se fundamenta na defesa de fenômenos sociais que, como tais, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores. Nesse sentido, a área da saúde pede entrelaçamentos das diferentes ciências e de seus respectivos pressupostos, pois tal campo é constituído de saberes, tensões,

movimentos e dinâmicas que operam, na prática, diferentes fazeres multirreferenciados quando voltados à produção da saúde dos sujeitos e coletividades, que buscam interferir nas realidades em que vivem, de forma reflexiva e política, reconhecendo a sua interdependência com as condições socioeconômicas. Ao longo do tempo, estudos acerca do processo saúde-doença passaram a considerar explicações nos determinantes sociais da saúde, ultrapassando, assim, a compreensão fundamentada em explicações de natureza unicausal, até então predominantes. (Merhy, 2002; Lechopier, 2015).

Não é novidade que o paradigma dominante na ciência médica do século XX, denominado modelo biomédico, tem sido confrontado por resultados de inúmeros estudos que demonstram a influência exercida por fatores sociais e psicológicos sobre o funcionamento biológico, a saúde e a doença (Taylor, 2000; Ogden, 1999). Contudo, na formação do profissional de saúde poucas vezes é oferecida uma abordagem pedagógica que leve em conta as qualidades humanas, tanto do paciente quanto do profissional de saúde (Sheridan & Radmacher, 1992). Não por acaso, De Marco (2003) considera que a consolidação de um modelo de atenção integral e integrada em saúde, em consonância com a perspectiva biopsicossocial, é a missão da Medicina do século XXI. De forma mais realista, essa é a tarefa de todo profissional de saúde da atualidade uma vez que a mudança do modelo depende diretamente da colaboração de todos.

A atenção integral pressupõe um cuidado do nível preventivo ao da reabilitação e reinserção social. Estudos apontam a necessidade de que essa atenção também seja integrada e centrada na pessoa, de forma a garantir o melhor aproveitamento possível dos recursos disponíveis e uma continuidade dos cuidados, baseada num conceito de decisão compartilhada, segundo o qual tanto os profissionais de saúde como os pacientes têm contribuições ativas e essenciais (Reeves et al., 2012; Reeves & Hean, 2013). Assim, a seleção do melhor tratamento e cuidado para um paciente específico requer o engajamento de ambas as partes, no sentido de fortalecer as interações, as quais possuem uma forte influência da comunicação estabelecida entre profissional e paciente.

As ações de saúde, nessa perspectiva, não se constituem campos privilegiados da medicina, uma vez que passam a considerar as questões ambientais, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, bem como uma abordagem integral do ser humano e da saúde. Tamanha abrangência justifica a composição de equipes multi e interprofissionais, e

requer ações inter e transdisciplinares nas práticas e no ensino na saúde que ultrapasse as relações desiguais de poder que existem entre os profissionais de saúde (Baker et al, 2011). O trabalho em equipes interprofissionais, nesse sentido, passa a responder por uma maior e melhor percepção da demanda, das necessidades e das relações entre o sistema de saúde e os modos de viver das populações.

Tais avanços, entretanto, não significam uma nova ordem hierárquica entre explicações biológicas e sociais, agora com o predomínio das últimas sobre as primeiras. Ao contrário, elas são vistas como mais horizontais. Delas tomam parte variáveis biológicas, psicológicas ou sociais, como condições e ambientes que podem condicionar ou determinar formas de adoecer ou manter-se saudável.

A formação em saúde

O ensino superior no Brasil, de uma forma geral, e a formação de profissionais de saúde, em especial, passam por significativas mudanças. Tais mudanças, a despeito de resultarem da natural necessidade de atualização e aperfeiçoamento de ferramentas e instrumentos de ensino-aprendizagem, buscam também preencher lacunas existentes no ensino da saúde. Nessa direção, algumas políticas indutoras de melhorias no ensino têm sido implementadas nas universidades brasileiras, como a instituição do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni, e a aprovação, pelo Conselho Nacional de Educação, de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação de profissionais de saúde, com foco em elementos comuns da formação (competências gerais), que são complementadas por elementos específicos de cada curso/profissional (competências específicas) (Furlanetto, Pinho & Parreira, 2015).

As transformações esperadas e as reorientações sistemáticas a serem incorporadas à formação, de uma forma geral, e dos profissionais de saúde, em particular (Freire Filho & Silva, 2017; Barr & Low, 2012), deverão ser consideradas para além do que se propõem, pois devem influenciar os modos como as comunidades acadêmicas têm se organizado para responder às inovações sinalizadas pelas DCNs, uma vez que a elas caberá construir alternativas de transpor a fragmentação do saber e da dissociação entre conteúdos e

abordagens, convergindo para uma prática interdisciplinar e interprofissional nucleadora para a superação das fragilidades do ensino na saúde.

A partir do reconhecimento dessas e outras fragilidades, e marcadamente a partir de 2002, algumas estratégias têm sido induzidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação (MS e MEC) tanto para impulsionar mudanças curriculares na graduação quanto para integração ensino-serviço. São eles, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed), com objetivos claros de reorientação dos produtos da escola médica com ênfase nos modelos de atenção, especialmente a atenção básica, integração com os gestores do SUS; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujos objetivos são similares ao Promed, embora ampliado para todas as profissões de saúde, visando à reorientação da formação desses profissionais e reforçando a integração ensino-serviço; e, mais recentemente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), em duas versões: o Pet-Saúde/SF, com foco na Estratégia Saúde da Família e o Pet-Saúde/VS, com ênfase na criação de grupos tutoriais em vigilância em saúde (Furlanetto, Pinho & Parreira, 2015).

Além desses programas, foi instituída também, pelo Ministério da Saúde (MS) – em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) – a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), que se volta ao intercâmbio de experiências e informações, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde e de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço. O incentivo à criação de acervo público e colaborativo de materiais educacionais para área da saúde; de ambientes para a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde; e a oferta de cursos, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas prioritárias para o SUS, são foco dessa estratégia (Brasil, 2010).

Neste contexto, para a formação em saúde se impõem o reconhecimento da complexidade dos problemas que caracterizam as realidades sanitárias brasileiras; da constatação das potencialidades que as aproximações mais sistêmicas e integrais trazem à promoção da saúde, assim como da intencionalidade dos processos formativos, da

dimensão ampliada da saúde, da construção psicossocial do processo saúde-doença, da singularidade do cuidado humano e da articulação entre aprendizagem e desenvolvimento humano.

Dos profissionais de saúde, em tempos atuais, é esperado que estejam aptos e qualificados para assumirem, entre outros, o papel de gestores de políticas públicas no campo da saúde, realizarem diagnósticos, problematizarem as realidades, tomarem decisões orientadas pelo bem coletivo, mediarem conflitos e conduzirem processos comunicacionais e de trabalho que resultem na produção de bens e serviços que contribuam à humanização e à qualificação do atendimento dos sujeitos no âmbito do Sistema Único de Saúde, na perspectiva da promoção da saúde. Para tanto, a opção por conteúdos de formação – entendidos como fatos, conceitos, princípios, procedimentos, normas e valores – que possibilitem, assim, a articulação das dimensões individuais e coletivas aos contextos sociais e ao trabalho em saúde, são fundamentais ao ensino na saúde (Veiga, 2003).

O desafio colocado para o ensino na saúde é, dentre outros, o de qualificar esses profissionais em formação para assumirem um lugar que deles exigirá a incorporação de novas tecnologias e de novos processos decisórios, para que possam responder de forma resolutiva e criativa às necessidades de saúde das populações e possam, ao mesmo tempo, imprimir as mudanças necessárias à consolidação do Sistema Único de Saúde. As transformações esperadas e as reorientações permanentes à formação dos profissionais dependem, de forma significativa, da formação de pesquisadores, mestres e doutores, de estudos e pesquisas que tragam novos aportes à avaliação do ensino na saúde, à formação e ao desenvolvimento de docentes tanto quanto no desenvolvimento de tecnologias presenciais e a distância que contribuam para a construção e validação de modelos de ensino para a graduação e a pós-graduação em cursos das áreas de saúde.

No entanto, é do encontro de diferentes saberes e fazeres em saúde, tanto quanto da convergência para um novo marco referencial interdisciplinar e interprofissional na oferta de oportunidades de formação e de produção e coprodução de novos conhecimentos em saúde, que poderão surgir inovações pedagógicas, tecnológicas e novos aportes para qualificação dos processos formativos voltados à atuação no contexto do SUS. Dada a reconhecida indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão universitária, e para que

haja avanços no ensino de graduação e na produção científica no âmbito da pós-graduação, é imprescindível o aumento de investimentos que viabilizem a qualificação do ensino na saúde.

É certo que o ensino na saúde participa diretamente do processo de consolidação dos sistemas nacionais de saúde e, no caso brasileiro, a ele tem sido creditadas algumas importantes conquistas na luta pela melhoria da saúde no país, bem como na organização da atenção à saúde e no funcionamento dos serviços de saúde. Tomamos como exemplo os investimentos possibilitados pelo Pró-Ensino na Saúde, para o fortalecimento do Ensino na Saúde no contexto do SUS, que criaram, certamente, novas oportunidades para uma maior integração entre as universidades e os serviços, de forma a tornar possível mudanças e impactos positivos sobre indicadores e situações de saúde.

O cuidado centrado no paciente passa, necessariamente, por uma ação de formação em uma perspectiva ampliada do cuidado à saúde, com aprimoramento dos processos gerenciais da atenção à saúde, pautado pela integração às políticas do SUS (Agrelli, Peduzzi & Silva, 2016). Para atingir tal objetivo é imprescindível uma gestão eficiente de recursos, o engajamento no trabalho interprofissional, com indicadores de desempenho que expressem um consequente padrão de qualidade relativo à segurança do paciente. Dessa forma, a necessidade de formar docentes e pesquisadores capazes de viabilizar uma atuação mais condizente com as diretrizes curriculares e com as demandas de produção de conhecimentos em ensino na saúde, e de viabilizar uma experiência de formação interdisciplinar e interprofissional, é um desafio posto.

O desenvolvimento de estratégias inovadoras de formação capazes de estimular um processo de reflexão da função docente e da produção de conhecimentos, centradas nas experiências vivenciadas no cotidiano profissional, precisa estar alicerçada em vivências compartilhadas com diferentes categorias profissionais, de forma a enriquecer e tornar mais complexos o dimensionamento, a realização e a avaliação da experiência docente. Para tanto, são imprescindíveis espaços para reflexão, pesquisa e análise da articulação das políticas públicas de saúde e de educação, e das experiências de produção de conhecimentos e formação nos níveis de graduação e pós-graduação na área do ensino na saúde.

A formação e desenvolvimento docente na saúde, as políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia, as tecnologias inovadoras no ensino na saúde e a avaliação de ensino na saúde são elementos que permitem a compreensão da complexidade envolvida do planejamento dos currículos ao resultado das ações associadas para a formação em saúde.

Desde uma perspectiva interprofissional, o estabelecimento de uma rede e agenda comuns, intra e interinstitucionais, a compreensão teórica desta abordagem, além do desenvolvimento de estratégias no sentido de desconstruir os mitos e equívocos relacionados às barreiras colocadas à sua implementação no âmbito da formação em saúde, assim como a realização de discussões interativas e abertas sobre o trabalho colaborativo e ação cooperada em saúde, pedem investimentos e a produção de novos conhecimentos, sobretudo relacionados às mudanças que demandam dos processos de ensino-aprendizagem. Por exemplo, na construção de desenhos curriculares amigáveis à proposta da educação interprofissional (EIP), se faz necessário oportunizar discussões sobre a melhor forma de aproximação entre os tipos de estrutura curricular associada à (re)orientação da formação em saúde no âmbito da graduação e na reflexão necessária do conceito de currículo.

O currículo, criado na virada do século XVI para o século XVII, se mantém – até os tempos atuais – como instrumento mediador, capaz de estabelecer e explicitar a indissociável relação entre o mundo social e a cultura, entre seus modos e processos de subjetivação, de produção e reprodução, construção e de constituição da estreita relação entre eles (Veiga-Neto, 2004; Gesser & Ranghetti, 2011; Masetto, 2011). Ele é, pois, instituído e instituinte de saberes pedagógicos, e se expressa – do ponto de vista cultural – em conteúdos e práticas de ensino e aprendizagem extremamente associadas aos demais saberes sociais vigentes ou, em certa medida, predominantes em dados momentos históricos.

Por ser histórico e cultural, a despeito das orientações e diretrizes curriculares sob as quais se ancoram, ou das políticas educacionais que o normatizam, é possível se pensar um currículo que traga aportes da perspectiva interprofissional sem que isso precise ou esteja indicado como instrução ou ordem.

Analisar um currículo permite, nesse sentido, depreender sobre prioridades, seleção e critérios utilizados nas escolhas de conteúdos formativos julgados essenciais, e as formas de abordagens, o que pode variar do ponto de vista institucional, inclusive. Além disso, um projeto político-pedagógico de curso que seja inovador, como se pretende que ocorra com a adoção da EIP, pode favorecer o estabelecimento de uma relação na perspectiva regulatória ou emancipatória (Veiga, 2003), negando a diversidade de interesses e atores, no caso da primeira perspectiva; ou integrando o processo com um resultado capaz de produzir as rupturas epistemológicas que caracterizam inovação.

A necessidade de oferecer subsídios teórico-conceituais e metodológicos precisa ser combinada a uma prática que reflita esses pressupostos. Considerando o desafio de uma formação que dê conta da integralidade do cuidado, a perspectiva de uma atuação interprofissional deve ser o pressuposto da formação em saúde, dirimindo dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho e fortalecendo práticas colaborativas. Nosso compromisso deve ser a formação de profissionais de saúde capazes de utilizar e adotar novas tecnologias da informação e comunicação e de realizar intervenções de acordo com metodologia científica, responsabilidade e princípios éticos da atuação em saúde, bem como analisar problemas de acordo com uma ótica interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional.

Educação interprofissional e trabalho colaborativo

A complexidade do trabalho em saúde demanda a atuação de diferentes profissionais e pode ser entendida quando consideramos algumas das variáveis envolvidas na dinâmica de funcionamento das equipes. Questões como composição do grupo, padrões de comunicação e interação existente entre os profissionais, momento de envolvimento no cuidado, forma de representação do conhecimento de cada membro, processamento individual e coletivo das informações, bem como as estratégias usadas para tomar decisões em conjunto são fonte constante de estresse nas instituições, com impacto direto na qualidade do cuidado e na segurança dos usuários.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde identificou que os estereótipos e culturas profissionais, uso de conceitos distintos como se fossem sinônimos (inter, multi,

transdisciplinar e inter, multi, transprofissional), a não inserção da perspectiva inter (multi, trans) profissional nos currículos, como conteúdo e vivência, e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os seus próprios papéis e o propósito de cada uma das outras profissões, são barreiras importantes ao desenvolvimento do trabalho interprofissional.

A aprendizagem interativa, que envolve a integração de diferentes grupos profissionais para o desenvolvimento de habilidades como comunicação, negociação, resolução de problemas, trabalho em equipe e gestão de conflitos tem sido denominada interprofissional, Esta abordagem se diferencia de outras iniciativas nas quais há aprendizagem compartilhada, a partir do compartilhamento de conteúdos comuns a duas ou mais categorias profissionais, porém o ensino se centra no conteúdo comum do currículo sem, necessariamente, incidir sobre o desenvolvimento de habilidades de interação (Milburn & Colyer, 2008).

Além disso, no ambiente profissional uma diversidade significativa de interesses, pontos de vista, visões de mundo e de ciência coexistem. Estudos comprovam que a comunicação horizontal entre profissionais, pacientes e comunidade ainda é insuficiente e a carência de recursos nos diferentes níveis de atenção à saúde acabam por comprometer a atuação em rede, podendo repercutir tanto na saúde do paciente quanto do profissional que se vê emocionalmente sobrecarregado com a pouca resolutividade das necessidades dos usuários.

Visando o alcance de uma prática colaborativa nos serviços de saúde, sobretudo na dinâmica de trabalho das equipes, a EIP tem sido diretamente associada ao cuidado integral centrado no paciente, e por levar em conta a prática colaborativa, constituída de ações coletivas, com tarefas e objetivos comuns (Reeves, 2016; D' Amour & Oandasan, 2005; WHO, 2010) como responsável pela segurança e cuidado integral dos pacientes, suas famílias e as comunidades para os quais se dirigem. Aprendizagens interativas que se focam nos saberes relacionados às competências, aos papéis, aos conhecimentos e aos aportes acumulados pelas diferentes profissões têm levado à maior colaboração entre profissionais (Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013).

É sabido que o trabalho em equipe, na perspectiva interprofissional e colaborativa, passa pela adoção de uma concepção mais ampliada de saúde com base no modelo da

atenção primária à saúde (AP), consagrada na Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, a partir da qual se passou a conceber o cuidado à saúde como sendo integral e resolutivo (Giovanella & Mendonça, 2008; Agrelli, Peduzzi & Silva, 2016).

Estudantes e profissionais que dispõem de formação, experiências ou que interagem diretamente com outros cursos ou profissões no decorrer da sua formação ou qualificação para o trabalho tendem a ter mais clareza das habilidades e competências colaborativas e suas potencialidades, assim como das limitações das competências uniprofissional, e assim buscam repertórios ou recursos que os capacitem a atuar de forma mais colaborativa na atenção à saúde (Reeves & Hean, 2013; Barr & Low, 2012; Barr, 1998; WHO, 2010; Khalili, Orchard & Laschinger, 2013; Oandansan & Reeves, 2005; Darlow et al, 2015).

O trabalho em equipe é, por um lado, consequente à necessidade de uma abordagem biopsicossocial ao paciente e, por outro, à necessidade de coordenar e colaborar em atividades de diferentes categorias profissionais de forma a atender de modo integral as pessoas. Ainda que não se discuta a ênfase no conceito de "pessoa como todo", esse trabalho é totalmente dependente de condições da instituição, da organização do trabalho e dos indivíduos. Assim, para adoção de estratégias de intervenção mais abrangentes do que aquelas focadas no campo específico da área de atuação passa pelo modelo filosófico da instituição que, necessariamente, precisa ser centrado no usuário.

Contudo, há que se destacar que a necessidade de colaboração entre indivíduos que ocupam posições desiguais, do ponto de vista da tomada de decisão, acaba por gerar um desequilíbrio no sistema, particularmente em um momento de investimento na formação.

A educação interprofissional (EIP) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (1976, p. 1) como "duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência".

A EIP, de acordo com a literatura, está centrada no desenvolvimento de três competências: 1) competências comuns a todas as profissões; 2) competências específicas de cada área profissional; e, 3) competências colaborativas, ou seja, o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e

a negociação em um movimento de redes colaborativas (Reeves et al., 2013; Reeves & Hean, 2013; Freire Filho & Silva, 2017).

O trabalho interprofissional é uma resposta às realidades práticas de cuidado fragmentado em saúde, em que os profissionais de diferentes disciplinas são capazes de responder às complexas situações e cuidados à saúde (Pinho et al, 2018). Ela é definida como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, de modo a fornecer uma resposta integrada às necessidades do paciente, sua família e a comunidade (D'Amour, Ferrara-Videla, Rodrigues & Beaulieu, 2005; D'Amour & Oandasan, 2005).

Ela consiste em que as diferentes profissões da área da saúde aprendam sobre o trabalho, de forma conjunta, e sobre as especificidades de cada uma delas, com vistas ao cuidado integral e seguro do paciente. Nesse sentido, aponta para o fato de que quando estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões aprendem *com, para* e *sobre* o outro há, como resultado positivo dessa interação, a produção de maior colaboração entre profissionais e a melhoria da qualificação do cuidado prestado (Darlow et al 2015; Freire Filho & Silva 2017), com destaque para a forma interativa dessa oportunidade de colaboração que envolve os diferentes profissionais com o propósito de produzir melhores resultados na atenção a saúde e de assegurar o bem-estar de pacientes e seus familiares (Reeves et al, 2013).

Nesse sentido, a direcionalidade dos processos formativos da educação interprofissional apontam para a formação de profissionais para a prática colaborativas, qualificado para considerar as diferentes necessidades de saúde e com habilidades e competências para enfrentar os problemas de saúde da contemporaneidade que pedem mudanças, sejam elas comportamentais, estruturais ou de governança nos serviços de saúde (Reeves & Hean, 2013).

Práticas interprofissionais, e o efetivo trabalho colaborativo em equipe, têm sido entendidas como ferramentas que levam os pacientes, seus familiares e membros das comunidades nas quais vivem a tomarem decisões em resposta às suas próprias e efetivas necessidades de saúde (Freire Filho & Silva, 2017), de forma mais contextualizada e engajada.

Neste contexto, a formação precisa ser constante e sistematicamente, revisitada. Assim como os saberes pedagógicos levam professores a recorrerem à sua própria experiência e aos conhecimentos que trazem de sua área específica, de forma articulada e convergente com os repertórios adquiridos no exercício da própria docência (Barr & Low, 2012), é esperado que as propostas curriculares sejam sintonizadas com os referenciais do trabalho interprofissional e da prática colaborativa.

No entanto, na área saúde, na qual predominam saberes próprios das diferentes disciplinas nas quais os docentes foram originalmente formados, e que há uma reconhecida ausência de formação específica para a docência, e mesmo quando não limitada a ela (Parreira et al 2017), é estratégica a criação de oportunidades para que professores participem da construção dos desenhos curriculares interprofissionais ou que dele passem a se beneficiar. Essa vivência, ainda que tardia, contribui para a qualificação de novos profissionais, cuja colaboração é esperada quando de sua atuação em equipe, em espaços de atenção à saúde, e tem sido reconhecida como potencialmente enriquecedora por resultar de conhecimentos sobre as complementariedades e a interdependência dessas profissões quando voltadas para assegurar o cuidado integral e a segurança do paciente.

Essa questão é relevante porque, ainda que na teoria todos concordem com os pressupostos que norteiam o trabalho em equipe, muitas são as barreiras para sua implementação. A composição do grupo, padrões de comunicação e interação existente entre os profissionais, a insuficiência de comunicação entre profissionais, pacientes e comunidade, o momento em que cada um é envolvido no cuidado, as estratégias usadas para tomar decisões em equipe, são fatores que interferem diretamente na operacionalização do cuidado.

Considerações finais

Como discutido anteriormente, muitas ações em curso no ensino na área da saúde têm por objetivo a qualificação da formação de profissionais necessários à consolidação do SUS. É importante destacar a necessidade de articulação do processo educativo com o processo de trabalho em saúde levando a um aprofundamento da reflexão sobre as estratégias ensino-serviço, bem como a integração da dimensão técnica e política no

processo de formação, contribuindo para a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde.

Para desenvolvimento da área de formação em saúde faz-se necessária, ainda, a realização de pesquisas em parcerias intra e interinstitucionais e de abrangência local, regional e nacional com outras instituições de ensino e de saúde, serviços públicos de saúde e outras instituições interessadas e capacitadas a desenvolver estudos nessa temática.

A possibilidade de intercâmbio e colaboração técnica com instituições estrangeiras também deve ser considerada, no sentido de potencializar a produção de conhecimentos e a formação diferenciada de pesquisadores e docentes que atuam e potencialmente podem vir a atuar no Sistema Único de Saúde, assim como nas instituições de ensino superior, contribuindo para a melhoria da qualidade da formação e dos serviços de atenção a saúde prestados à população.

Observa-se em alguns estudos a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os seus próprios papéis e o propósito de cada uma das outras profissões, colocando em evidência a centralidade da formação em aspectos técnicos bem como a ausência do foco no desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para a mediação de conflitos, que podem comprometer a qualidade da atenção à saúde e a segurança do paciente.

Dessa forma torna-se urgente a adoção de práticas voltadas para o processo de aprendizagem, com imersão de estudantes e profissionais na realidade dos territórios, convivência com modelos de referência, simulação de cenários de prática, mas especialmente o envolvimento para a solução colaborativa de problemas. O contato com pacientes e comunidade desde o início da formação representa uma oportunidade ímpar para um acompanhamento longitudinal, necessária para a compreensão das intervenções realizadas.

A diversidade de interesses, pontos de vista, visões de mundo e de ciência continuarão a coexistir. No entanto, a partir do compartilhamento das reais dificuldades para lidar com essas questões podemos ter uma variação na forma de representação do conhecimento de cada membro, podendo resultar na diminuição do processamento

individual das informações e aumento do processamento compartilhado, com a possibilidade de levar em conta as diferentes variáveis que são relevantes para cada uma das situações de saúde. A percepção do profissional acerca do trabalho desenvolvido em equipe, e as suas implicações individuais para o processo de tomada de decisão compartilhada, é um aspecto crítico a ser discutido no campo de prática.

O reconhecimento de que uma equipe pode assumir diferentes formas de atuação, a depender da situação, dos profissionais envolvidos e do contexto é dificil para aqueles que não tiveram a oportunidade de experienciar um trabalho interprofissional. É urgente a necessidade de incorporação das concepções e estratégias relacionadas à ação interprofissional para identificação e exploração da heterogeneidade de perspectivas, profissões e experiências de forma a aumentar o potencial da aprendizagem e do trabalho interprofissional.

A melhoria no processo de comunicação entre gestores, docentes, discentes, profissionais e lideranças representa o reconhecimento da interconectividade e complementariedade de papéis em diferentes perspectivas do cuidado em saúde, levando à adoção de mecanismos de aperfeiçoamento da gestão dos processos de trabalho em equipe. A revisão periódica da equipe, das suas atividades, potencializa a identificação de condições favoráveis e de barreiras à prática colaborativa criando a possibilidade de construção de um conjunto de metas comuns a serem alcançadas em curto, médio e longo prazo.

O dimensionamento dos espaços existentes, das transformações e adequações necessárias à prática interprofissional, é o caminho para o desenvolvimento de uma proposta coesa de mudanças na direção da qualificação da gestão dos serviços e pode ser a via para a identificação de um núcleo de competências essenciais que pode contribuir para o desenvolvimento de ações interprofissionais. Assim, reforça-se a importância de investimento na formação inicial e na capacitação dos profissionais, de forma a viabilizar um trabalho em rede, compatível com as atuais diretrizes do cuidado em saúde.

Referências

Agreli H. F., Peduzzi M., & Silva, M.C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*, *20* (59), 905-916.

Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, *25*(2), 98–104.

Barr, H. (1998). Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care, 12*(2), 181-188.

Barr, H., & Low, H. (2012). *Interprofessional Education in CAIPE. Centre For The Advancement of Interprofessional Education*. Pre−registration Courses. A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão 2008-2010 da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UnaSUS.* Brasília, DF.

Camara, A. M. C. S., Grosseman, S., & Pinho, D. L. M. (2015). Interprofessional education in the PET-Health Program: perception of tutors. *Interface, 19* (Supl 1), 817-829.

Castanho, M.C. (2002). Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 6* (10), 51-62.

CIHC (2010). *Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework*. Disponível em https://www.mcgill.ca/ipoffice/ipe-curriculum/cihc-framework. Acessado em 25/10/2019.

D'Amour, D, & Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, *1*, 8-20.

D'Amour, D., Ferrara-Videla, M., Rodrigues, L.S.M. & Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19* (1), 116-131.

Darlow, B., Coleman, K., Mckinlay, E., Donovan, S., Beckingsale, L., Gray, B., Neser, H., Perry, M., Stanley, J., & Pullon, S. (2015). The positive impact of interprofessional

education: A controlled trial to evaluate a programme for health professional students. *BMC Medical Education, 15* (98), 1-9.

De Marco, M. A. (2003). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freire Filho, J. R., & Silva, C. B. G. (2017). Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na Política Nacional de Saúde. In: Toassi, R.F.C. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida.

Furlanetto, D. L. C., Pinho, D. L. M., & Parreira, C. M. S. F. (2015). Re-orientation of human resources for health: a great challenge for Brazilian National Health System. *Public Health 9*,1166-1171.

Gesser, V., & Ranghetti, D. S. (2011). O currículo no ensino superior: princípios epistemológicos para um design contemporâneo. *Revista e-Curriculum, 7* (2), 1-23.

Giovanella, L, & Mendonça, M. H. M. (2008). Atenção primária à saúde. Em: L. Giovanella, S, Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 575-626.

Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H. K. S. & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, *27*(6), 448–453.

Lechopier, N. (2015). Quatro tensões na saúde pública. *Estudos avançados, 29 (*83), 209-231.

Masetto, M. T. (2011). Inovação curricular no ensino superior. *Revista e-Curriculum*, *7* (2), 1-20.

Merhy, E. (2002). *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec.

Milburn, P. C., & Colyer, H. (2008). Professional knowledge and interprofessional practice. *Radiography*,14, 318-322.

Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care, 1*, 39 – 48.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Parreira, C. M. S. F., Agreli, H. F., Silva, J. A. M., Freire Filho, J. R., Costa, M. V., Batista, N. A., Aguiar Júnior, O., Escalda, P. M. F. & Batista, S.H. (2017). Educación interprofesional en Brasil. Em: Nuin J. J. B. & Francisco, E. L. (Org). *Manual de educación interprofesional sanitaria*. Barcelona: Elsevier, 115-136.

Peduzzi, M., Norman I. J., Germani A. C. C. G., Silva J. A. M., & Souza G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, *47* (4), 977-983.

Pinho, D. L. M., Parreira C. M. S., Queiroz, E., Abbad, G. S., & Reeves, S. (2018). Investigating the nature of interprofessional collaboration in primary care across the Western Health Region of Brasilia, Brazil. A study protocol. *Journal of Interprofessional Care, 32*(2), 228-230.

Reeves, S. (2016). Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update. *Journal of Interprofessional Care, 30* (4), 405-407.

Reeves, S. et al. (2012) Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. *Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation, 41*(3), 233-245.

Reeves, S. et al. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane database of systematic reviews (3).*

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education. *BEME Guide Medical Teacher, 38* (7), 656-668.

Reeves, S., & Hean, S. (2013). Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *Journal of Interprofessional Care*, *27* (1), 1-3.

Sheridan, C. L. & Radmacher, S. A . (1992). *Health Psychology: challenging the biomedical model.* New York: John Wiley & Sons.

Taylor, S. E. (2000). *Health psychology*. Boston: McGraw Hill.

Veiga, I. P. A. (2003). Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? *Caderno Cedes*, *23* (61), 267-281.

Veiga-Neto, A. (2004). Currículo, cultura e sociedade. *Educação Unisinos, 8* (15), 157-171.

WHO. World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva/Switzerland.

18 Desenvolvimento e aplicação de tecnologias sociais em saúde da mulher: aportes de intervenções psicoeducativas grupais com gestantes

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Este capítulo apresentará um estudo sobre desenvolvimento e aplicação de tecnologias sociais no campo da Saúde da Mulher, cuja ênfase foi o empoderamento de gestantes moradoras de Ceilândia (Distrito Federal) a partir de intervenções psicoeducativas grupais. Na atualidade, os sistemas de saúde precisam incrementar a 'resolutividade' de suas ações, em razão da ampliação das demandas geradas pelas mudanças demográficas e pelas inovações biomédicas. Deste ponto de vista, é crucial diversificar programas voltados para diferentes segmentos populacionais, sendo que a investigação aqui descrita buscou atender pessoas de uma comunidade caracterizada pela vulnerabilidade social.

Vale lembrar que a agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) elenca 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030, dentre os quais é possível destacar: a) alcançar igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas; e b) assegurar uma vida saudável e promover o 'bem-estar para todos, em todas as idades'. Ambos estão vinculados à redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (*World Health Organization*, 2015).

No Brasil, é possível realçar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), instituído em 1984. Fruto das conquistas de movimentos sociais, este programa almejava superar uma visão que ainda limitava a saúde feminina à função procriadora (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013; Mattos, 2001). Mais recentemente, a Rede Cegonha – estabelecida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011) – consagra-se ao bem-estar da mãe e da criança até os dois

anos de idade, assim como à diminuição dos indicadores das mortalidades materna e infantil.

Inegavelmente, um complexo conjunto de determinantes sociais em saúde influencia a cadeia de eventos que levam à morte infantil e à morte materna, notadamente aqueles de ordem social, econômica, cultural, étnica/racial, psicológica e comportamental. Classificados como intermediários, merecem atenção os determinantes associados às restrições de educação, renda e autonomia e os determinantes ditos proximais como, por exemplo, situação conjugal insegura, acesso restrito a planejamento reprodutivo e acompanhamento pré-natal, e baixa qualidade da assistência em saúde em geral (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Frias & Navarro, 2013; Jannotti et al., 2013). Portanto, a promoção da qualidade de vida de mulheres grávidas, puérperas, recém-nascidos e crianças requer a adoção de uma multiplicidade de ações, incluindo-se tecnologias sociais.

Delimitação conceitual

É importante explicitar que os termos 'tecnologia em saúde', 'tecnologia aplicada à assistência à saúde' e 'tecnologia aplicada aos cuidados de saúde' constam na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (Bireme/Opas/OMS) e correspondem à "aplicação de tecnologia para solução de problemas médicos" (Opas, 2016).

De acordo com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), tecnologia social compreende produtos, técnicas e/ou metodologias replicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade, e que constituem efetivas soluções de transformação social (Brasil, 2016a).

O Ministério da Saúde, baseando-se na classificação de Goodman, distingue as tecnologias de acordo com:

- natureza material – medicamentos, produtos e procedimentos, tais como vacinas, equipamentos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte;

- propósito – em prol da promoção, prevenção, diagnóstico, terapêutica ou reabilitação; e
- estágio em que se encontra – tecnologia obsoleta /abandonada /desatualizada, estabelecida, investigativa, experimental ou futura (Brasil, 2009).

No que tange à noção de 'empoderamento', é válido salientar sua articulação com promoção da saúde, conceituada oficialmente, em 1986, nos documentos da Conferência Internacional de Ottawa:

> Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Brasil, 2002, pp. 19-20)

De maneira semelhante, Minkler e Wallerstein (2002) compreendem empoderamento como "um processo de ação social pelo qual os indivíduos, as comunidades e as organizações dominam suas vidas no sentido de mudar seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida" (p. 289). A literatura especializada diferencia empoderamento psicológico e comunitário. O primeiro é considerado como: "um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam por meio do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas" (Carvalho, 2004, p. 1090). A segunda modalidade, calcada em grande parte nas concepções de Paulo Freire e de outros estudiosos, presume a politização das estratégias empregadas como, por exemplo, senso ampliado de comunidade; participação e

competência comunitárias nas etapas de planejamento, decisão e implementação das ações de saúde (Minkler & Wallerstein, 2002).

Especialmente no que diz respeito ao empoderamento de meninas, mulheres e certas comunidades, persistem indicadores desfavoráveis, pois são constatadas taxas de mortalidade, danos e agravos para as quais se esperava diminuição mais acentuada ao longo do tempo. Indicadores mundiais mostram que ao exercerem seus direitos de adiar casamento e gravidez, muitas jovens decidem avançar em sua formação, o que tende a se vincular à queda da mortalidade materna a cada ano de escolaridade concluído (*World Health Organization*, 2015). No Brasil, a redução de mortalidade materna também se associa à melhoria da escolaridade entre as mulheres. Esse contexto específico será discutido a seguir.

Situação epidemiológica da mortalidade materna e da infantil

Com efeito, a escolaridade das mães é um determinante social relevante para prevenção da morbimortalidade materna e infantil (Frias & Navarro, 2013). Ao se examinar a série histórica de 2009 a 2018, constata-se o impacto negativo da taxa de analfabetismo entre mulheres com idade de 15 anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019; Brasil, 2019). Quanto mais anos de estudo, observa-se menor risco de ocorrer óbito materno. Ou seja, a melhoria desse indicador sociodemográfico acompanha a redução da razão de mortalidade materna.

A RMM no Brasil, de 2000 a 2011, apresentou tendência decrescente, de 73,3 para 64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. No ano de 2009, a elevação desse indicador pode ser atribuída à pandemia de gripe pelo vírus da *influenza* H1N1 que atingiu o País nessa época (Brasil, 2014). O estudo da RMM no DF revela valores oscilantes no período de 2012 a 2017, iniciando com 41,4 e encerrando com 33,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, sendo que, em 2016, registrou-se a maior magnitude: 48,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (Governo do Distrito Federal, 2019).

A Tabela 1 permite a comparação do número de óbitos maternos de 2012 a 2017, no País, Distrito Federal e Ceilândia. Nota-se que, no Brasil, houve aumento progressivo das

mortes nos três primeiros anos da série citada, o que pode ser resultante da melhoria da notificação. Percebe-se um crescimento de 1.581, em 2012, para 1.738, em 2014 e 2015. Em 2016, ocorreu um decréscimo (1.666 óbitos) e, em 2017, houve elevação com 1.716 óbitos maternos notificados (Brasil, 2019). No Distrito Federal, as mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal variaram de 12 a 21. Em Ceilândia (DF), comprovou-se redução até 2017, quando quatro mães perderam a vida naquele ano.

Tabela 1
Número de óbitos maternos no Brasil, Distrito Federal e Ceilândia
2012 – 2017

Ano	Brasil	Distrito Federal	Ceilândia
2012	1.581	18	7
2013	1.686	21	6
2014	1.738	17	5
2015	1.738	12	1
2016	1.666	21	1
2017	1.716	15	4

Fontes: Brasil, Ministério da Saúde, Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, 2019; GDF, Secretaria de Estado de Saúde, 2019.

Em síntese, considerando os pressupostos anteriores empreendeu-se um estudo com o objetivo geral de desenvolver e aplicar intervenções psicoeducativas grupais destinadas a mulheres gestantes – vinculadas a programas de pré-natal de baixo e alto risco, em serviços públicos – durante a gestação e após o parto.

Método

Optou-se por uma abordagem metodológica de natureza descritiva e exploratória. Essencialmente, foi executada uma pesquisa-ação que abarcou quatro etapas, a exemplo do que esclareceu Dionne (2007):

Etapa 1 - identificação das situações iniciais, ou seja, identificação do problema;

Etapa 2 - articulação de soluções;

Etapa 3 - realização de atividades previstas (implementação de soluções); e

Etapa 4 - etapa de avaliação dos resultados obtidos.

Contexto do estudo

As atividades foram conduzidas no Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN), localizado em Ceilândia, região administrativa mais populosa do Distrito Federal. Convém explicitar que o SHSN tem uma situação fundiária irregular, tipificando-se pela escassez de equipamentos sociais e ausência de unidades de saúde dentro de seus limites geográficos. Segundo os dados do Censo de 2010 possuía 56.483 habitantes, constituindo-se como o segundo maior aglomerado subnormal do País (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015). Destarte, a população do SHSN tem de percorrer longas distâncias para obter assistência. Em nível de atenção primária, os habitantes do SHSN contavam com os Centros de Saúde 8, 10 e 12 e duas unidades da Estratégia da Saúde da Família: do Laboratório Regional e da Vila Olímpica.

Participantes

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra pesquisada: 1) gestantes residentes no SHSN, nas áreas de abrangência das unidades de saúde referidas anteriormente; e 2) gestantes a partir do primeiro trimestre de gravidez, independentemente do número de partos anteriores. Foram excluídas da pesquisa, mulheres que não residiam nas áreas delimitadas.

Para levantamento e delineamento do perfil sociodemográfico das participantes, empregaram-se ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do Ministério da Saúde, denominada B GES; cartão da gestante; e caderneta da criança.

Foi evidenciada uma composição heterogênea das 32 participantes das Oficinas Educativas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos. Havia mulheres de 15 a 42 anos de idade, com maior concentração na faixa etária de 30 a 34 anos (21,9%); participantes com nível de escolaridade variando do ensino fundamental incompleto até o

ensino superior incompleto, com maior proporção de ensino médio completo (34,4%). As nulíparas responderam pelo maior percentual de integrantes da pesquisa (40,6%), seguidas pelas multíparas (37,5%) e primíparas (21,9%). A maioria das grávidas estava no segundo trimestre de gravidez (59,4%), seguidas por mulheres que se encontravam no terceiro (28,1%) e no primeiro trimestre de gestação (12,5%).

Na Tabela 2, podem ser examinadas as principais características das participantes dos Grupos Focais 1 e 2.

Tabela 2
Caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes dos Grupos Focais

Variável	Participantes	
	Grupo 1	Grupo 2
Faixa etária (anos)		
18 - 24	**1**	**1**
25 - 34	**3**	**5**
35 - 44	**2**	**3**
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	**2**	**2**
Ensino fundamental completo	**1**	**1**
Ensino médio incompleto	**1**	**3**
Ensino médio completo	**2**	**3**
Ensino superior incompleto	**0**	**0**
Ocupação		
Do lar	**6**	**8**
Estudante	**0**	**0**
Operadora de caixa	**0**	**1**
Vendedora	**0**	**0**
Convivendo com cônjuge/companheiro		
Sim	**3**	**8**
Não	**3**	**1**
Número de gestações		
1	**1**	**3**
2 – 4	**3**	**4**
5 – 7	**2**	**2**
Número de consultas de pré-natal da última gestação		
0	**1**	**0**
1 – 5	**0**	**1**
6 – 10	**4**	**7**
11 – 14	**1**	**1**
Condição obstétrica adversa pregressa		
Aborto	**2**	**3**
Natimorto	**0**	**1**
Total de mulheres	**6**	**9**

Instrumentos

Empregaram-se diversos recursos materiais durante as intervenções grupais:

- registros escritos (feitos pela pesquisadora e uma auxiliar) das dramatizações desempenhadas pelas mulheres grávidas;
- aplicação da técnica da estrela de cinco pontas (1 - o que você observa; 2 - o que você sente; 3 - alegações ditas para você; 4 - como você gostaria que fosse; e 5 - o que você faz em relação a essa questão);
- cartelas com palavras-geradoras de debate;
- fichas com avaliações das oficinas pelas participantes (1-importância do tema discutido, 2-aplicação prática do tema discutido, 3-organização do evento, 4-adequação do tempo, 5-qualidade do material distribuído, 6-lanche, e 7-local (conforto, distância); e
- roteiro para realização do grupo focal com questões relacionadas às recomendações preconizadas com base em evidências científicas quanto à maternidade segura e à atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Preliminarmente, o projeto de pesquisa foi submetido à autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Após leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a pesquisadora responsável, as mulheres interessadas manifestaram sua concordância assinando o referido documento.

No início, 45 gestantes foram convidadas a participar de Oficinas Educativas. Para tanto, organizaram-se três grupos com 15 integrantes, cada. Conjecturou-se que um parto antecipado, ou outros fatores, poderiam dificultar o comparecimento, o que efetivamente aconteceu, uma vez que 13 gestantes desistiram. Desse modo, os grupos 1, 2 e 3 foram compostos respectivamente por 12, 11 e nove mulheres, as quais participaram de pelo menos uma sessão.

Em linhas gerais, as Oficinas visavam em identificar interesses e necessidades das gestantes. Na primeira sessão dos três grupos, as participantes expressaram que aspiravam discutir a relação entre a mulher grávida e a equipe de saúde durante o pré-natal e parto; presença do acompanhante na maternidade; atenção ao parto normal, à cesariana e ao recém-nascido. Cada um desses temas foi pautado para relatos e reflexões. As participantes, no primeiro encontro, decidiram pelo número de Oficinas para cada um dos três grupos. Foram realizadas três Oficinas para um grupo e quatro para dois grupos, totalizando 11 Oficinas Educativas.

Quatro meses após a fase precedente, foram formados:

- Grupo Focal 1 - com seis gestantes que não participaram das oficinas; e

- Grupo Focal 2 - com nove integrantes das oficinas.

Dessa maneira, pretendia-se conhecer a percepção das integrantes sobre a maternidade e a assistência em Saúde da Mulher, bem como comparar as gestantes de cada grupo, supondo-se que as mulheres do Grupo Focal 2 revelariam mais relatos de conhecimentos e recursos pessoais em razão da participação nas oficinas. Para motivar as falas e discussões, questionaram-se: 1) se a mulher identificou a contemplação dos seus direitos sobre saúde reprodutiva durante seu pré-natal, trabalho de parto, parto ou puerpério; e 2) se a mulher sentiu falta e cobrou algum de seus direitos sobre saúde reprodutiva durante seu pré-natal, trabalho de parto, parto ou puerpério.

Todos os relatos foram gravados em áudio e devidamente transcritos. O material foi submetido à análise de conteúdo temática (Bardin, 2011; Flick, 2009; Minayo, 2010; Moraes, 1999).

Resultados e discussão

Serão focalizados os resultados obtidos durante os Grupos Focais. Nesta publicação, optou-se pela não apresentação dos produtos das Oficinas Educativas, mas de comparar as percepções das mulheres não participantes dessa intervenção com as daquelas egressas e possivelmente dotadas de visão influenciada pela ação educativa aplicada.

Quanto à percepção em geral do Grupo Focal 1 sobre os direitos da gestante e da criança, das reflexões compartilhadas pelas mulheres participantes desse grupo, foram

mencionados os seguintes direitos: 1) direito da gestante a acompanhante na maternidade; 2) direito da gestante de conhecer a maternidade indicada para atendimento de intercorrências durante a gravidez e para o parto; e 3) direito de acesso a medicamentos e exames médicos.

É possível ressaltar que, das seis mulheres presentes no grupo, três relataram que não tiveram contemplado o direito a acompanhante na maternidade. Uma mulher revelou que, até aquele momento, desconhecia o direito da gestante em contar com um acompanhante; entretanto, estava ciente do direito a visitar a maternidade indicada para o parto. Outra participante expressou que era do seu conhecimento a existência de muitos direitos, mas só especificou os relacionados ao diagnóstico laboratorial e ao tratamento medicamentoso. De acordo com essas manifestações, nota-se certo distanciamento das mulheres do Grupo Focal 1 com a temática dos direitos da gestante e da criança na saúde.

A comparação das falas das mulheres dos dois grupos focais foi analisada em seu conteúdo e organizada em duas categorias: direitos contemplados e direitos não contemplados da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal, considerando cinco etapas de atenção à saúde materno-infantil: 1) pré-natal, 2) trabalho de parto, 3) parto e nascimento, 4) período puerperal, e 5) atenção à saúde infantil. Cada categoria conta com uma a três subcategorias e um total de 98 unidades de registro. Segue a definição de cada categoria e a lista de subcategorias por categoria nas cinco fases de atenção à saúde materno-infantil, anteriormente descritas.

- Direitos da mulher e da criança contemplados, no ciclo gravídico-puerperal: referem-se à aplicação das boas práticas da atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento, preconizadas em documentos técnicos internacionais e nacionais, baseadas em evidências científicas (Brasil, Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015; Organização Mundial da Saúde, 1996).

- Direitos da mulher e da criança não contemplados, no ciclo gravídico-puerperal: situação em que uma ou mais das boas práticas da atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento deixa de ser aplicada; ou no caso em que práticas desaconselháveis por evidências científicas são conduzidas (Brasil, Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015; Organização Mundial da Saúde, 1996).

As categorias e subcategorias identificadas na análise de conteúdo dos relatos dos grupos focais são apresentadas, considerando cada fase de atenção do ciclo gravídico-puerperal: pré-natal, trabalho de parto, parto/nascimento e período do puerpério, além da atenção à criança.

Pelos relatos das participantes dos grupos focais evidencia-se que, a depender do momento, ora direitos da gestante e da criança são contemplados e ora não, dentro do espaço dos mesmos serviços de saúde, seja a unidade da estratégia da saúde da família, ou a unidade hospitalar. Situações semelhantes e distintas na atenção materno-infantil são observadas ao se comparar um grupo com o outro, e internamente no interior de um mesmo grupo. Entre os grupos são constatadas poucas experiências em comum. Dentre as 98 unidades de registro, 17 (17,3%) relatos do Grupo Focal 1 coincidiram com 17 (17,3%) do Grupo Focal 2, enquanto houve 64 pronunciamentos distintos, sendo 25 (25,5%) do Grupo Focal 1 e 39 (39,8%) do Grupo Focal 2.

Considerando que as vivências de maternidade para os dois grupos focais aconteceram contemporaneamente e no mesmo espaço social, nas mesmas unidades de saúde da atenção básica e no mesmo hospital, as diferentes abordagens nos cuidados materno-infantis poderiam ser atribuídas às maneiras distintas de comunicação dos profissionais de saúde com as usuárias do SUS. As mulheres, uma vez capacitadas em temas de saúde de seu interesse, cientes de seus direitos, com visão crítica de sua realidade, poderiam desenvolver empoderamento e influenciar as práticas de saúde a seu favor? A seguir, serão apresentados os dados qualitativos dos dois grupos focais.

Dando enfoque às subcategorias relativas ao acesso a informações e orientações das categorias referentes a direitos da mulher e da criança, em relação ao pré-natal, no Grupo Focal 2 as mulheres expressaram a boa interação, enquanto gestantes, com os profissionais de saúde, além de orientações recebidas sobre cuidados com recém-nascidos não só nas palestras, mas também nas consultas. Essas duas experiências não foram relatadas pelo Grupo Focal 1. É possível que a interação apontada tenha contribuído para a orientação educativa mencionada. A pesquisa Nascer no Brasil, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, estudou a aplicação de práticas educativas no pré-natal e encontrou dados indicativos da baixa frequência dessa atividade, por exemplo, apenas 64,0% das 23.940 mulheres entrevistadas responderam que receberam informação sobre a

amamentação na primeira hora de vida (Viellas et al., 2014). Incentivar a interação é uma das finalidades da comunicação (Araujo, 2009), cujo desenvolvimento tem muito a colaborar no processo educativo.

Iniciativas diversas foram tomadas pelas mulheres de ambos os grupos focais diante das dificuldades para acessar informações e orientações no pré-natal. Na falta de informações de interesse da gestante procedentes do serviço de saúde, a busca das mesmas na comunidade consistiu numa solução encontrada, de acordo com o exposto pelo Grupo Focal 1. Esse mesmo grupo, para resolver o problema de dúvidas não dirimidas pelos médicos, recorreu à prática comunicativa da solicitação de esclarecimento, inclusive de modo insistente. Pressupõe-se que a gestante, uma vez consciente de seu direito de acesso a informações e orientações em saúde, tenha motivado a mulher do Grupo Focal 2 que denunciou sua médica à Ouvidoria por não prestar esclarecimentos durante a consulta. E, paralelamente à denúncia, buscou outras fontes de informação como outros profissionais de saúde. Esclarece-se que, durante as oficinas, as mulheres eram orientadas a conhecerem e buscar valer os seus direitos de gestantes, por meio de instâncias disponíveis no SUS, com as quais poderiam estabelecer comunicação, como a Ouvidoria, a equipe da Estratégia de Saúde da Família, o Serviço Social da Unidade Básica da Saúde. Tomando o conceito de empoderamento de Minkler e Wallerstein (2002), pode-se dizer que iniciativa da mulher do Grupo Focal 2 de mudar de médico pelo fato do primeiro não ter sido interativo na relação comunicacional, representou um empoderamento, uma vez que para melhorar a qualidade de vida de gestante, a ação individual de domínio sobre sua vida promoveu mudança do ambiente social.

Alguns exemplos de falhas da comunicação, por ocasião da atenção ao trabalho de parto, foram relatados pelos dois grupos focais, a exemplo de informações e orientações não disponibilizadas sobre o parto induzido e decidido exclusivamente pela equipe médica. A grávida não é considerada como protagonista de seu parto e com direito de participar do processo decisório compartilhado com o profissional de saúde, em questões de seu interesse, inclusive a indução do parto. Portanto, é um exemplo de uma intervenção não consentida que representa um desrespeito ao direito da parturiente de ter acesso à informação (White Ribbon Alliance, 2011).

Uma das experiências compartilhadas pelo Grupo Focal 1 consistiu na falta de orientação sobre o aleitamento materno antes da alta hospitalar. Tal fato representa uma importante oportunidade perdida, considerando o essencial papel da amamentação não só como fator de proteção ao desenvolvimento infantil, mas também como um fenômeno de percepção positiva da mulher nutriz que pode orientar reformulação de atividades de incentivo ao aleitamento (Walker et al., 2011).

O não comunicar informação afeta a compreensão de questões relativas aos exames e vacinas do recém-nascido, como explicitado pelos dois grupos focais. As mulheres do Grupo Focal 1 expressaram que não sabiam para que serviam tantos testes feitos pela criança ao nascer. Já da parte do Grupo Focal 2 havia a dúvida se a criança havia tomado a vacina contra hepatite B, pois nenhuma informação tinha sido dada a respeito de vacinação.

Problemas de comunicação em saúde foram percebidos em ambos os grupos focais, em situações de acesso limitado às informações e orientações, o que por sua vez repercute na efetividade das ações educativas, e assim em mudanças desejáveis para uma vida de mais qualidade. Diante de falta ou escassez de informações e orientações, iniciativas foram tomadas para o seu alcance. Não disponibilizar informações às gestantes é violar seu direito de acesso a informações para que possa tomar decisões conscientes, é impossibilitar a escolha informada. E, "ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde" (Oliveira, 2005, p. 428). Para tal, defende-se o desenvolvimento de política de saúde para a facilitação de escolhas saudáveis.

No relato de avaliação geral de cada mulher, de ambos os grupos focais, sobre os cuidados materno-infantis recebidos em seu ciclo gravídico-puerperal, foram salientados aspectos positivos e negativos. Em síntese, a atenção ao pré-natal foi bem avaliada, ao contrário daquela voltada para a assistência ao parto, na qual lacunas foram identificadas. Um bom atendimento ao parto em nível hospitalar é atribuído ao fator sorte, em função da qualidade da equipe de saúde que se encontra escalada no plantão. Foi ressaltada a satisfação com a série de exames laboratoriais da gestante (teste da mãezinha). Dentre as fragilidades constatadas na atenção ao parto, em ambos os grupos focais, destaque foi dado aos abusos verbais dos profissionais de saúde. Esta é uma preocupação em nível mundial. A OMS afirma que pesquisas vêm descrevendo a ocorrência de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de

saúde. Dentre um conjunto de medidas propostas para eliminar essas situações indesejáveis, a OMS aponta a necessidade de apoio e treinamento dos profissionais de saúde em todos os níveis para assegurar que as mulheres grávidas sejam tratadas com compaixão e dignidade (Organização Mundial da Saúde, 2014).

As mulheres do Grupo Focal 2 avaliaram que as Oficinas Educativas foram importantes na abordagem da atenção humanizada ao parto e dos direitos da gestante, incluindo nesses últimos o direito da gestante a acompanhante de sua livre escolha e o direito de saber e conhecer a maternidade em que ocorrerá o parto. Comentaram ainda que o aprendizado durante as Oficinas foi construído a partir das informações disponibilizadas dos temas de interesse selecionados, dos relatos de experiências compartilhados, das trocas de ideias e da resolução de dúvidas.

Outros benefícios alcançados com a realização das oficinas foram identificados, em número de quatro, quais sejam: 1) companheirismo no grupo; 2) emoção ao escrever uma mensagem para o filho ainda no ventre; 3) aceitação da gravidez; e 4) não desistência do pré-natal. A interação entre as participantes das oficinas desenvolveu-se bem, sendo facilitada pela introdução das dinâmicas de grupo e ainda pelo fato de as gestantes compartilharem as mesmas unidades básicas de saúde, local de residência, por vezes até a mesma rua de moradia. Duas mulheres informaram que não haviam planejado a gravidez, mas que ao frequentar as reuniões das oficinas, passaram a aceitar seu estado gravídico. Em um caso houve relato da mudança de ideia para desistir das consultas do pré-natal, em função da perda recente da mãe. O contato em grupo com outras mulheres grávidas demoveu-a do intuito inicial de não mais cuidar do pré-natal.

Sentimentos de segurança, confiança e encorajamento para lutar por seus direitos foram internalizados pelas mulheres, que se sentiram motivadas para tomar atitudes simples, mas significativas em sua vida reprodutiva e cidadã. Cientes do direito a acompanhante, as mulheres cuidaram de escolher livremente as pessoas para lhes fazer companhia na maternidade, inclusive conduziram até a maternidade as legislações que asseguram esse direito.

Salienta-se, como outro exemplo de atitude tomada baseada no conhecimento aos direitos da gestante, a situação em que uma mulher não permitiu um segundo toque vaginal

de uma estagiária de enfermagem logo em seguida a um primeiro feito por uma enfermeira. Alegou que estava dentro de seu direito, de não aceitar cuidados não consentidos.

Pode-se constatar pelos dados dos grupos focais que as mulheres de ambos os grupos passaram por problemas da qualidade da atenção materno-infantil. Entretanto, foi possível verificar que as mulheres do Grupo Focal 2, possivelmente por um maior conhecimento dos direitos da gestante, recorrendo ao empoderamento, enfrentaram situações assegurando esses direitos, como contar com o apoio de acompanhante no parto e reagir em defesa de acesso mais amplo a informações, tomando inclusive a atitude de proceder oficialmente denúncia frente à dificuldade de obtenção de esclarecimentos em consulta de pré-natal. É plausível reconhecer, nesse episódio, que as intervenções educativas grupais constituíram uma tecnologia social para enfrentamento de situações adversas.

Considerações finais

Em suma, este capítulo discorreu sobre intervenções psicoeducativas no campo da Saúde da Mulher. Empreendeu-se uma pesquisa-ação por meio do desenvolvimento e da aplicação de tecnologias sociais. Basicamente, fomentou-se a participação ativa de mulheres moradoras de uma comunidade caracterizada pela vulnerabilidade. Entende-se que o empoderamento dessas usuárias contribui para a construção coletiva do conhecimento acerca dos direitos da gestante, bem como auxilia a reduzir a mortalidade materna e infantil.

Por fim, cabe comentar limitações decorrentes da abordagem metodológica, a qual foi selecionada em consonância com a problemática delimitada para essa pesquisa. Assim, podem ter sido desencadeadas atitudes de adequação das participantes às expectativas sociais da pesquisadora que implementou o conjunto de atividades aqui reportadas. Ademais, a amostra estudada possuía características sociodemográficas similares e a coleta foi efetuada durante um intervalo de poucos meses. Tendo em vista, portanto, a ampliação de ações dessa natureza no âmbito do SUS, sugere-se que futuros estudos sejam conduzidos por equipes de pesquisadores em uma perspectiva mais prolongada e também sejam direcionados para as necessidades de outras comunidades vinculadas às demais Regionais de Saúde do Distrito Federal.

Referências

Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *61*(2), 1–13. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (2ª reimpr. da 1ª ed. de 2011, L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70 (Obra original publicada em 1977).

Brasil (2002). Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Retirado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf

Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Avaliação de tecnologias em saúde: Ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília: Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf

Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Morbimortalidade materna: Tendências, causas e investigação de óbitos. In Ministério da Saúde. (2014). *Saúde Brasil, 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza* (pp. 41-61). Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.

Brasil (2016). Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Institucional*. Brasília: MCTI. Retirado de http://www.mcti.gov.br/institucional

Brasil (2019). Ministério da Saúde. *Painel de monitoramento da mortalidade materna*. Brasília: Departamento de Informática do SUS. Retirado de http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/

Brasil. Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2015). *Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres*. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *17*(1), 77–93. doi:10.1590/S0103-73312007000100006

Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(4), 1088–1095. Retirado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2004000400024

Dionne, H. (2007). *A pesquisa-ação para o desenvolvimento local* (M. Thiollent, Trad.). Brasília: Liber Livro.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2019). *Relatório Epidemiológico sobre Óbitos Maternos no Distrito Federal –2017*. Retirado de http://www.saude.dfgov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Relatorio-Epid-Sobre-%C3%93bitos-Maternos-DF-2017.pdf

Flick, U. (2009). Codificação e categorização. In *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed., pp. 276–297, J. L. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Frias, P. G., & Navarro, L. M. (2013). Crianças: Sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In S. D. A. Bittencourt., M. A. B. Dias, & M. D. Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 91–122). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2015). *Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais*. Retirado de http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010RgaAdAgsn.asp?o=19&i=P

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (2016, 2017 e 2018)*. Retirado de https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=24772&t=downloads

Jannotti, C. B., Silva, K. S., & Perillo, R. D. (2013). Vulnerabilidade social e mortalidade maternal no mundo e no Brasil. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias, & M. D.

Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 51–90). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39–64). Rio de Janeiro: UFRJ-IMS/Abrasco.

Minayo, M. C. S. (2010). Técnicas de análise do material qualitativo. In M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed., pp. 303–360). São Paulo: Hucitec.

Minkler, M., & Wallerstein, N. B. (2002). Improving health though community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3ª ed., pp. 279–311). San Francisco: Jossey-Bass.

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, *22*(37), 7-32. Retirado de http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html

Oliveira, D. L. (2005). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: Entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*(3), 423–431. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid= S0104116920050003000018&lng=en&tlng=pt.

Organização Pan-Americana de Saúde -Opas (2016). *Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em ciências da saúde*. Retirado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/

Organização Mundial da Saúde -Opas (1996). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático.* Genebra: Organização Mundial da Saúde (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).

Organização Mundial da Saúde -OMS (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstreeam/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

Organização das Nações Unidas ONU (2015). *Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para um mundo sustentável*. Retirado de http://www. pnud.org. TransformandoNossoMundo.pdf

Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N., Theme Filha, M. M., Costa, J. V, Leal, M. C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(Supl. 1), S85–S100. doi:https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013

Walker, P. S., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L. Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet*, *378*, 1325–1338. doi:10.1016/S0140-6736(11)60555-2

White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Retirado de http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf

World Health Organization - WHO (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Retirado de http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report _2015.pdf

19 Pesquisa-intervenção Cartográfica: uma experiência a partir da interface entre a Psicologia e a Saúde Coletiva

Sílvia Reis
Larissa Polejack Brambatti
Isadora Cristine Dourado Araujo
Milena Lima dos Santos

Um dos maiores desafios do papel de pesquisadora[1] é saber transformar suas inquietações em perguntas e identificar o melhor (ou possível) caminho metodológico para auxiliar na busca de respostas. É sobre este processo de pesquisar e (se) transformar que trata esta escrita. Mais do que trazer os resultados desta pesquisa, o objetivo deste texto é compartilhar esta construção cartográfica, refletindo sobre suas possibilidades e desafios no contexto da pesquisa em psicologia e na saúde coletiva.

A partir dos diferentes lugares que ocupo e identidades que carrego – psicóloga, trabalhadora da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar do Ministério da Saúde e (ex) mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília – ecoavam em mim as seguintes perguntas: por que, no Distrito Federal, algumas internações hospitalares são tão prolongadas, quando se trata de crianças dependentes de ventilação mecânica[2]? Se existe fluxo para desospitalização e

1. Fizemos uma opção ética e estética por utilizar a flexão de gênero no feminino, sempre que possível, considerando a autoria feminina do texto, bem como a grande maioria de interlocutoras mulheres. Além disso, a narrativa está prioritariamente na primeira pessoa do plural. Isso porque consideramos que a construção deste percurso não foi só minha, mas nossa: envolveu as participantes do Integra – Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde, a equipe de pesquisa que se debruçou mais sobre este tema (composta por mim, pelas estudantes de graduação em psicologia Isadora Araújo, Gabriella dos Santos e Milena Lima, além da Larissa Polejack, nossa orientadora) e outras interlocutoras. Em alguns momentos, no entanto, senti necessidade de me colocar individualmente. Nesses casos, (re)apareci em primeira pessoa do singular.

equipes para dar continuidade ao cuidado em casa, por que a alta ocupação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátricas no Distrito Federal com crianças com agravos crônicos? Por que há crianças que não conseguem ir para casa?

Da tentativa de respondê-las a partir da articulação entre estes diferentes saberes-poderes resultou a pesquisa "Caminhos da desospitalização de crianças dependentes de ventilação mecânica: uma cartografia do cuidado no Distrito Federal", em programa de mestrado que defendi em 2018 sob a orientação da Profa. Dra. Larissa Polejack.

Os objetivos iniciais da pesquisa foram identificar a existência de crianças dependentes de ventilação mecânica hospitalizadas e quais eram as barreiras para a desospitalização. Para tanto, pretendia-se: i) caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das crianças hospitalizadas dependentes de VM; ii) identificar, a partir da vivência dos trabalhadores de saúde e dos familiares, quais os fatores que facilitam ou dificultam a desospitalização; iii) apontar possíveis estratégias frente aos problemas identificados a fim de subsidiar a tomada de decisão em diversos níveis da gestão e do cuidado em saúde no Distrito Federal.

Digo que foram os objetivos *iniciais* pois foram ressignificados e transformados ao longo do processo de pesquisar. Na perspectiva de pesquisar *com* – e não sobre–, e na intenção de que a pesquisa respondesse não só às minhas perguntas, mas também as dos

---

2. A ventilação mecânica (VM) é a substituição do ato natural de respirar. Atualmente, é disponibilizada de duas formas: VM invasiva, aplicada através de uma prótese introduzida na via aérea – tubo oro ou nasotraqueal, ou cânula de traqueostomia, e VM não invasiva, aplicada por meio de máscara [ver: Hirota, A. S., & Pires Neto R. C. (2010). Princípios básicos da ventilação mecânica invasiva. In A. P. Lago, H. Rodrigues, & R. M. Infantini. Fisioterapia Respiratória Intensiva (pp. 227-234). São Paulo: CBBE]. O uso de VM pode ser temporário, do qual se lança mão apenas até que seja restabelecida a capacidade respiratória, mas pode tornar-se crônico e, por vezes, definitivo. A definição de dependência crônica de ventilação mecânica varia entre diferentes autores mas, de maneira geral, se caracteriza por um quadro em que, "apesar da estabilidade clínica, mantém-se a necessidade de suporte ventilatório artificial, em parte ou no total das 24 horas do dia, por mais de um mês, se menores de um ano, ou mais de três meses, no caso de pacientes com mais de um ano" [Costa, M. T. F. da, Gomes, M. A., & Pinto, M. (2011). Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(10), 4147--4159. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100020]

sujeitos presentes no campo, busquei interlocuções preliminares com trabalhadores e trabalhadoras-chave da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Assim, percebi que mais do que saber os porquês da alta ocupação dos leitos de UTI pediátrica por crianças com agravos crônicos, dessas internações hospitalares serem tão prolongadas e da existência de crianças que não conseguem ir para casa, era importante acompanhar processos de desospitalização de modo a acessar e compor com a experiência de quem vive uma internação prolongada e busca o caminho para casa; de quem consegue (ou não) sair do hospital; e de quem, ao chegar em casa, vive (ou não) o que gostaria e imaginava viver.

A pesquisa-intervenção cartográfica tornou-se, assim, o caminho metodológico escolhido, uma vez que seu sentido é justamente o "acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas" (Passos, Kastrup, & Escóssia, 2009, p. 10). Nesta escrita, que objetiva compartilhar e problematizar como transcorreu este caminhar, primeiramente contextualizamos a cartografia, em seguida descrevemos como foi o nosso percurso cartográfico e, por fim, a partir da análise das implicações, analisamos este percurso e seus resultados.

1- De *metá-hódos* a *hódos-metá*: contextualizando a cartografia

Para além de uma metodologia científica, a cartografia deve ser entendida como uma prática ou pragmática de pesquisa (em meio à vida). Trata-se de um exercício ativo de operação sobre o mundo, não somente de verificação, levantamento ou interpretação de dados. O cartógrafo atua diretamente sobre a matéria a ser cartografada, distanciando-se do ideal positivista que prega, dentre muitas instâncias, a neutralidade, objetividade e o distanciamento necessário em relação ao seu suposto objeto (Costa & Rodrigues, 2018, p. 42).

O campo científico, fortemente marcado pelo paradigma da ciência moderna – com suas características positivistas, de natureza objetiva e neutra – privilegiou ao longo da história das ciências as metodologias quantitativas de pesquisa, tradicionalmente mais afeitas a estas características. A própria Psicologia se torna ciência, no final do século XIX, produzindo conhecimento através do método experimental, que mantém na quantificação e na generalização as suas bases (Romagnoli, 2009).

A partir de uma compreensão fenomenológica e existencialista, que afirma que a vivência e a interpretação que o ser humano tem de suas experiências é essencial, é que se abre espaço para as metodologias qualitativas, que visam ao aprofundamento no mundo dos significados, das ações e das relações humanas (Romagnoli, 2009). As pesquisas qualitativas buscam responder às questões que emergem do próprio processo de pesquisar, as quais são insuficientemente respondidas pelos métodos quantitativos tradicionais (Ferigato & Carvalho, 2011) e permitem criticar a suposta neutralidade nas práticas de pesquisa, uma vez que o conhecimento e o sujeito envolvidos nesse processo são, sempre, sócio-históricos, ou seja, se fazem em determinadas condições e contextos. Ao passo que se faz necessário considerar a complexidade dos modos de existência e de organização social, também é preciso produzir "outros suportes para as investigações a partir do questionamento das bases das pesquisas que se apoiavam na dicotomização entre ciência e política" (Aguiar & Rocha, 2007, p. 651).

Nesse contexto surge a pesquisa-ação, assumindo pela primeira vez que há um envolvimento do pesquisador com seu objeto de estudo e a pesquisa passa a ser também um fator de transformação social. A partir das formulações de Kurt Lewin, a figura do pesquisador aparece como não mais podendo se colocar fora do campo investigado, pois faz parte deste, da mesma forma que o objeto pesquisado. Porém, essa proposta ainda mantinha uma dicotomia, um sujeito e um objeto, embora reconhecendo uma relação entre eles, o que atribuía ao pesquisador uma função conscientizadora e de agente de mudanças (Passos & Barros, 2000; Romagnoli, 2009).

É nesse aspecto que a pesquisa-intervenção, de base fortemente institucionalista[3], vai além: ela não só considera que o pesquisador faz parte do campo, mas também que está implicado neste, e sua implicação é matéria-prima da análise do/no/com o campo. Vale dizer que "estar implicado", nesse contexto, não se refere ao engajamento (ou não) de alguém a alguma coisa, como costumamos ouvir no senso comum. Este é um conceito

3. Referente ao "movimento institucionalista", que envolve diferentes teorias, práticas e experiências que têm em comum a premissa da autogestão e da autoanálise, de modo que se impulsione experiências criadoras de novos saberes, tais como a análise institucional, a psicossociologia e a esquizoanálise [Pereira, W. C. C. (2007). Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 7*(1), 6-16].

caro aos institucionalistas e diz respeito às forças que nos atravessam e nos constituem. A implicação, portanto, "denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação" (Romagnoli, 2014, p. 47).

Por sua vez, a cartografia é "um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção" (Kastrup, 2009, p. 32). A cartografia surge como um dos princípios do rizoma, como a composição de um mapa móvel que contribui com a conexão ou desconexão dos seus pontos. Este, semelhante ao rizoma na biologia, é proposto como um sistema conceitual aberto e acêntrico, com múltiplas entradas e saídas, que diz respeito a apenas uma (e não a única) representação da realidade (Deleuze & Guattari, 1995).

> Estes autores se apropriam de um termo da geografia – a cartografia, para se referir ao traçado de mapas processuais de um território existencial. Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é através dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências (Farina, 2008 como citado em Ferigato & Carvalho, 2011 p. 667).

A pesquisa-intervenção cartográfica fundamenta-se, então, tanto nas contribuições da filosofia da diferença quanto do movimento institucionalista. Assume a inseparabilidade entre os campos de análise e de intervenção, entre sujeito e objeto e entre teoria e prática, ou seja, todo conhecer é um fazer e toda pesquisa é intervenção/transformação (Costa, 2014). Assim, trata-se do "traçado do plano da experiência, acompanhando os efeitos do próprio percurso de investigação sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento" (Passos & Barros, 2009, p. 18).

Considerando que processos de produção de conhecimento e de subjetividades andam juntos e que não é possível prever onde movimentos que estão em curso irão parar, tampouco seria possível prever todos os procedimentos metodológicos para pesquisá-los. A cartografia propõe, com base nisso, uma reversão do sentido tradicional do método: de *metá-hódos* a *hódos-metá*[4]. Ou seja, não se constrói o caminho a partir da definição a priori das metas ou dos objetivos; ao contrário, é "o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas" (Passos & Barros, 2009, p. 17).

2- Caminhos percorridos

E o que ele [o cartógrafo] quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem (Rolnik, 2006, p. 23). A possibilidade que a cartografia nos dá de traçar as metas ao longo do caminho nos convida ao encontro com o imprevisível e nos convoca à inventividade. Isso não significa, entretanto, que caminharemos desorientados.

Para servir como guia nestes percursos de pesquisa cujos caminhos não são passíveis de previsão, um grupo de professores, pesquisadores e estudantes de psicologia das Universidades Federal Fluminense e Federal do Rio de Janeiro sistematizaram pistas para a prática da cartografia (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009; Passos, Kastrup & Tedesco, 2014). As pistas não são regras para serem aplicadas e se aproximam a diretrizes que orientam o pesquisador em seus modos de habitar o campo pesquisado.

Pensando um campo de pesquisa na perspectiva do rizoma, são sempre muitas as entradas possíveis. Aqui optamos, a partir de um contato prévio com interlocutoras-chave, por tomar a três hospitais como pontos de partida: dois hospitais do DF que contam com leitos de UTI pediátrica pelo SUS e apresentam demanda importante relacionada à população alvo deste estudo; e um terceiro hospital que foi identificado pela experiência acumulada em transferir crianças com condições crônicas para enfermarias de menor complexidade e na sua desospitalização. Percorrendo estes caminhos chegamos a alguns domicílios, que também compuseram cenários da pesquisa.

4. Da etimologia da palavra, método = metá (objetivo) + hódos (caminho).

Acompanhar processos de desospitalização exigiu que entrássemos em campo e pudéssemos, em alguma medida, habitar (não só analisar, de fora) os territórios já habitados pelos trabalhadores e usuários que estavam vivendo esses processos. **Habitar um território existencial** é uma das pistas metodológicas (Alvarez & Passos, 2009). Para isso, lançamos mão da observação participante, registrada em diário de campo. Assim, entramos de corpo inteiro neste território, com nosso olhar, escuta, atenção e sensibilidade, para estar junto com as pessoas, compartilhando experiências.

Nosso caminhar por estes territórios também foi guiado pela **pista da atenção do cartógrafo** (Kastrup, 2009). Segundo a autora, a atenção cartográfica deve ser, ao mesmo tempo, flutuante, concentrada e aberta, e varia a partir de quatro movimentos: 1) o rastreio, que é uma espécie de reconhecimento de campo, de acompanhamento do processo de forma semelhante ao movimento de uma ameba, tateando; 2) o toque é sentido como uma rápida sensação, de intensidade variável, que nos deixa em estado de alerta, pois que algo se destaca no até então conjunto mais ou menos homogêneo de elementos observados; 3) o pouso é uma espécie de *zoom* que abre outra janela atencional e exige uma reconfiguração do território observado; e 4) o reconhecimento atento é a atitude investigativa que sucede ao pouso: "vamos ver o que está acontecendo?" (p. 49). Assim, nos debruçamos mais sobre as cenas, casos, ditos e não ditos que mais nos tocaram e que nos indicavam que por ali devíamos seguir.

Como interlocutoras contamos com profissionais dos hospitais e da atenção domiciliar, que atuam no cuidado direto aos usuários ou que ficam à frente da gestão dos serviços, e cuidadoras familiares (mães, especialmente). Além da observação participante, também realizamos entrevistas que, a depender do encontro que se estabelecia, eram ora mais ora menos orientadas por um roteiro semiestruturado. Alguns enredos, portanto, foram escutados e construídos com os interlocutores na nossa inserção em espaços comuns já existentes, a partir de conversas informais ou por estarmos presentes em reuniões de equipes e grupos com familiares, especialmente no ambiente hospitalar, mas também domiciliar, e outros vieram à tona durante as entrevistas. Quando a interlocutora permitia, a entrevista era gravada e, posteriormente, transcrita. Nos demais casos, eram realizadas apenas anotações.

Seguindo a **pista da entrevista cartográfica**, entendemos que as entrevistas não têm o objetivo de simples coleta de dados. Elas abrem aos pesquisadores e pesquisadoras novas possibilidades de adentrar no campo de forças que estão em disputa no plano da pesquisa-intervenção e, assim, ainda que sejam também momentos de troca de informações e acesso às experiências vividas, podem produzir elas mesmas novas experiências e reflexões. Ou seja, as entrevistas carregam em si o potencial de um acontecimento. Vale dizer que não foram todas as entrevistas ou conversas em campo que transcorreram dessa forma. Talvez em função da pouca prática das pesquisadoras na condução, associada às experiências prévias com pesquisas que visam apenas à coleta de dados, alguns interlocutores permaneceram bastante distanciados. Outros, porém, traziam ditos "carregados da intensidade dos conteúdos, dos eventos, dos afetos ali circulantes" (Tedesco, Sade & Caliman, 2014, p. 100) e, nestes casos, a entrevista foi, de fato, uma ferramenta de construção e acesso ao plano compartilhado da experiência.

A **pista da análise** (Barros & Barros, 2014), por sua vez, sinaliza que, em função dos referenciais que nos pautam, o centro da análise recai sobre as implicações de todos (das pesquisadoras, inclusive) que integram o campo (que é de forças). Isso significa um olhar constante para a dinâmica das relações de saber-poder de modo a evidenciar o processo de produção histórica das instituições para desnaturalizar, desestabilizar, transversalizar[5]: nem um eixo vertical que hierarquiza, nem um eixo horizontal que homogeneiza, mas um plano transversal que permita múltiplas conexões e comunicações em todos os sentidos. Nessa perspectiva, também não há separação entre coleta e análise. A análise implica em atitude, se faz por problematização e tem dimensão participativa (Barros & Barros, 2014). Assim, busca-se proliferar os sentidos de uma experiência, e não a encerrar em apenas um.

5. Referente ao conceito de transversalidade, criado por Guattari sobretudo como como tentativa de introduzir, nas organizações psiquiátricas, outras formas de relação entre os grupos – de grupos assujeitados (com menor grau de abertura) para grupos sujeito (com maior grau de transversalidade, quando a realidade institucional se abre para outros sentidos). Segundo Rossi e Passos (2014), "o tema da subjetividade ganha lugar no discurso institucionalista com o conceito de transversalidade que se materializa em dispositivos que permitem a circulação menos restritiva da palavra e de corpos, abrindo as relações para múltiplas conexões potencializadoras da transformação da realidade dos grupos e das subjetividades" (Rossi & Passos, 2014, p. 165).

O período em que estivemos em campo foi de julho de 2017 a janeiro de 2018. Entretanto, ao passo que retornamos ao diário de campo e às entrevistas para sistematizar a dissertação, percebemos que haviam lacunas na análise e que esta precisava envolver ainda mais nossas interlocutoras. Assim, convidamos as trabalhadoras da atenção hospitalar, domiciliar e da gestão para dois momentos grupais com o objetivo de pensar, de forma coletiva e participativa, sobre as construções possíveis a partir do campo.

Em suma, para auxiliar na compreensão do percurso (não linear) da pesquisa, podemos dizer que: 1) os cenários principais foram três hospitais, três domicílios e um abrigo institucional; 2) as interlocutoras foram profissionais da atenção hospitalar e domiciliar e as mães das crianças que, num primeiro momento, estavam hospitalizadas; 3) as ferramentas utilizadas foram a observação participante, as entrevistas e leitura de prontuários; e 4) a análise se deu no decorrer e não apenas ao final, e foi realizada no sentido de dar visibilidade e desnaturalizar as relações que constituem a realidade estudada ou, dito de outra forma, à dinâmica instituído-instituinte que constitui a dimensão do cuidado às crianças dependentes de VM.

Quadro 1
Cenários de pesquisa e interlocutores entrevistados

Cenários	**1 hospital sem UTI** **2 hospitais com UTI** **3 domicílios** **1 abrigo institucional**
Interlocutoras	**3 mães cuidadoras** **1 coordenadora de abrigo institucional** **4 assistentes sociais** **3 psicólogas** **3 médicas e 1 médico** **2 enfermeiras** **1 terapeuta ocupacional**

Ao iniciar a construção deste campo, em alguma medida capturadas pelo fazer científico tradicional, planejamos que a inserção nos três hospitais se daria da mesma forma e simultaneamente. A ideia era criar uma rotina em cada um dos serviços para observação participante, com dias fixos para ir a cada um dos locais, ler prontuários, identificar interlocutoras-chave, entrevistá-las e, com elas, identificar as cuidadoras que também seriam entrevistadas. Guiadas pela atenção cartográfica, a partir do surgimento dos primeiros analisadores[6] percebemos o equívoco e recuamos, entendendo que a inserção iria variar em modo, frequência e intensidade em cada um dos locais.

Assim, o primeiro objetivo foi abandonado (verificar a existência de crianças dependentes de VM hospitalizadas e caracterizar seu perfil clínico e sociodemográfico). Como gestora eu imaginava que esse perfil iria facilitar a construção de um mapa da situação atual; que de posse de informações como endereço, renda, acesso ou não a benefícios sociais, além dos diagnósticos e datas de admissão das crianças, conseguiria apresentar para a Secretaria de Saúde dados que pudessem facilitar um planejamento para a desospitalização daquelas crianças. Mas como psicóloga pude perceber os equívocos. Primeiro, isso não seria possível em função da inexistência ou inconsistência dessas informações nos prontuários, e não estávamos nos propondo a fazer nenhum tipo de inquérito direto com as pessoas sobre essas questões. Segundo, porque o que impedia ou favorecia as desospitalizações era mais da ordem do jogo de forças entre instituído e instituinte (do modelo de cuidado centrado no hospital *versus* no domicílio, por exemplo) do que referente à ausência de dados objetivos para planejamento da Secretaria de Saúde.

São estes jogos que a pesquisa-intervenção cartográfica permite evidenciar e colocar em análise. E considerando que eles atravessam as pesquisadoras e pesquisadores, a análise das implicações tem lugar central.

---

6. Os analisadores são as manifestações de não conformidade com o instituído. Podem ser situações, falas, cenas, que enunciam e denunciam aspectos do funcionamento da instituição e que abrem brecha para que o pesquisador-analista intervenha de modo a desnaturalizá-la, rompendo sentidos até então cristalizados. [Barros, L. M. R. de, & Barros, M. E. (2014). O problema da análise da pesquisa cartográfica. In E. Passos, V. Kastrup & S. Tedesco (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina]

3- Dos nossos limites e possibilidades: a análise de implicação

A implicação é um termo cunhado pelos socioanalistas para pôr em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. É, portanto, a análise desses jogos, da dinâmica instituído-instituinte inerente à instituição ou ainda, em outras palavras, "a análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do 'perito-pesquisador'" (Paulon, 2005, p. 23).

Ser psicóloga e estar trabalhando no Ministério da Saúde e, ao mesmo tempo, colocar-me como pesquisadora dentro de serviços de saúde da Secretaria de Estado exigiu que eu colocasse em questão constantemente o lugar por mim ocupado (ou a mim atribuído) durante este percurso.

O problema que orientou o desenvolvimento da pesquisa foi a constatada dificuldade de desospitalização das crianças dependentes de VM. O posicionamento do Ministério da Saúde (MS) com relação a isso já era conhecido pelas interlocutoras um pouco mais envolvidas com o assunto. Isso me deixava insegura com relação a como seria interpretada minha presença no hospital: iriam me enxergar como a porta voz do MS dentro do hospital? Achariam que eu estava ali para impor, normatizar ou resolver problemas nos modos de funcionamento?

No primeiro momento em que tive contato com profissionais do hospital onde realizei a observação participante, participei de uma reunião na qual me apresentei e falei sobre a pesquisa. A única pessoa que me direcionou a fala foi uma profissional que já me conhecia, sabia da atuação da área técnica em que eu trabalho nas questões relacionadas à VM e solicitou que eu compartilhasse com os demais presentes. Neste momento percebi que em alguma medida eu seria associada ao MS e teria que lidar com isso. Em outra ocasião, quando conversávamos sobre a falta de insumos e medicamentos em alguns pontos da rede, também sou convocada desde este lugar: "é bom que você, que é do Ministério da Saúde, saiba disso", afirma a profissional, talvez na expectativa de que algo pudesse ser feito por mim a este respeito.

Passei um tempo sem saber como lidar com este endereçamento, mas buscava não assumir uma postura prescritiva, ainda que expusesse meus posicionamentos (que não

eram necessariamente alinhados com os do MS) quando tinha oportunidade. Minha tendência era tentar desconstruir esta associação. Porém, quando conversava com um profissional de saúde que afirma que são os gestores que pensam a política pública e que eles ficam apenas fazendo o seu trabalho até que venha um gestor e lhes diga para fazer de outro jeito, considerei que, nesta fala, poderia haver um endereçamento não para mim enquanto MS, mas sim enquanto gestora e que talvez isso pudesse ser estendido à própria SES. Imediatamente pensei na gestão e na atenção como inseparáveis faces de uma mesma moeda e tentei apontar para isso na conversa. Compreendi, naquele momento, que talvez mais potente do que negar o lugar de gestora seria, junto aos trabalhadores, buscar meios de tecer essa costura entre gestão e atenção: era apostar na construção de meios menos burocratizados de se comunicar e cuidar, era transversalizar. Parecia haver uma potência criativa procurando passagem, o que também dava outros contornos ao problema que foi colocado inicialmente: da desospitalização como algo necessário para a gestão em função da alta ocupação de leitos para a desinstitucionalização dos sujeitos e dos modelos de atenção e cuidado.

Aqui recordo da desospitalização de uma das crianças, em que a mãe estava se sentindo insegura e com dificuldade de aceitar algumas etapas do processo. Perguntei à equipe hospitalar se esta mãe já havia conhecido alguém da equipe de atenção domiciliar e o único contato dela com esta equipe tinha sido via assistente social, que iria viabilizar a avaliação do domicílio e a solicitação dos insumos necessários. Perguntei, então, se não seria interessante chamar o médico assistente ou outro profissional além da assistente social, pois talvez negociar presencialmente os procedimentos para a desospitalização e conhecer quem daria continuidade ao cuidado em casa auxiliasse na construção de vínculos e facilitasse o processo. Isso, no entanto, não foi possível. A equipe de atenção domiciliar alegou que ir ao hospital era inviável em função das distâncias a serem percorridas e da rotina de visitas a outros pacientes, que o fluxo previsto para a desospitalização se dá via preenchimento do formulário e que a primeira visita ao paciente acontece em casa, não no hospital. Embora seja compreensível o posicionamento da equipe de atenção domiciliar, alguns profissionais do hospital e eu nos sentimos frustrados em nossa tentativa de criar novos fluxos para além do formulário.

Quando foi, enfim, definida a data para esta desospitalização fomos conversar com uma das profissionais que acompanhava o caso para saber como seria. A encontramos circulando pelo setor com um remédio na mão, sem conseguir parar para tomar; quando sentamos para conversar, ela falou da inoperância do Estado, do adiamento de suas férias, da paciente que iria ter alta, e de sua dor de cabeça. Finalmente ela conseguiu tomar a sua medicação e nós fomos embora sentindo um desconforto. A profissional estava tão preocupada com as lacunas quanto ao plano de cuidados domiciliares e com a falta de medicamentos na rede, aspectos sobre os quais ela não tinha nenhuma ingerência, às vésperas da desospitalização, que comenta estar arrependida de ter incentivado tão fortemente a ida para casa. Nós também havíamos apoiado esta desospitalização. Havíamos errado? Naquele momento, pensávamos sentir a mesma preocupação daquela profissional.

Essa situação evidenciava a fragilidade dos processos. Neste caso, o formulário não estava sendo suficiente para possibilitar uma transição segura e tranquila (ainda que alguma medida de preocupação e ansiedade seja inerente a este processo). Obviamente não se trata aqui de apontar para a necessidade de mudar o fluxo para o seu inverso (passar de nunca ir ao hospital para sempre), mas de provocar outros fluxos comunicacionais que, por sua vez, permitissem o compartilhamento e a troca entre equipes e a singularização do cuidado.

Depois, esta profissional e eu visitamos a criança e sua mãe em seu domicílio. Haviam se passado apenas 15 dias da desospitalização. Encontramos uma casa simples, onde fomos recebidas com café e muita conversa. A mãe, sua neta, sua filha mais velha e um outro filho estavam todos no quarto com a criança. Enquanto a mãe nos recebia, a filha mais velha separava as medicações da irmã daquele horário, o filho organizava o quarto e a neta brincava. Estavam felizes, ainda que cansados. Não foi relatada nenhuma dificuldade no manejo com a criança, mas sim com relação às questões logísticas: buscar dieta enteral em um lugar, outros insumos em outro, ir trabalhar... “Será que eu consigo comprar um carro?”, nos pergunta a mãe. Quer dizer, os frequentes deslocamentos para buscar dietas, insumos ou medicamentos fomentavam a necessidade, naquela família de baixa renda, da compra de um carro a fim de facilitar esta rotina.

Ter passado por esta e outras situações com a equipe fez com emergisse uma relação de confiança entre nós. Alguns profissionais passaram a compartilhar conosco suas questões, a exemplo da profissional que conta, tristemente, que uma criança perdeu a vaga no *home care*[7] pois a família não havia conseguido realizar as adequações necessárias no domicílio em tempo hábil. O que deveria fazer? Contar para a mãe? Esperar alguns dias para contar com o intuito de aguardar o possível surgimento de outra vaga e assim poupar esta mãe deste estresse? Não sabíamos.

Nesse contexto, fez sentido a colocação de Rolnik (2006, p. 23) de que

> a cartografia, nesse caso [das paisagens psicossociais], acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, com relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Entrar em contato com estas crianças, estas mães, estas trabalhadoras fez com que velhos mundos ruíssem e outros, novos, surgissem, de fato. Estes novos, mais sólidos, mais sensíveis às dificuldades das diferentes interlocutoras envolvidas, mais convictos de que sair do hospital é fundamental (mas não é o suficiente), e mais dispostos a continuar contribuindo com esta construção.

Na tentativa de, ao mesmo tempo, operar na transversalidade e promover momentos de análise compartilhada do campo, propusemos dois momentos de roda para os quais convidamos trabalhadores das equipes hospitalares, domiciliares e representantes da gestão. Houve muita dificuldade para encontrar data, horário e local que contemplasse a todas e, por fim, compareceram às rodas apenas poucas profissionais dos hospitais.

Na primeira, realizada em uma sala da Universidade de Brasília, compareceram duas profissionais. Na segunda, no hospital, compareceram quatro. Em ambas iniciamos retomando os propósitos da pesquisa e como se deu nosso percurso para, em seguida, de forma dialogada, apresentar e repensar os principais achados. Percebemos, entretanto, que

7. No DF crianças dependentes de ventilação invasiva são desospitalizadas apenas mediante a existência de vaga para acompanhamento pelo serviço de *home care*: serviço de atenção domiciliar privado contratado pela Secretaria de Saúde especificamente para este fim.

não houve tanta apropriação por parte das trabalhadoras com relação aos achados, mesmo em aspectos que discutirmos muitas vezes no cotidiano. Havia uma expectativa de que isso chegasse aos ouvidos da gestão pela fala das pesquisadoras, sendo a gestão como algo que está fora destas trabalhadoras e estas como que desacreditadas de receber alguma escuta por parte dos dirigentes. Ficava claro que a costura entre gestão e atenção ainda precisava ser tecida e que apesar da nossa tentativa de incidir sobre isso não havíamos conseguido.

Como gestora, saí dessa pesquisa mais psicóloga do que quando entrei (e vice-versa). É desafiador pensar uma política pública nacional que contemple a tantas especificidades (das unidades federativas, dos municípios, dos territórios, dos sujeitos). Por isso se torna tão fundamental apostar e incentivar a inovação e a criação, as articulações locais para que as políticas sejam tão vivas quanto seus territórios e sujeitos.

Como pesquisadora, posso dizer que optar pela realização de uma pesquisa implicada não foi fácil. Tampouco o caminho foi facilmente percorrido. Manter uma atitude de abertura frente ao novo, analisar implicações, deixar-se afetar e assumir nossa não neutralidade é, também, assumir a dimensão política da pesquisa, o que coloca diversos desafios, inclusive no que se refere a sustentar esta escolha no jogo de forças da academia. E talvez por isso tenha sido tão difícil assumir um *hódos-metá*, porque o tempo todo, desde o momento da submissão do projeto na Plataforma Brasil, quanto nas disciplinas cursadas e na escrita da dissertação havia a exigência de um outro formato e um constante explicar-se e justificar-se por sair dele. Foi uma escrita difícil de ser finalizada. Escolher um modo de escrever que fosse coerente com o percurso, escolher sobre o quê escrever, como escrever... Apesar das dificuldades, talvez este tenha sido outro ponto fundamental desta pesquisa-intervenção: insistir e apostar na pesquisa-intervenção, nos espaços de compartilhamento e de troca dentro da universidade, no devir pesquisador-implicado.

Nessa imersão, pude borrar as fronteiras do ser psicóloga, gestora e pesquisadora. Pude ver o quanto o campo era muito mais vasto e rico do que eu imaginava, que as questões envolvidas na desospitalização iam muito além do eu supunha inicialmente. Estar aberta para conhecer-transformar com estas mães e estas trabalhadoras me fez partir da desospitalização para chegar na desinstitucionalização; da saúde para enxergar

educação; da gestão para reencontrar a atenção; das crianças com dependência crônica de VM para ver aquela criança singular; dos cuidadores para enxergar as mães; das cronicidades dos sujeitos para a cronicidade das práticas; da inaceitável possibilidade de morrer que impede outras formas de viver[8]. Múltiplas entradas, múltiplas e compartilhadas saídas. Eis o rizoma. Eis a potência da cartografia para as pesquisas em psicologia e na saúde coletiva.

Referências

Aguiar, K. F. de, & Rocha, M. L. da. (2007). Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 648–663. https://doi.org/10.1590/S1414.98932007000400007

Alvarez, J., & Passos, E. (2009) Cartografar é habitar um território existencial. Em E. Passos, V. Kastrup & L. da Escossia (Orgs), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Barros, L. M. R. de, & Barros, M. E. (2014). O problema da análise da pesquisa cartográfica. In E. Passos, V. Kastrup & S. Tedesco (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina.

Costa, L. B. da (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, 7(2), 66-77. http://dx.doi.org/10.5902/1983734815111

Costa, L. B. da & Rodrigues, E. (2018) Cartografia. In R. B. Ceccim, D. Dallegrave, A. S. L. Amorim, V. de M. Portes & B. P. Amaral (Orgs.), *EnSiQlopédia das Residências em Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida.

Costa, M. T. F. da, Gomes, M. A., & Pinto, M. (2011). Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(10), 4147–4159. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100020

8. Estes foram os principais achados que emergiram deste campo e que estão escritos em detalhes na referida dissertação.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* - Volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34.

Farina, C. (2008) Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In *Anais*, 31 Reunião Anual da Anped. Recuperado de http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GE01-4014--Int.pdf.

Ferigato, S. H. & Carvalho, S. R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *15*(38), 663-676. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037

Hirota, A. S., & Pires Neto R. C. (2010). Princípios básicos da ventilação mecânica invasiva. In A. P. Lago, H. Rodrigues, & R. M. Infantini. *Fisioterapia Respiratória Intensiva* (pp. 227-234). São Paulo: CBBE.

Kastrup, V. (2009) O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escossia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Barros, R. B. de. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(1), 71–79. https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010

Passos, E. & Barros, R. B. (2009) Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escossia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Escossia, L. da. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (2014). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina.

Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18–25. https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615

Pereira, W. C. C. (2007). Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 7*(1), 6-16.

Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: UFRGS Editora.

Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, *21*(2), 166–173. https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003

Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, *26*(1), 44–52. https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006

Rossi, A., & Passos, E. (2014). Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, 5(1), 156-181. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&tlng=pt.

Tedesco, S. H., Sade, C., & Caliman, L.V. (2014). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In E. Passos, V. Kastrup, & S. Tedesco (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina.

PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA: ARTICULAÇÃO COM CENÁRIOS INTERNACIONAIS

20 Psicologia clínico-cultural: uma introdução[1]

Andrew G. Ryder
Mariana Neibert
Valeska Zanello

Introdução

Bruna Fujimoto, 49 anos, filha de imigrantes japoneses que chegaram ao Brasil no final dos anos 50, cresceu em uma cidade pequena com uma minoria japonesa considerável, onde trabalhava como recepcionista. Casou-se com um brasileiro de origem italiana aos 19 anos para agradar seus pais, que desejavam que ela ficasse perto de casa. Porém, o fato de ela não ter casado com um japonês e não ter tido filhos deixou seus pais desapontados. Aos 40 anos ela se divorciou e, há cinco anos se mudou para o Rio de Janeiro, onde diz estar "recuperando o tempo perdido".

Sra. Fujimoto apresenta sintomas de fadiga, irritabilidade, apetite reduzido e isolamento social. Ela atribui seus sintomas a preocupações com a obtenção de um emprego estável, falta de uma rede social de apoio no Rio de Janeiro, e culpa por não estar acompanhando sua mãe que está doente e sozinha, após a morte recente do seu pai. Além disso, ela tem tido dificuldade em encontrar um parceiro amoroso estável, expressando preocupação sobre sua idade e etnia ("metade japonesa e metade brasileira") estarem dificultando a procura de um par. Ela se dá conta de que está se isolando cada vez mais e relata uma ansiedade crescente nas últimas semanas, principalmente em relação a sua forma de olhar e estar com o outro, de modo reservado (ensimesmado).

1. A correspondência em inglês, incluindo todos os pedidos da versão original em inglês deste artigo, pode ser encaminhada para Andrew Ryder em andrew.ryder@concordia.ca; a correspondência em português pode ser enviada para Valeska Zanello em valeskazanello@uol.com.br. Os autores desejam reconhecer as importantes contribuições de Yulia Chentsova Dutton para muitas das ideias descritas neste artigo e Èvelyne Dussault por sua ajuda na preparação do manuscrito. Igualmente, agradecem à Beatriz Theophilo pela revisão do manuscrito.

Para entender o sofrimento de Bruna Fujimoto precisamos compreendê-lo no seu contexto cultural. No caso dela, há uma variedade de contextos, porém nenhum deles corresponde exatamente às configurações da América do Norte e da Europa Ocidental, nas quais a maioria das pesquisas em psicologia é conduzida (Henrich, Heine, & Norenzayan, 2010). Tentamos entender Sra. Fujimoto como japonesa? Como brasileira? Como imigrante de segunda geração? Como imigrante de uma área rural para uma área urbana? Até mesmo a literatura sobre psicologia cultural é de pouca ajuda neste caso, pois embora exista uma vasta literatura sobre japoneses realizada no Japão e na América do Norte, faltam pesquisas em outras áreas do mundo (Molnar, Amin, & Kanemasu, 2018).

Além disso, em muitas dessas pesquisas há a suposição implícita lamentável de que as pessoas migram do sul global para o norte global, especialmente para os países de língua inglesa. Cada país remetente é entendido como um bloco homogêneo, enquanto os países receptores -– como Austrália, Canadá ou Estados Unidos – são cada vez mais vistos como multiculturais. O Brasil é um dos muitos países que desafiam essa suposição. Seu território inclui mais de 300 grupos indígenas, cujas existências precede o início do colonialismo português nos anos 1500 (Fundação Nacional do Índio, 2013). Nos últimos séculos, ondas de imigrações trouxeram espanhóis, africanos, italianos, alemães, japoneses, sírio-libaneses e muitos outros ao Brasil. De fato, o multiculturalismo é tão fundamental para a sociedade brasileira que a variação cultural normalmente é discutida em termos de raça e *status* socioeconômico; por exemplo, a cor da pele é o principal critério usado pelo Censo Demográfico (Fish, 2008; IBGE, 2010).

Um banco de dados mais rico, com pesquisas internacionais que incluam o Brasil e pesquisas intranacionais que incorporem a diversidade brasileira ajudaria, sem dúvida, a compreender melhor o caso clínico da Sra. Fujimoto. Ainda assim, a complexidade de cada cliente costuma superar o conhecimento que possamos obter estudando grupos. Possivelmente, um banco de dados de pesquisa que nos ensine como trabalhar com brasileiros japoneses de segunda geração demore tanto a ser construído que até lá o cliente já terá se resolvido de outra maneira (ou não). Portanto, somos confrontados com os objetivos paralelos de construir um banco de dados mais representativo enquanto usamos a pesquisa disponível para desenvolver uma abordagem adaptada a pacientes individuais. Por essa razão, o objetivo principal desse capítulo é apresentar uma forma de pensar sobre

esse problema e considerar as possíveis implicações dessa abordagem para o contexto multicultural brasileiro. Acreditamos que a contribuição desse capítulo seja o seu potencial para iniciar um diálogo entre tradições psicológicas pertinentes na Lusosfera e na Anglosfera.

Psicologia Cultural e Psicologia Clínica

Qual é a melhor maneira de procedermos, como psicólogos, com a complexidade desconcertante da cultura e as inúmeras maneiras através das quais ela molda o funcionamento psicológico? Na última década, um número crescente de estudiosos abordou essa questão crítica, argumentando a favor da psicologia clínico-cultural (Chentsova-Dutton & Ryder, 2019; Gone, 2015; Maercker, Heim, & Kirmayer, 2018; Ryder, Ban, & Chentsova-Dutton, 2011; Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Embora exista um longo histórico de pesquisas psicológicas em saúde mental em diferentes contextos culturais, o campo carece de uma perspectiva unificadora. Tirando algumas exceções notáveis, a maioria dos estudos psicológicos nessa área são: (a) estudos clínicos realizados em "outros países" (ou seja, países "não ocidentais") ou em amostras de minorias étnicas; ou (b) estudos interculturais que incluam, casualmente, medidas de ajuste psicossocial em seus resultados. A consequência é que a contribuição da psicologia para a literatura interdisciplinar sobre cultura e saúde mental tem sido marginal.

O primeiro obstáculo é ontológico: pesquisas convencionais em psicologia enfatizam um sujeito humano individualizado, descontextualizado e, até mesmo, atomizado que seja, ao mesmo tempo suficientemente semelhante a todos os outros humanos para que os processos psicológicos investigados possam ser considerados universais (para uma objeção sustentada a essa visão, ver Henrich et al., 2010). O segundo obstáculo é epistemológico: uma ênfase em métodos rigidamente controlados e replicáveis que produzam resultados quantitativos (Doucerain, Vargas, & Ryder, 2017). Nenhuma dessas características da psicologia convencional deve ser totalmente abandonada. De fato, acreditamos que a psicologia clínico-cultural contribuirá mais para discussões atuais sobre interdisciplinaridade se permanecer identificável como *psicologia*. A psicologia é, obviamente, o estudo da mente; no entanto, dadas as origens "ocidentais" da disciplina, o modelo de mente que predomina é o individualista (Geertz, 1979; Gergen, 2009; Markus

& Kitayama, 1991; Nisbett, Peng, Choi, & Norenzayan, 2001). Embora correções para isso sejam necessárias, acreditamos que – dado o contexto de outras disciplinas levando a redução da pessoa a forças biológicas ou sociais – a psicologia clínico-cultural contribui, em parte, insistindo que a mente (o eu, a psique, a pessoa individual etc.) não pode ser esquecida.

A psicologia tem sido descrita como uma *hub science*[2] (Caccioppo, 2007; Boyack, Klavans, & Börner, 2005). Apesar das tensões, essa importante posição é mantida através da ênfase contínua na mente e seus vínculos com o cérebro e a cultura. As duas subdisciplinas constituintes da psicologia clínico-cultural facilitam essa ponte: a psicologia clínica enfatiza as conexões mente-cérebro com maior atenção à mente do que a psiquiatria contemporânea; e a psicologia cultural enfatiza as conexões mente-cultura com maior atenção à mente do que a antropologia.

Comecemos pela psicologia cultural (Markus & Kitayama, 1991; Shweder, 1991), pois através dela observa-se com clareza a proposta da psicologia clínico-cultural de romper com a psicologia convencional. Nas últimas décadas, diferentes áreas de estudo tomaram como questão central a relação entre cultura e psicologia, e vários pesquisadores da psicologia convencional fizeram comparações transculturais. Existe uma ampla variação em como o termo *cultura* é entendido em cada um desses casos. Embora influenciados por várias dessas perspectivas, nós enfatizamos a definição usada pela psicologia cultural, cuja afirmação central é que não apenas grupos étnicos diferem, mas que cultura e mente existem em uma relação de *constituição mútua*. Uma não pode ser entendida sem a outra, assim como uma não pode ser reduzida à outra; nas palavras de Shweder (1991), elas "*make each other up*"[3]. Enfatizamos essa definição devido à sua concepção particular de como cultura e psicologia se relacionam, apontando para estratégias específicas de pesquisa.

Um aspecto importante do desenvolvimento da psicologia clínico-cultural é o foco na "pessoa contextualizada" como unidade de análise. Esse aspecto é motivado pela preocupação com o indivíduo que sofre, mas ao mesmo tempo se aproxima da

2. Significado: ciência conectada com muitas outras ciências.
3. Tradução: se constituem uma à outra.

antropologia. A diferenciação entre "cultura" e "grupo cultural" é central: o primeiro não deve, e na verdade, não pode, ser reduzido ao segundo. Grupos culturais são, na melhor das hipóteses, categorias difusas cujo objetivo é facilitar a pesquisa, embora, se definidos com cuidado possam refletir classificações socialmente significativas. Por exemplo, vários estudos sobre casos de depressão que apresentam sintomas somáticos compararam uma amostra chinesa com uma amostra ocidental (Parker, Gladstone, & Chee, 2001; Ryder et al., 2008). Através desse modelo de pesquisa, pôde ser testada empiricamente a alegação de Kleinman (1982), de que os sintomas somáticos são apresentados mais comumente pelos pacientes chineses deprimidos.

No entanto, é preciso ter cautela para não presumir que a cultura, neste caso, é o simples fato de pertencer ao grupo chinês ou ocidental. A partir da psicologia cultural, adotamos a visão de que, embora identificar diferenças de grupo possa ser um primeiro passo útil, devemos "*unpack culture*"[4] testando hipóteses específicas sobre porque os grupos culturais diferem. Por exemplo, Ryder et al. (2008) demonstraram que diferenças na apresentação de sintomas de depressão em chineses e ocidentais podem ser explicadas por tendências culturais a se focar em estímulos externos (isto é, descrever algo) ou em estímulos internos (isto é, analisar algo). Tais descobertas não apenas nos permitem entender melhor porque os grupos diferem, mas também permitem prever quais pessoas em um determinado grupo se desviarão do padrão geral – uma consideração importante para o trabalho clínico, especialmente para evitar reduzirmos os clientes à características do grupo ao qual pertencem. Uma vez que entendemos que os membros de cada grupo podem aderir completamente, parcialmente, ou até mesmo rejeitar uma determinada crença ou prática, podemos investigar aspectos específicos da cultura e como eles moldam cada pessoa de maneira diferente.

A perspectiva de "grupo cultural" é bidirecional, ou seja, também podemos considerar como pessoas diferentes contribuem para o seu contexto cultural. Os significados e as práticas são distribuídos de forma que, dentro de um contexto cultural, pessoas podem pensar e agir de maneiras diferentes, até mesmo contraditórias, porém igualmente significativas em termos culturais. A cultura não pode ser reduzida à mente e,

4. Tradução: desempacotar a cultura.

na verdade, é muito mais útil entender a cultura como ocorrendo "entre" as mentes. Tampouco a mente pode ser reduzida à cultura, pois as pessoas também são moldadas por suas biografias idiossincráticas – por suas criações, histórias de aprendizado, redes de amizade imediatas, eventos aleatórios e assim por diante. Os comportamentos são entendidos pelos atores e observadores em termos estabelecidos por um sistema de significados compartilhados consensualmente, e o fato de que esses comportamentos são performados (encenados) e observados contribui não só para perpetuar esse sistema, mas também para moldá-lo. Em outras palavras, a cultura acontece “na cabeça”, mas igualmente “no mundo” – e neste mundo, as pessoas não se comportam do nada. Ao invés disso, elas executam o que Bruner (1990) chamou de "*acts of meaning*" (tradução: atos de significado).

Focando agora na psicologia clínica, encontramos tanto uma disciplina empírica quanto uma profissão aplicada que entende a psicopatologia no nível da mente e, cada vez mais, por influência da neurociência, na interface da mente e do cérebro (Ilardi & Feldman, 2001). Essa influência é um reflexo de desenvolvimentos semelhantes na psiquiatria (Insel & Quirion, 2005), embora talvez com uma maior retenção de conceitos mentais e, principalmente, cognitivos. A preocupação com os vínculos mente-cérebro, particularmente combinada com o ceticismo, maior em relação às categorias psiquiátricas, é uma importante contribuição da psicologia clínica para a psicologia clínico-cultural (Ryder et al., 2011). Acreditamos, no entanto, que as principais pesquisas em psicologia clínica estão adotando uma visão cada vez mais empobrecida da mente (Miller, 2010). Há uma tendência de equiparar mente com cérebro, ou com certas características do cérebro e, com isso, ver a mente trancada na cabeça (com o cérebro). As alternativas a essa tendência correm o risco de cometer o erro de Descartes novamente, postulando que mente e cérebro são entidades diferentes (Gobert, 2013), o que foi criticamente chamado de “o fantasma dentro da máquina" (Ryle, 1949).

A psicologia e as neurociências estão repletas de argumentos segundo os quais a mente é subsumida pelo cérebro, ou é, na melhor das hipóteses, um epifenômeno subjetivo do cérebro: a mente é um reflexo do cérebro. Temos uma visão diferente, que não se distancia do dualismo mente-cérebro no sentido tradicional (Ryder et al., 2011; Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Nada acontece na mente que não se reflita na atividade

cerebral, mas, ao mesmo tempo, há limites para o poder explanatório do cérebro. O limite mais óbvio está relacionado à complexidade, pois ideias relativamente simples em termos de mente podem ser extremamente difíceis de descrever como padrões neurais complexos e mutáveis. Não precisamos negar que carros e ônibus são compostos de átomos para descartar a utilidade de uma teoria atômica dos padrões de tráfego; da mesma forma, a preferência por explicações mentais de certos fenômenos não exige que neguemos o cérebro.

Isso significa que o nível mental é apenas uma ferramenta de conveniência, um facilitador de discussões sobre padrões cerebrais complexos? Até certo ponto, sim – mas podemos ir mais longe. Há uma perspectiva advinda da filosofia, da ciência cognitiva e da psicologia cultural que entende a mente como sendo fundamentalmente social e instrumental (Hutchins, 1995; Valsiner & Van der Veer, 2000; Vygotsky, 1978). Entre os exemplos mais famosos está a "hipótese da mente estendida" que sugere que há pouca diferença prática entre um módulo cognitivo e uma ferramenta física na resolução de um problema (Clark & Chalmers, 1998). Nesse sentido, a relação entre mente e cérebro é semelhante à relação entre cultura e mente, ou cultura e cérebro: sobrepostas parcialmente, mas não completamente (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015).

Em um exemplo, Clark e Chalmers (1998) comparam uma pessoa que usa a memória para caminhar até um lugar, com uma pessoa que tem problema de memória e anota as coordenadas para, com essa ajuda, caminhar até o mesmo lugar. Além disso, a ideia de "ferramentas" pode ser interpretada de forma abrangente, incluindo pessoas. Talvez Sra. Fujimoto usasse telefonemas para a sua mãe e o contato físico afetuoso com a sua melhor amiga para se acalmar quando estava estressada. Em seu novo ambiente, ela agora encontra mais estresses desconhecidos e ao mesmo tempo tem muito menos acesso a aspectos importantes de seu sistema de regulação emocional. Reduzir o estresse da Sra. Fujimoto, aumentar sua tolerância à angústia, incentivá-la a conhecer novas pessoas que poderiam desempenhar um papel semelhante ou usar a tecnologia para manter um contato mais regular com a mãe e a melhor amiga, são maneiras plausíveis de ajudá-la a se adaptar às novas circunstâncias.

O cérebro é parte integrante de qualquer visão holística da psicologia humana (Chiao, 2009; Han & Northoff, 2008; Kitayama & Uskul, 2011) já que está adaptado de

maneira bastante específica para a aquisição de cultura, respondendo a insumos culturais com plasticidade acentuada (Wexler, 2006). Entretanto, plasticidade acentuada não significa infinita; assim como a gama de possíveis ambientes físicos e sociais é vasta, mas também limitada (Ryder et al., 2011). O cérebro é vital para nossa compreensão da psicologia e da cultura humana, não porque seja uma entidade fixa da qual todas as causas procedem, mas justamente porque é evolutivamente adaptado e responsivo ao meio ambiente, surpreendentemente flexível e também restrito (Siegel, 2012).

Tratar cultura-mente-cérebro como um sistema único com níveis múltiplos tem implicações que não só incluem, mas também vão além da divisão tripartida do modelo biopsicossocial tradicional. Primeiramente, nem mesmo declarações específicas sobre um determinado distúrbio podem ser compartimentadas facilmente em um único nível (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Pesquisadores tentaram encontrar uma distinção entre depressão endógena e depressão reativa, esperando que a endógena refletisse uma "depressão cerebral" e, portanto, respondesse bem à intervenção biológica e a reativa refletisse uma "depressão mental" e, portanto, respondesse bem à intervenção psicológica (Kendell, 1976; Mendels & Cochrane, 1968). Ao contrário do esperado, hoje se sabe que a intervenção farmacológica afeta o autoconceito, a personalidade, e as relações com os outros; sabe-se que a psicoterapia altera o cérebro; e sabe-se que crenças sobre psicoterapia ou farmacoterapia ajudam a moldar normas culturais sobre opções de tratamento (Knutson et al., 1998; Linden, 2006; Pescosolido et al., 2010; Serretti et al., 2010).

Propomos que, se a psicologia pudesse adotar uma visão holística de cultura, mente e cérebro, promovendo pesquisas para vincular esses níveis, a designação “cultural” não seria mais necessária. “Psicologia cultural” seria simplesmente “psicologia”; “psicologia clínica-cultural” seria simplesmente “psicologia clínica”. Suspeitando que esse objetivo ainda esteja distante, optamos por enfatizar vínculos entre cultura e mente, como um corretivo para as inclinações cada vez mais neurobiológicas da psicologia contemporânea. No entanto, não desejamos que a crítica ao reducionismo neurobiológico dê lugar a uma espécie de alternativa antibiológica, mas sim a uma integração ponderada e sustentada. Essa integração tem uma longa história na psicologia, desde a *volkerpsychologie* de Wundt

(Allolio-Näcke, 2014), e acreditamos que as pesquisas realizadas nessa tradição integrativa têm muito a oferecer (Cole, 1998).

O surgimento e manutenção da psicopatologia

O ponto de partida da psicologia clínico-cultural é realmente muito amplo (Ryder et al., no prelo): o universo potencialmente acessível à nossa percepção exige uma simplificação radical. Ou seja, prestamos atenção seletivamente a objetos que nos levam a fins desejados e nos afastem de fins indesejados (Lang, Bradley, & Cuthbert, 1997; Hirsh, Mar, & Peterson, 2012). Um determinado "objeto" não pode ser entendido separadamente de suas partes constituintes, seus usos potenciais e a situação em que é encontrado; não porque os objetos não possuam estrutura, mas porque essa estrutura pode ser interpretada de várias formas (Hacking, 1999). Além disso, os fins "desejados" e "indesejados" não são fixos, já que existe uma enorme variedade de objetivos humanos possíveis. Mesmo objetivos universais estão sujeitos a uma elaboração considerável além das considerações biológicas evolutivas. Por exemplo, os requisitos culturalmente configurados de um jejum religioso podem modificar profundamente o objetivo biológico de buscar comida quando se está com fome (Ryder et al., no prelo).

Nossos objetivos são moldados pelos contextos culturais nos quais nos socializamos, através de esquemas culturais que dirigem a nossa atenção a elementos que nos permitam construir algo significativo, tanto pessoal como consensualmente (Carey, 2009). Esses esquemas são moldados pelo nosso ambiente vivido, mas também o moldam. As lembranças são mais claras e acessíveis quando o evento recordado é consistente com esquemas (Markus & Schwartz, 2010; Savani, Markus, Naidu, Kumar, & Berlia, 2010). Igualmente, novas informações não apenas são interpretadas através dos mesmos, como também servem para reforçá-los (Markus & Schwartz, 2010; Savani, Markus, Naidu, Kumar, & Berlia, 2010). Esquemas bem estabelecidos moldam profundamente como o eu, os outros e o ambiente são percebidos e só mudam através de quantidades substanciais de novas informações (Brewer & Treyens, 1981; Markus, 1977; Rumelhart, 1984).

Alguns dos mecanismos pelos quais os esquemas culturais orientam a atenção são os *scripts*: uma sequência organizada de comportamentos que é compartilhada

intersubjetivamente, ou seja, a sequência é conhecida e compreendida por outras pessoas deste mesmo contexto (Wan, Torelli, & Chiu, 2010). Enquanto os esquemas são vistos como "dentro da nossa cabeça", os *scripts* envolvem sequências de ação que podem ser performadas (encenadas) e observadas por outras pessoas (Bower, Black, & Turner, 1979; Schank & Abelson, 1977). Sra. Fujimoto pode não saber o que há de errado com ela quando se apresenta na clínica, mas pelo menos ela sabe o que fazer quando chega: senta-se, folheia uma revista e entra na sala de consulta quando seu nome é chamado. Além disso, o procedimento no Rio de Janeiro não é tão diferente daquele na sua cidade natal. Em vez de planejar deliberadamente cada passo, ela pode dedicar seus recursos cognitivos para ler um artigo interessante, planejar o jantar ou decidir a melhor forma de descrever suas experiências ao psicólogo. Há uma sequência específica que a leva da porta da sua casa até o compromisso agendado, e que é conhecida por Sra. Fujimoto, pelo psicólogo, pela recepcionista e pelos outros na sala de espera. Na verdade, se alguém repetisse todas essas etapas em resposta à pergunta "como foi sua visita à clínica" seria, no mínimo, visto como estranho. A sequência faz parte do pano de fundo, do contexto compartilhado no qual comportamentos isolados se tornam atos significativos (Bruner, 1990; Searle, 1980).

O conceito de *script* foi adotado e ampliado por linguistas interessados em modelos culturais de comportamento e cognição (Goddard & Wierzbicka, 2004), assim como por antropólogos e sociólogos (D'Andrade, 1981; DiMaggio, 1997). Nessa literatura, *scripts* se referem às regras de interpretação através das quais se compreende comportamentos, emoções, relações sociais etc. e, portanto, incluem estruturas de conhecimento menos complexas e rígidas; por exemplo, podemos descrever o *script* cultural de "ter um amigo" (Doucerain, Benkirane, Ryder, & Amiot, 2018). Sendo assim, os *scripts* culturais podem ser entendidos em um *continuum* que vai do específico e concreto ao geral e abstrato. Quanto mais próximo um *script* estiver do específico e concreto, mais ele se alinha às expectativas da pesquisa cognitiva. Na verdade, essa pesquisa poderia ser usada para determinar se alguém está funcionando nesse tipo de *script*.

Cada conjunto de sintomas culturalmente específicos é uma parte de um conjunto maior, de sintomas potenciais, experiências baseadas em nossa realidade física e existencial que poderiam, em alguns contextos, ser experienciadas e expressadas como

sintomas (Ryder et al., no prelo). Quando moderadas, muitas dessas experiências são surpreendentemente comuns e passageiras: a maioria passa despercebida, outras são notadas momentaneamente, mas não são consideradas dignas de atenção, outras ainda podem ser identificadas como estranhas ou irritantes, mas não realmente alarmantes. Em resumo, nossos campos fenomenológicos registram continuamente *experiências potencialmente sintomatizáveis* (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Essas dores, preocupações, trocas interpessoais ambíguas, e até experiências passageiras estranhas, fazem parte do ruído de fundo que pode surgir como um sintoma aflitivo, embora na maioria das vezes isso não aconteça.

Esse ruído de fundo oscila por diferentes motivos, que acabam se tornando parte da causa de um sintoma específico. Circunstâncias diferentes provocam reações emocionais distintas, que são acompanhadas de diferentes sensações fisiológicas, experiências subjetivas e respostas comportamentais, assim como dos seus próprios *scripts* culturais associados. Também existem diferenças individuais na probabilidade de ter e perceber experiências particulares (Kirmayer & Sartorius, 2007). Características demográficas (por exemplo, idade), traços de personalidade (por exemplo, neuroticismo); papéis sociais (por exemplo, uma posição subordinada); ou gênero, em sociedades sexistas (Zanello, 2018), podem aumentar a probabilidade de alguém vivenciar uma dor no peito, uma mudança de humor ou uma "crise de nervos" (Duarte, 1986; Silveira, 2000). As diferenças individuais também surgem através de variações na biografia pessoal porque pessoas diferentes viveram experiências diferentes. Um histórico de ataque cardíaco pode aumentar a vigilância em relação às dores no peito; ter um parente deprimido pode levar alguém a prestar mais atenção às mudanças de humor; um período de desemprego, como o atualmente enfrentado no Brasil, pode aumentar a preocupação em relação às interações com o chefe ou com o trabalho.

Por várias razões, dentro desse ruído de fundo, caótico e instável, certas experiências são identificadas como dignas de atenção constante. Essas experiências podem violar os *scripts culturais da normalidade* – nossos entendimentos consensuais de como as pessoas normalmente pensam, sentem e agem, e de como elas devem pensar, sentir e agir (Chentsova-Dutton & Ryder, no prelo). Por exemplo, contextos culturais diferentes têm *scripts* diferentes para emoções negativas: quão valorizadas são, quando alguém deve

exibi-las, como julgamos alguém que as mostra com frequência e assim por diante. Os contextos culturais russos promovem a ideia de que uma vida plena inclui uma gama de emoções, incluindo as negativas; os contextos culturais chineses enfatizam a importância de restringir emoções positivas e negativas; os contextos culturais americanos promovem a visão de que a boa vida envolve muitas experiências emocionais positivas e poucas negativas (Chentsova-Dutton, Senft, & Ryder, 2014; Eid & Diener, 2009).

Certas experiências são identificadas como tão divergentes dessas normas que são vistas não só como diferentes, mas também como anormais: são patologizadas (Haslam, Ban, & Kaufmann, 2007). Esses *scripts culturais do desvio* estão, portanto, na posição incomum de normalizar o anormal, ou pelo menos tornar o anormal suficientemente compreensível para guiar o pensamento, o sentimento e a ação. Esses *scripts* ajudam o sofredor a compreender, pelo menos parcialmente, o seu sofrimento (Chentsova-Dutton & Ryder, no prelo). De fato, a literatura sobre rotulagem de doenças mentais ilustra tanto as vantagens quanto as desvantagens de "fazer sentido" dessa maneira. Muitos pacientes relatam uma sensação de alívio ao saber que suas experiências caóticas e assustadoras são uma entidade conhecida específica, que apresenta seus próprios sintomas, explicações e prognósticos (Chentsova-Dutton, Ryder, & Tsai, 2014). Por outro lado, há evidências de que a aplicação de um rótulo pode condicionar o paciente a responder dentro das expectativas que acompanham esse rótulo, ativando os *scripts* implícitos de como alguém nessa situação deve pensar, sentir e agir (Link & Phelan, 1999).

Se considerarmos que os sistemas de diagnóstico, e portanto os rótulos, são produtos da cultura, questões culturais devem ser consideradas durante a avaliação do paciente. Por exemplo, manuais de classificação diagnóstica costumam citar "choro" como indicativo do sintoma "tristeza", um dos principais critérios no diagnóstico de um episódio depressivo (Zanello, 2014). Em culturas sexistas, expressões de vulnerabilidade, tal como o choro, são inibidas socialmente em homens (Windmöller & Zanello, 2019), mas permitidas e incentivadas em mulheres (Zanello, 2018). Portanto, é possível que as diferenças nos índices epidemiológicos mundiais de depressão entre homens e mulheres – muito maiores entre as mulheres (WHO, 2008) – sejam, pelo menos em parte, reflexo de construções culturais. Assim, uma das perguntas importantes para o clínico de Sra. Fujimoto seria sobre o sentido dos sintomas no contexto cultural brasileiro, por exemplo, em relação à

sua preocupação amorosa e o que significa estar solteira para uma mulher, não mais considerada jovem, em um contexto cultural sexista (Zanello, 2018).

Da mesma forma, o clínico de Sra. Fujimoto poderia se perguntar se a duração e a gravidade dos sintomas devem ser entendidos como um luto, devido às perdas recentes. Numa reação depressiva ao luto começamos com as expectativas, dentro de um dado contexto cultural, de uma gama de emoções consideradas como normais. No princípio do luto observamos uma experiência de profunda tristeza, letargia, e insônia, reações que são incomuns no cotidiano, mas ao mesmo tempo normais nessas circunstâncias. Até certo ponto – diferindo acentuadamente, dependendo do contexto cultural – esse luto normal se assemelha à patologia. Em contextos ocidentais, se ele é muito intenso e dura muito tempo, embora ainda possa ser entendido em referência à experiência de luto, também pode ser compreendido através de *scripts* culturais pertencentes ao que, no contexto ocidental, pode ser denominado como Depressão Maior. Por fim, é preciso destacar que há um pequeno subconjunto de pessoas cuja resposta ao luto envolve vertigem maníaca, violando até mesmo as expectativas de um *script* cultural para a Depressão Maior (Chentsova-Dutton & Ryder, no prelo; Morgan, Beckett, & Zolese, 2001).

Os *scripts* culturais levam as pessoas a prestar atenção às experiências particulares, mas os processos de atenção também contribuem para o surgimento dessas experiências como sintomas. Ao conduzir a atenção da pessoa para o seu campo fenomenológico em busca de características específicas, os *scripts* aumentam a probabilidade de que algo seja detectado. Se alguém espera ter uma resposta emocional específica, procurar sinais dessa resposta aumenta a probabilidade de detectá-la e pode até torná-la mais forte (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Além disso, particularmente no caso dos pensamentos, procurar algo pode ajudar a criá-lo. Se uma pessoa entra em uma igreja preocupada com ter um pensamento considerado como blasfêmia, o próprio fato de se monitorar contra tais pensamentos aumentará a probabilidade de que eles ocorram (Ryder et al., no prelo). Assim, outros tipos de pensamentos, emoções, e sensações, que também são experiências potencialmente sintomatizáveis, estão simultaneamente ocorrendo, mas ficam em segundo plano, pois não se encaixam nas lentes interpretativas disponíveis.

Os sintomas surgem como consequência de *loops*[5], nos quais a resposta a uma experiência específica a agrava ainda mais. Por exemplo, o modelo cognitivo-comportamental da ansiedade social postula que o medo da avaliação negativa leva a pessoa a tentar identificar sinais de que não está se saindo bem socialmente. A consequência é que sinais ambíguos, comuns em interações sociais, têm maior probabilidade de serem interpretados negativamente como evidência de fracasso social. À medida que a ansiedade aumenta, o monitoramento se eleva junto com a estimulação fisiológica. Além disso, direcionar a atenção para monitorar o seu próprio desempenho social pode dar uma qualidade "forçada" à interação, aumentando a probabilidade da tão temida avaliação negativa (Clark & Wells, 1995). Uma pessoa com ansiedade social falha no objetivo, culturalmente valorizado, de ter autoconfiança e de apresentar um "eu" positivo aos outros. Em sociedades em que as pessoas entram em novas situações sociais com frequência, essas ansiedades podem ser bastante prejudiciais (Sato, Yuki, & Norasakkunkit, 2014).

Loops sociais semelhantes podem ser observados no Japão, mas a preocupação aí predominante é ofender outras pessoas ou torná-las desconfortáveis. O resultado é um conjunto um pouco diferente, embora sobreposto, de sintomas: por exemplo, preocupações com movimentos oculares sutis ou até mesmo com odor corporal, uma síndrome conhecida como *taijin kyofusho*. Longe de se preocuparem com a autoapresentação confiante, muitos japoneses socialmente ansiosos estão preocupados em revelar inadvertidamente mais pensamentos e sentimentos do que o apropriado (Sasaki, Wada, & Tanno, 2013). Em contraste ao contexto norte-americano e ocidental europeu, onde a maioria das pesquisas sobre ansiedade social tem sido realizada, o Japão é caracterizado por níveis relativamente baixos de mobilidade relacional. Manter a harmonia é muito mais importante do que conquistar novas pessoas com confiança. De fato, as percepções da mobilidade relacional demonstram mediar a apresentação dos sintomas de ansiedade social japonesa, com baixa mobilidade aumentando a probabilidade de uma apresentação de sintomas consistente com o *taijin kyofusho*.

5. No dicionário em português refere-se a "ciclo", mas a ideia aqui sugere um retorno sobre si mesmo, que modifica o ponto de origem.

Os efeitos desses *scripts* em direcionar a atenção não param com o surgimento de um sintoma ou de um conjunto de sintomas. A identificação de um sintoma pode disparar novas interpretações, que podem desencadear respostas emocionais, trazendo todo um conjunto de possíveis consequências somáticas, cognitivas e comportamentais. Esses *loops* de *feedback* positivo mais agudos são conectados por *loops* de *feedback* negativo mais crônicos, os quais podem servir para manter padrões patológicos. Uma pessoa com ansiedade social pode sofrer com uma conversa, prestando tanta atenção aos sinais de fracasso que não percebe o que se sucede bem, reforçando a crença de que conversas são experiências altamente negativas. Ou a pessoa pode evitar a conversa completamente, sentindo uma onda de alívio – novamente, reforçando a crença de que as conversas são experiências altamente negativas (Clarke & Wells, 1995; Ryder & Chentsova-Dutton, 2015).

Entendemos que esses *loops* não emergem de um nível específico, e sim através das relações do sistema cultura-mente-cérebro, que vai de circuitos cerebrais específicos a instituições sociais (Ryder et al., no prelo). A distinção entre patologias com maior ou menor propensão a apresentar esse tipo de *loop* pode ser mais útil do que a distinção entre "doenças mentais" e "doenças físicas". Distúrbios cujas consequências terminam reforçando e moldando esse mesmo distúrbio são exemplos claros da importância de uma abordagem que entende cultura-mente-cérebro como um sistema integrado.

Por exemplo, a depressão pode gerar uma busca incessante por reconforto, criando uma atitude interpessoal que afasta as pessoas mais próximas e, consequentemente, influencia a experiência e a expressão da própria depressão (Hudson et al., 2018; Joiner, 1994; Starr & Davila, 2008). Uma perna quebrada também pode provocar reações das pessoas mais próximas e da sociedade em geral. Podemos discutir a experiência subjetiva de uma perna quebrada, representações sociais de uma perna quebrada, um *script* cultural para a recuperação de uma perna quebrada e assim por diante. De fato, podemos até imaginar uma sociedade em que uma perna quebrada seja estigmatizada (Olyan, 2008). Embora esses aspectos pertençam à experiência e ao contexto de quem sofre com uma perna quebrada, nenhum deles afeta a gravidade ou o local do rompimento na perna. Já na depressão, experiências pessoais e entendimentos sociais atuam como *loops* de *feedback* que moldam ainda mais o distúrbio.

Algumas implicações da psicologia clínico-cultural

A psicologia clínico-cultural baseia-se na literatura empírica da ciência psicológica e de disciplinas adjacentes. Mesmo assim, ainda há muito trabalho a ser feito já que as ideias centrais da psicologia clínico-cultural implicam abordagens de pesquisa que ainda não estão amplamente representadas na literatura. A perspectiva "cultura-mente-cérebro" serve para lembrar aos investigadores que outros níveis de análise devem ser considerados. Porém, é possível fazer muito mais. Inclusive, uma equipe interdisciplinar está realizando pesquisas interessantes desse tipo no Brasil. Dressler (2012) propôs a abordagem da *consonância cultural*, cuja ideia é de que o grau em que se pode viver de acordo com o modelo cultural local está associado a vários resultados de saúde. Por exemplo, Dressler e seus colegas identificaram uma interação entre cultura e gene na previsão de sintomas depressivos, revelando que (a) a consonância entre a vida familiar pessoal e o modelo cultural local de uma boa vida familiar interage com (b) o polimorfismo do receptor de serotonina para (c) prognosticar sintomas depressivos (Dressler, Balieiro, de Araújo, Silva Jr., & dos Santos, 2016; Dressler, Balieiro, Ribeiro, & dos Santos, 2009).

Existe também uma necessidade de pesquisas mais colaborativas e interdisciplinares sobre o surgimento de sintomas. Atualmente, grande parte do trabalho nesta área registra diferenças de sintomas interculturais, sem necessariamente documentar os mecanismos específicos pelos quais sintomas específicos emergem em contextos específicos. Podemos nos inspirar em pesquisas que reportam uma ampla gama de sintomas que surgem de "*expectation effects*"[6] (Schwarz, Pfister, & Büchel, 2016). Por exemplo, estudos de pessoas que relatam sintomas somáticos na presença de radiação eletromagnética, tais como os sinais de Wi-Fi, sugerem que a exposição à mídia pode aumentar o relato de sintomas (Bräscher, Raymaekers, Van den Bergh, & Witthöft, 2017; Rubin, Nieto-Hernandez, & Wessely, 2010; Witthöft et al., 2018). Os mecanismos atuando nesse caso foram vinculados ao chamado "efeito nocebo", no qual descrições de possíveis efeitos colaterais da pílula placebo aumentam a probabilidade de que esses sintomas ocorram espontaneamente (Benedetti, Lanotte, Lopiano, & Colloca, 2007). "Expectativas culturais" sobre transtorno mental podem ser estudadas de forma similar para se investigar como crenças individuais

6. Tradução: efeito das expectativas.

e consensuais influenciam a variação de sintomas entre grupos culturais (Chentsova-Dutton & Ryder, 2019).

A psicologia clínico-cultural também tem implicações para a prática clínica e, de fato, pode parecer que a perspectiva apresentada aqui torna esse trabalho mais complicado. Nesse capítulo questionamos as categorias culturais e de diagnóstico, porém a avaliação e o tratamento empíricos da psicologia clínica dependem amplamente dessas categorias. Pode-se esperar que um clínico "culturalmente competente" saiba que o Teste A é válido para o Transtorno B na Cultura C, levando-o a realizar o Tratamento D. A questão é: essa abordagem poderia ser usada para ajudar alguém como Sra. Fujimoto? O clínico deve usar normas americanas, brasileiras ou japonesas ao analisar o caso? Essa análise produziria um diagnóstico adequado aos problemas? Como proceder em relação ao tratamento? Criar normas ou tratamentos padronizados para brasileiros de origem japonesa seria algo razoável? A alternativa a isso seria ignorar a cultura e prosseguir com a prática padrão ou clinicar de maneira intuitiva em relação à cultura?

É preciso lembrar que, no início desse capítulo, argumentamos que a unidade de análise na psicologia clínico-cultural deveria ser a "pessoa contextualizada". Essa perspectiva, combinada com desenvolvimentos recentes na avaliação e no tratamento, aponta para algumas soluções em potencial. A Entrevista de Formulação Cultural (EFC) foi proposta no DSM-5 como um meio pelo qual os clínicos podem aprender mais sobre os contextos culturais de seus pacientes (Lewis-Fernández, Aggarwal, Hinton, Hinton, & Kirmayer, 2013). Fundamentalmente, o EFC orienta os clínicos a pedir que os pacientes relatem suas próprias crenças e crenças predominantes em suas comunidades para evitar que percepções estereotipadas sobre brasileiros e japoneses, por exemplo, interfiram no atendimento. Enquanto isso, a literatura empírica sobre tratamento vem se afastando daqueles projetados para diagnósticos específicos, focando mais em tratamentos delineados para problemas transdiagnósticos da vida. Esse movimento é facilitado por um novo interesse em intervenções específicas ao invés de pacotes heterogêneos de tratamento (Barlow et al., 2017; Hayes & Hofmann, 2018). Acreditamos que essas abordagens são promissoras como uma saída do aparente dilema entre uma prática empírica e uma prática culturalmente sensível (Gone, 2015).

A psicologia clínico-cultural poderá ajudar o clínico de Sra. Fujimoto – e, portanto, Sra. Fujimoto – através da atenção conjunta ao global e ao local. Globalmente, o crescimento de dados multiculturais e multinacionais poderá ajudar pesquisadores e clínicos. Porém, a ideia não é acrescentar à lista de pesquisas grupos sobre os quais generalizações são feitas. Ao invés disso, o objetivo deve ser ampliar o leque de possibilidades consideradas ao trabalhar com experiências diversas de sofrimento e cura. O clínico de Sra. Fujimoto não precisa conhecer a literatura específica sobre distúrbios emocionais japoneses ou experiências de minorias étnicas no Brasil; pelo contrário, ele deve aprender as maneiras pelas quais a cultura molda a depressão ou como experiências minoritárias afetam o bem-estar. Esse aprendizado requer uma comunicação aprimorada entre comunidades de pesquisa separadas tanto linguística como culturalmente. Esperamos que este documento possa servir como um pequeno passo nesse sentido.

Localmente, o clínico deve trabalhar com a "pessoa contextualizada", entendendo seu paciente como incorporado ao que os antropólogos às vezes chamam de "mundo social local". Informado pelo conhecimento sobre o que funciona em geral, o clínico de Sra. Fujimoto estará muito mais apto a oferecer um tratamento que faça sentido para essa paciente em particular, neste contexto específico. A colaboração global e o envolvimento local serão necessários para alcançar esse objetivo desafiador.

Referências

Allolio-Näcke L. (2014) Völkerpsychologie. In Teo T. et al. (Eds), Encyclopedia of Critical Psychology. Nova York, NY: Springer.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R. & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience, 147*, 260-271.

Bower, G. H., Black, J. B., & Turner, T. J. (1979). Scripts in memory for text. *Cognitive Psychology, 11*, 177-220.

Boyack, K. W., Klavans, R., & Börner, K. (2005). Mapping the backbone of science. *Scientometrics, 64*, 351-374.

Bräscher, A. K., Raymaekers, K., Van den Bergh, O., & Witthöft, M. (2017). Are media reports able to cause somatic symptoms attributed to WiFi radiation? An experimental test of the negative expectation hypothesis. *Environmental Research, 156*, 265-271.

Brewer, W. F., & Treyens, J. C. (1981). Role of schemata in memory for places. *Cognitive Psychology, 13*, 207-230.

Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cacioppo, J. (2007). Psychology is a hub science. *APS Observer, 20*. Recuperado do https://www.psychologicalscience.org/observer/psychology-is-a-hub-science/comment-page-1

Carey, S. (2009). *The origin of concepts*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2019). Cultural-clinical psychology. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (2nd ed.), Nova York, NY: Guilford Press.

Chentsova- Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (no prelo). Cultural models for normalcy and deviancy. *Asian Journal of Social Psychology*.

Chentsova-Dutton, Y. E., Ryder, A. G., & Tsai, J. (2014). Understanding depression across cultural contexts. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds), *Handbook of depression* (3rd ed., pp. 337-354). Nova York, NY: Guilford Press.

Chentsova-Dutton, Y. E., Senft, N., & Ryder, A. G. (2014). Listening to negative emotions: How culture constrains what we hear. In G. Parrott (Ed.), *The positive side of negative emotions*. Nova York, NY: Guilford Press.

Chiao, J. Y. (2009). Cultural neuroscience: A once and future discipline. *Progress in Brain Research, 178*, 287-304.

Clark, A., & Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis, 58*, 7-19.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nova York, NY: Guilford.

Cole, M. (1998). Can cultural psychology help us think about diversity? *Mind, Culture & Activity, 5*, 291-304.

D'Andrade, R. G. (1981). The cultural part of cognition. *Cognitive Science, 5*, 179-195.

DiMaggio, P. (1997). Culture and cognition. *Annual Review of Sociology, 23*, 263-287.

Doucerain, M. M., Benkirane, S., Ryder, A. G., & Amiot, C. E. (2018). Being a droog vs. being a friend: A qualitative investigation of friendship models in Russia vs. Canada. *Russian Psychological Journal, 15*, 19-37.

Doucerain, M., Vargas, S., & Ryder, A. G. (no prelo). Mixed-methods research: Integrating qualitative and quantitative approaches to the psychological study of culture. In N. Zane, G. Bernal, & F. Leong (Eds.), *Culturally-informed evidence-based practice for ethnic minorities: Challenges and solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dressler, W. W. (2012). Cultural consonance: Linking culture, the individual and health. *Preventive Medicine, 55*, 390-393.

Dressler, W. W., Balieiro, M. C., de Araújo, L. F., Silva Jr, W. A., & dos Santos, J. E. (2016). Culture as a mediator of gene-environment interaction: Cultural consonance, childhood adversity, a 2A serotonin receptor polymorphism, and depression in urban Brazil. *Social Science & Medicine, 161*, 109-117.

Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. D. (2009). Cultural consonance, a 5HT2A receptor polymorphism, and depressive symptoms: A longitudinal study of gene × culture interaction in urban Brazil. *American Journal of Human Biology, 21*, 91-97.

Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar/CNPq.

Eid, M., & Diener, E. (2009). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter and intranational differences. In E. Diener (Ed.), *Culture and well-being* (pp. 169-202). Dordrecht, Países Baixos: Springer.

Fish, J. M. (2008). A multicultural counselor's guide to race. In U. P. Gielen, J. G. Draguns, & J. M. Fish (Eds.), *Principles of Multicultural Counseling and Therapy*. Nova York, NY: Routledge.

Fundação Nacional do Indio - Funai *(2013). O Brasil Indigena.* Disponível em *http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf*

Geertz, C. (1979). *From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding*. In P. Rabinow & W. M. Sullivan (Eds.), *Interpretive social science*. Berkeley, CA: University of California Press.

Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Gobert, R. D. (2013). The mind-body stage: Passion and interaction in the Cartesian Theater. Stanford, CA: Stanford University Press.

Goddard, C., & Wierzbicka, A. (2004). Cultural scripts: What are they and what are they good for? *Intercultural Pragmatics, 1*, 153-166.

Gone, J. P. (2015). Reconciling evidence-based practice and cultural competence in mental health services: Introduction to a special issue. *Transcultural Psychiatry, 52*, 139-149.

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Han, S., & Northoff, G. (2008). Culture-sensitive neural substrates of human cognition: A transcultural neuroimaging approach. *Nature Reviews Neuroscience, 9*, 646-654.

Haslam, N., Ban, L., & Kaufmann, L. (2007). Lay conceptions of mental disorder: The folk psychiatry model. *Australian Psychologist, 42*, 129-137.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world. *Behavioral and Brain Sciences, 33*, 61-83.

Hirsh, J. B., Mar, R. A., & Peterson, J. B. (2012). Psychological entropy: A framework for understanding uncertainty-related anxiety. *Psychological Review, 119*, 304-320.

Hudson, C. C., Shamblaw, A. L., Wilson, G. A., Roes, M. M., Sabbagh, M. A., & Harkness, K. L. (2018). Theory of mind, excessive reassurance-seeking, and stress generation in depression: A social-cognitive-interpersonal integration. *Journal of Social and Clinical Psychology, 37*, 725-750.

Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. Cambridge, MA: MIT Press.

IBGE (2010). *Censo 2010*. Retirado em 20/08/2019 de https://censo2010.ibge.gov.br/

Ilardi, S. S., & Feldman, D. (2001). The cognitive neuroscience paradigm: A unifying metatheoretical framework for the science and practice of clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1067-1088.

Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *Journal of the American Medical Association, 294*, 2221-2224.

Joiner, T. E. (1994). Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 287-296.

Kendell, R. E. (1976). The classification of depressions: A review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry, 129*, 15-28.

Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine, 69*, 832-840.

Kitayama, S., & Uskul, A. K. (2011). Culture, mind, and the brain: Current evidence and future directions. *Annual Review of Psychology, 62*, 419-449.

Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine & Psychiatry, 6*, 117-190.

Knutson, B., Wolkowitz, O. M., Cole, S. W., Chan, T., Moore, E. A., Johnson, R. C., & Reus, V. I. (1998). Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *American Journal of Psychiatry, 155*, 373-379.

Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1997). Motivated attention: Affect, activation, and action. In P. J. Lang, R. F. Simons, & M. T. Balaban (Eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* (pp. 97-135). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.) (2013). DSM-5® handbook on the Cultural Formulation Interview. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Linden, D. E. J. (2006). How psychotherapy changes the brain – The contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry, 11*, 528-538.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). The labeling theory of mental disorder (II): The consequences of labeling. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 361-376). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Maercker, A., Heim, E., & Kirmayer, L. J. (2018). *Cultural clinical psychology and PTSD*. Göttingen, Alemanha: Hogrefe Verlag.

Markus, H. R. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 63-78.

Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98*, 224-253.

Markus, H. R., & Schwartz, B. (2010). Does choice mean freedom and well-being? *Journal of Consumer Research, 37*, 344-355.

Mendels, J., & Cochrane, C. (1968). The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. *American Journal of Psychiatry, 124*(suppl), 1-11.

Miller, G. A. (2010). Mistreating psychology in the decades of the brain. *Perspectives on Psychological Science, 5*, 716-743.

Molnar, G., Amin, S. N., & Kanemasu, Y. (2018). Introduction: Rest and the West–present absence of non-Western research. In *Women, Sport and Exercise in the Asia-Pacific Region* (pp. 1-18). Nova York, NY: Routledge.

Morgan, J. F., Beckett, J., & Zolese, G. (2001). Psychogenic mania and bereavement. *Psychopathology, 34*, 265-267.

Nisbett, R. E., Peng, K., Choi, I., & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought. *Psychological Review, 108*, 291-310.

Olyan, S. M. (2008). *Disability in the Hebrew Bible: Interpreting mental and physical differences*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Parker, G., Gladstone, G.,&Chee, K. T. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry, 158*, 857-864.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry, 16*, 1321-1330.

Rubin, G. J., Nieto−Hernandez, R., & Wessely, S. (2010). Idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (formerly 'electromagnetic hypersensitivity'): An updated systematic review of provocation studies. *Journal of the Bioelectromagnetics Society, 31*, 1-11.

Rumelhart, D. E. (1984). Schemata and the cognitive system. In R. S. Wyer Jr., & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (pp. 161-188). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ryder, A. G., Ban, L. M., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2011). Towards a cultural-clinical psychology. *Social and Personality Psychology Compass, 5*, 960-975.

Ryder, A. G., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2015). Cultural-clinical psychology: From cultural scripts to contextualized treatments. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & C. A. Cummings (Eds.), *Revisioning psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health* (pp. 400-433). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Ryder, A. G., Doucerain, M. M., Dere, J., Jurick, T., Zhou, B., & Zhou, X. (no prelo). On dynamic contexts and unstablecategories: Steps towards a cultural-clinical psychology. In M. Gelfand, C.-Y. Chiu, &Y.-Y. Hong (Eds), *Advances in culture and psychology* (vol. 8). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Ryder, A. G., Sunohara, M., & Kirmayer, L. J. (2015). Culture and personality disorder: From a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Current Opinion in Psychiatry, 28*, 40-45.

Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 300-313.

Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Londres, Inglaterra: Hutchinson.

Sasaki, J., Wada, K., & Tanno, Y. (2013). Understanding egorrhea from cultural-clinical psychology. *Frontiers in Psychology, 4*, 894.

Sato, K., Yuki, M., & Norasakkunkit, V. (2014). A socio-ecological approach to cross-cultural differences in the sensitivity to social rejection: The partially mediating role of relational mobility. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 45*, 1549-1560.

Savani, K., Markus, H. R., Naidu, N. V. R., Kumar, S., & Berlia, N. (2010). What counts as a choice? US Americans are more likely than Indians to construe actions as choices. *Psychological Science, 21*, 391-398.

Schank, R. C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schwarz, K. A., Pfister, R., & Büchel, C. (2016). Rethinking explicit expectations: Connecting placebos, social cognition, and contextual perception. *Trends in Cognitive Sciences, 20*, 469-480.

Searle, J. R. (1980). The background of meaning. Em: M. Bierwisch, J. Searle & F. Kiefer (Eds). *Speech act theory and pragmatics* (pp. 221-232). Dordrecht, Países Baixos: Springer.

Serretti, A., Calati, R., Goracci, A., Di Simplicio, M., Castrogiovanni, P., & De Ronchi, D. (2010). Antidepressants in healthy subjects: What are the psychotropic/psychological effects? *European Neuropsychopharmacology, 20*, 433-453.

Shweder, R. A. (1991). Cultural psychology: What is it? In J. W. Stigler, R. A. Shweder, & G. Herdt (Eds.), *Cultural psychology: Essays on comparative human development* (pp. 1-44). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Nova York, NY: Guilford Press.

Silveira, M. L. (2000). *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Brasília: Fiocruz.

Starr, L. R., & Davila, J. (2008). Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 762-775.

Valsiner, J., & Van der Veer, R. (2000). *The social mind: Construction of the idea*. Nova York, NY: Cambridge University Press.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher mental process*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wan, C., Torelli, C. J., & Chiu, C.-Y. (2010). Intersubjective consensus and the maintenance of normative shared reality. *Social Cognition, 28*, 422-446.

Wexler, B. E. (2006). *Brain and culture: Neurobiology, ideology, and social change*. Cambridge, MA: MIT Press.

Windmoler, N., & Zanello, V. (2019). Depressão em homens: Uma leitura a partir das masculinidades. In J. F. Araújo & M. M. F. Zago (Eds.). *Pluralidade masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem* (pp. 549-568). Brasília: CRV.

Witthöft, M., Freitag, I., Nußbaum, C., Bräscher, A. K., Jasper, F., Bailer, J., & Rubin, G. J. (2018). On the origin of worries about modern health hazards: Experimental evidence for a conjoint influence of media reports and personality traits. *Psychology & Health, 33*, 361-380.

World Health Organization - WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genebra, Suíça: Autor.

Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés de gênero: Uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello & A. P. Muller (Eds.). *Saúde mental e gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (2ª ed., pp. 41-58). Curitiba, PR: Appris.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba, PR: Appris.

21 Rede Internacional de Excelência no Ensino da Pesquisa Qualitativa em Saúde: estratégias iniciais e propostas de futuro[1]

Maria Inês Gandolfo Conceição
Denise Gastaldo
Alex Branco Fraga
Maria Lúcia Magalhães Bosi
Lilian Magalhães
Rozilaine Redi Lago
João Tadeu de Andrade
Brenda Gladstone

Este capítulo tem por objetivo descrever a experiência da criação de uma rede internacional de formação em pesquisa qualitativa em saúde, denominada RedeQuali, criada por acadêmicos representantes de todas as regiões do Brasil (distribuídos em seis universidades) e duas acadêmicas atuantes em uma renomada universidade canadense. As universidades da RedeQuali são: Universidade de Brasília, Universidade Federal do Acre, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal de São Carlos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e *University of Toronto* – Canadá, todos vinculados direta ou indiretamente a programas de pós-graduação.

A iniciativa da construção dessa rede ocorreu após a experiência, por parte de pesquisadores das universidades brasileiras, de realização de doutorado sanduíche, pós-doutorado ou visitas acadêmicas de cooperação no *Centre for Critical Qualitative Health Research* (CQ), na *University of Toronto* (UofT). Nos últimos anos, esses pesquisadores tiveram o privilégio de participar de algumas das 12 disciplinas multidisciplinares ofertadas no currículo organizado pelo CQ para alunos de mestrado e doutorado nas ciências da saúde, e ainda ausentes ou muito raras nos Programas de pós-graduação brasileiros como, por exemplo: Fundamentos Teóricos da Pesquisa Qualitativa em Saúde; Conhecimento em Pesquisa sobre Justiça Social; Teoria e Método

1. Apoio: Capes/DFATD.

da Pesquisa Qualitativa em Saúde; Etnografia Institucional; Métodos Narrativos na Pesquisa em Saúde; Fazendo Pesquisa Qualitativa: *Design* e Coleta de Dados; Métodos de Pesquisa Qualitativa: Entrevista Qualitativa, Discurso Crítico e Abordagens Narrativas para Análise Interpretativa de Políticas e Análise e Interpretação Qualitativa.

Tendo como pano de fundo essa experiência de aprofundamento no estudo da pesquisa qualitativa e como ligação comum uma professora da *University of Toronto*, decidiram, sob inspiração e com intermediação da referida professora, abraçar o projeto de compartilhar o aprendizado recebido nesse centro de excelência (CQ) e adaptar o modelo de formação realizado no Canadá ao contexto brasileiro, no intuito de fomentar e difundir a qualificação avançada para o ensino da pesquisa qualitativa em saúde. O sonho ganhou concretude quando a Rede começou a estreitar sua conexão, fazer trocas profícuas mediante conferências via *Web*, intercâmbios acadêmicos e projetos em comum, como descrito abaixo. Dessa iniciativa nasceu, em 29 de maio de 2017, a RedeQuali (vide www.redequali.unb.br).

A partir das trocas e esforços coletivos dos membros da Rede, que reúne-se mensalmente por meio de conferências via *Web*, construiu-se uma proposta, submetida, aprovada e financiada pelo Edital da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e *Department of Foreign Affairs, Trade and Development* (Edital Capes-DFATD 34/2017), com projeto intitulado "Pesquisa Qualitativa em Saúde no Brasil e no Canadá: Estratégias Metodológicas para a Excelência na Formação de Pesquisadores". O referido projeto foi um dos dez aprovados para fortalecer a cooperação entre Instituições de Ensino Superior e/ou de Pesquisa do Brasil e do Canadá, em diferentes áreas de conhecimento. O projeto tem por objetivo uma análise comparada das práticas bem-sucedidas, bem como das limitações e desafios impostos ao processo de formação de pesquisadores qualitativos em saúde em ambos os países. Pretende sistematizar as contribuições inovadoras que os dois países vêm protagonizando nesse campo, de modo a fazê-las mais conhecidas internacionalmente, bem como identificar lacunas para propor possíveis soluções inspiradas em exemplos encontrados através do estudo já em desenvolvimento. A intenção é priorizar, num primeiro momento, o contato com os/as docentes que ensinam metodologia de pesquisa qualitativa em diferentes disciplinas de

mestrado e/ou doutorado nas áreas de saúde dentro das universidades brasileiras signatárias do projeto.

Desde a sua criação, a RedeQuali tem se debruçado sobre seu propósito de edificar uma plataforma eletrônica para servir de elo entre acadêmicos interessados em promover a pesquisa qualitativa de qualidade. A RedeQuali foi criada com aos seguintes propósitos:

- Promover a capacitação para a pesquisa qualitativa avançada nas ciências da saúde;
- Abrir novas oportunidades de aprendizagem e melhorar o ensino atual de pesquisa qualitativa em saúde;
- Realizar intercâmbio de estratégias de ensino e aprendizagem para alfabetização científica qualitativa;
- Fornecer *expertise* compartilhada para supervisão no campo da pesquisa qualitativa em saúde;
- Apoiar a reivindicação e a mobilização de conhecimento para a promoção de professores e o reconhecimento científico para o trabalho em pesquisa qualitativa em programas de pós-graduação.

A RedeQuali, conforme já assinalado e como não poderia deixar de ser, nasceu multidisciplinar. Seus pesquisadores são profissionais de diferentes formações de origem: antropólogos, educadores físicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogas e terapeutas ocupacionais. A representatividade regional no país também foi contemplada, tendo em vista que as seis universidades situam-se nas cinco regiões geográficas nacionais.

A seguir contextualizaremos brevemente a pesquisa crítica qualitativa em saúde que tem embasado epistemologicamente as produções e reflexões dos pesquisadores da RedeQuali, bem como tem sido a lente criativa e transgressora adotada pela Rede frente ao cenário científico dominado pelas perspectivas quantitativistas e positivistas na área da saúde (Bosi, 2012; Eakin, 2016; Mykhalovskiy et al., 2018). A Rede visa, portanto, a criar oportunidades de articulação entre pesquisadores interessados no fortalecimento da pesquisa qualitativa através de excelência na formação.

A pesquisa qualitativa crítica em saúde

A abordagem qualitativa na área da saúde tem experimentado um crescente reconhecimento acadêmico e tem sido cada vez mais difundida no âmbito da atividade científica na contemporaneidade (Mercado & Bosi, 2010), culminando num conjunto considerável de revistas acadêmicas, na área da saúde, especializadas em estudos dessa natureza (Sousa, Wainwright, & Soares, 2019).

De acordo com Denzin e Lincoln (2005), a pesquisa qualitativa apresenta uma variedade de gêneros, que pode ser subdividida em três grupos: 1) sociedade e cultura, com foco nas interações dentro de uma cultura/grupo (etnografia, pesquisa-ação, estudos de caso); 2) experiência vivida, com foco em analisar o significado das experiências compartilhadas coletivamente (abordagens fenomenológicas ligadas a questões feministas, histórias de vida); e 3) linguagem e comunicação, com foco no registro de falas e de sua análise (análise narrativa, análise de discurso).

No âmbito da RedeQuali, o termo "pesquisa qualitativa" opera como um conceito amplo que abrange muitas formas diferentes de investigação e práticas metodológicas que consideram a "realidade" e a ciência como sendo mediadas por aspectos teóricos e políticos que são convenções de grupos de pesquisadores em distintos momentos históricos. Ademais, sustentamos que ela deve ser pesquisa "crítica", isto é, vinculada à capacidade de indagar "na contramão": questionar as bases conceituais e teóricas do conhecimento e do método, fazer perguntas que vão além dos pressupostos e entendimentos vigentes e reconhecer o papel do poder e da posição social em fenômenos relacionados à saúde. Assim, a noção inclui a autocrítica, ou seja, uma postura crítica em relação à própria investigação qualitativa (CQ, 2018, May 24).

Quando a cultura, experiência, significado e linguagem são estudados por uma perspectiva de relações de poder, estruturas sociais e iniquidades, a pesquisa qualitativa crítica se faz presente, usualmente orientada por perspectivas teóricas como o feminismo, pós-modernismo ou pós-colonialismo, entre outras tradições. Pesquisadores qualitativos críticos afirmam que toda pesquisa é interpretativa e política, envolve questões de poder, grupos marginalizados, oprimidos e silenciados, usualmente considerados como objetos passíveis de estudo (Marshall & Rossman, 2011). Esses autores defendem que é preciso ampliar a forma de ver a realidade, desconstruir nosso saber, reconhecer o lugar do não

saber e "dar voz" ao outro. Ademais, as pesquisas devem ser sensíveis às formas culturalmente diversas, entendendo-se o mundo em sua complexidade (Packer, 2011). Uma mudança epistemológica faz-se necessária no intuito de recuperar a ideia de que existem pensamentos alternativos que se baseiam em múltiplos tipos de conhecimento e em lutas sociais contra a ordem dominante (Santos, 2018).

Nesse sentido, a pesquisa pode ser uma ferramenta de opressão e exclusão, caso o pesquisador não esteja vigilante quanto à dinâmica ética e política de seu trabalho. A autora britânica Miranda Flicker (2007) nomeia essa forma de iatrogenia causada pelos pesquisadores predatórios como injustiça epistêmica, a qual ocorre quando excluímos a contribuição de pessoas ou grupos à produção, disseminação e manutenção do conhecimento. A autora salienta que há duas formas de injustiça epistêmica: a injustiça testemunhal, que ocorre quando o falante sofre um déficit de credibilidade por conta de um preconceito negativo de identidade por parte do ouvinte; e a injustiça hermenêutica, que ocorre quando um sujeito tem a sua capacidade de entender e expressar experiências limitada por preconceitos de identidade estruturalmente estabelecidos, de modo a obscurecer essas experiências.

Alinhado a essa perspectiva, Boaventura de Sousa Santos propõe uma alternativa, por ele designada de Epistemologias do Sul, que consiste em um conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a supressão dos saberes (patrocinada pela epistemologia dominante), valorizam os saberes locais, parciais, periféricos e orais, e investigam as condições de um possível diálogo horizontal entre conhecimentos, o qual denominou de ecologias de saberes (Santos & Meneses, 2010). O autor atribui à ciência moderna a responsabilidade pela separação radical entre os saberes, pois ao deter o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso gera profundas contradições que hoje persistem no centro dos debates epistemológicos (Santos, 2018).

> Esta hierarquização de saberes, juntamente com a hierarquia de sistemas económicos e políticos, assim como com a predominância de culturas de raiz eurocêntrica, tem sido apelidada por vários investigadores de 'colonialidade do poder'. Uma das expressões mais claras da colonialidade das relações de poder acontece com a persistência da colonização epistémica, da reprodução de estereótipos e formas de discriminação. (Meneses, 2008, s/n)

Importa salientar que a teoria crítica tem seu foco na produção de conhecimento como instrumento emancipador e na análise interpretativa dos padrões sociais e da ordem dominante, propondo que a pesquisa deve promover a reflexão crítica e se distanciar de quadros rígidos de referência (Alvesson & Sküldeberg, 2012). Portanto, a teoria crítica aproxima a prática à teoria, pensando naquilo que seria potencial emancipador, na ação e nas questões políticas e ideológicas, as quais são objeto da teoria. E mais, considerando o acirramento das desigualdades e mazelas sociais, a teoria crítica reveste-se de extremo valor como referência na pesquisa ao desvelar os mecanismos de opressão e propor uma sociedade mais justa e emancipada.

A premência de se pensar o ensino da pesquisa qualitativa

Joan Eakin (2016), socióloga canadense e fundadora do CQ, afirma que há muita literatura sobre como fazer pesquisa qualitativa, sobretudo na área de educação e ciências sociais. No entanto, assinala que há escassez quando o assunto é o como ensiná-la, principalmente no campo da saúde. Por isso, a autora chama a atenção para a importância de compreender o contexto ideológico e institucional em que se enquadra a pesquisa qualitativa crítica. Nessa esteira, Eakin evidencia como essa abordagem metodológica tem caráter transgressivo no campo das ciências da saúde, diante de formas de pesquisa "positivizadas", num cenário em que estudos clínicos randomizados são os mais valorizados. Eakin analisa o estado da educação em pesquisa qualitativa, bem como sua forma crítica de explorar as forças políticas na esfera institucional e contemporânea. Para a autora, o ensino e a prática da pesquisa qualitativa devem desestabilizar o *status quo* e, por isso, exigem estratégias criativas para o seu desenvolvimento.

Eakin (2016) destaca ainda que a revolução da pesquisa qualitativa começou a tomar corpo nos anos 1970, e a partir do pensamento pós-moderno evoluiu, quando transformou a concepção de conhecimento biomédico, trazendo a complexidade das áreas sociais para o campo da saúde. Estamos, portanto, assistindo a um momento de expansão e ampliação da pesquisa qualitativa, embora ainda não prevalente, pois coabita com os interesses da pesquisa positivista que ainda hoje, grosso modo, embasa a ciência médica. Também é fato que os fomentos são dirigidos prioritariamente para as pesquisas randomizadas e baseadas em evidências quantitativas (Eakin, 2016). A pesquisa

qualitativa esbarra, ainda, em questões políticas, uma vez que marcos emancipatórios e críticos não são interessantes para os que usam o trabalho científico para perpetuar estruturas de poder e de hegemonia de classes.

Por seu turno, as instituições educacionais tampouco proporcionam ambiente e recursos adequados para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, seja pela pressão do tempo para a finalização dos resultados, seja pela falta de compreensão dos comitês de ética quanto aos estudos realizados nessa tradição de pesquisa (Silva, Moura & Castro-Silva, 2018). Desse modo, forma-se um quadro político e educacional que desprivilegia a pesquisa qualitativa, o que a coloca como de importância secundária (Eakin, 2016).

De acordo com Eakin (2016), para ensinar a pesquisa qualitativa é necessário o fortalecimento da gestão de pesquisa plural nas instituições de ensino superior e a formação de coletivos de trabalho que primem pela excelência na produção científica. Frequentemente alguns pesquisadores se curvam aos modelos quantitativos para se adequarem às oportunidades que prevalecem no campo científico, o que, entretanto, enfraquece a pesquisa qualitativa e perpetua suas dificuldades de institucionalização.

Um exemplo prático de sucesso em ensino de pesquisa qualitativa é o ofertado pelo *Centre for Critical Qualitative Health Research*, da *University of Toronto*. O Centro recebe pesquisadores de todo o mundo com o objetivo de capacitar, conectar, apoiar e fortalecer a pesquisa qualitativa em saúde de alta qualidade com potencial para oferecer contribuições teóricas, metodológicas e empíricas para o entendimento e transformação de fenômenos complexos em saúde. São realizados seminários virtuais e compartilhamento de informação via *website* que possibilitam o acesso ao conteúdo para pesquisadores de todas as partes. A intenção do rigor metodológico – transmitido no material didático do Centro e que consiste na conformidade com os preceitos epistemológicos e ontológicos da pesquisa interpretativa – é abrir espaço para o crescimento e a consolidação da pesquisa qualitativa no cenário local e internacional.

Uma rede feita de múltiplos nós: trajetórias que levaram à tessitura da RedeQuali

Nesse contexto de criação de uma rede internacional a partir de um país continental, além da diversidade regional os pesquisadores também têm uma série de circunstâncias

profissionais e institucionais que marcam os seus interesses e possibilidades de colaboração. Para que a rede tenha nós fortes que a sustentem, a estratégia adotada tem sido a de construir relações que respeitam necessidades individuais e ao mesmo tempo identifiquem objetivos gerais que podem ser operacionalizados em curto e médio prazo. Por exemplo, o objetivo de melhorar a formação em pesquisa qualitativa em saúde para estudantes de graduação e pós-graduação teve que ser articulado à possibilidade de se realizar uma pesquisa comparativa internacional nessa área, uma vez que os critérios de avaliação dos pesquisadores no Brasil não valorizam a excelência no ensino, mas priorizam o número de publicações feitas por quadriênio.

As múltiplas iniciativas de duplas ou trios, além das demais atividades de todos os membros da rede, são descritas a seguir, referidas a cada coautor(a), ilustrando como os nós da rede são de diversos estilos, pequenos e grandes, tramados rápida ou demoradamente. Longe da imagem da rede de peixe, que é simétrica e estruturada por um só tipo de nó, a RedeQuali começou múltipla, parcial e completa para ser relevante para todos os seus membros, além de ter impacto nas futuras gerações de pesquisadores em saúde.

No nosso estudo coletivo sobre o ensino da pesquisa qualitativa em saúde no Brasil identificamos a necessidade de se repensar o ensino frente ao cenário hegemônico das abordagens quantitativas. Os principais desafios a serem enfrentados para promover a expansão qualificada do ensino em pesquisas qualitativas, encontradas nos estudos da Rede, referem-se sobretudo a 1) a prevalência e monopólio do positivismo no campo científico de inspiração biomédica; 2) a franca desvantagem em que se coloca a tradição qualitativa em relação à exigência de produtividade e às avaliações acadêmicas enviesadas; 3) as estratégias de ensino e currículo, que contemplam tardia e superficialmente a alfabetização em pesquisa qualitativa; e 4) a formação de pesquisadores em pesquisa qualitativa em saúde, que ainda é incipiente e se configura como uma grande lacuna em nosso país.

Em relação ao histórico de ingresso na RedeQuali, a seguir descreveremos brevemente as trajetórias pontuais de cada um de seu membros fundadores.

A participação de Inês Gandolfo na rede de pesquisadores teve seus primórdios em 2012 quando realizou, durante 12 meses, estágio pós-doutoral como professora visitante na *University of Toronto*, sob supervisão da ilustre professora Joan Eakin. Na ocasião, desenvolveu atividades de estudos aprofundados em pesquisa qualitativa, tendo realizado

três disciplinas do currículo do CQ. À época, como resultado de profícuos encontros com Denise Gastaldo, germinava a ideia de criar um recurso *online* para compartilhar conteúdos sobre pesquisa qualitativa em saúde. Após o período no CQ, as disciplinas ministradas pela docente em sua universidade de origem (UnB), passaram a incorporar os aprendizados e se deu início de uma prática que vem se repetindo nos últimos semestres: a participação *online* dos docentes da Rede em aulas da disciplina Métodos de Pesquisa em Psicologia Clínica: Métodos qualitativos. Tal experiência tem representado uma excelente oportunidade de ampliar o olhar sobre a diversidade da cultura em pesquisas qualitativas, suscitando o interesse e a curiosidade epistemofílica entre os discentes. Também fez parte das atividades da pesquisadora na Rede as visitas, em missão de pesquisa, no âmbito do projeto da Rede financiado pela Capes/DFATD, como coordenadora brasileira do projeto, no qual foi possível avançar nas discussões das pesquisas empreendidas pela Rede. Além disso, participou de eventos científicos em 2018 e 2019 no Brasil (VIII Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde em Florianópolis, SC e 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em João Pessoa, PB), nos quais os membros da Rede se encontraram e apresentaram atividades conjuntas sobre a Rede. A Rede também articula-se por meio de participações recíprocas em bancas nos respectivos programas de pós-graduação. Por fim, graças à destacada atuação de Inês Gandolfo na Rede, ela foi convidada a fazer parte de um grupo de dez renomados pesquisadores do Brasil para compor a DIPEx International – DI (Database of Individual Patients' Experience of Illness), passando a ser o primeiro país da América Latina a ser aceito como membro efetivo nessa importante iniciativa. A DI tem por objetivo contribuir para a informação e o suporte a pacientes e cuidadores; educação clínica e desenvolvimento profissional; atenção centrada no paciente; melhoria da qualidade do cuidado, incluindo a gestão compartilhada; e políticas públicas de saúde.

As atividades da Rede no contexto da Universidade Estadual do Ceará (Uece) incluem o que o professor João Tadeu Andrade desenvolve na condição de docente e pesquisador das Ciências Sociais, na área de Antropologia da Saúde. O docente ministra conteúdos de pesquisa qualitativa para mestrandos e doutorandos de Sociologia, já o tendo feito também para alunos de Especialização em Saúde Pública. Atualmente lidera o Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH/Ceará) na Uece, e tem

incentivado alunos de graduação e de pós-graduação a aprofundarem seus estudos nas metodologias qualitativas. Todos esses orientandos, sejam de graduação, Mestrado e Doutorado, conduzem pesquisas na área de saúde. O ObservaRH vem desenvolvendo, com a abordagem qualitativa, projeto de pesquisa sobre as Práticas Integrativas de Saúde (PICs), com estudo financiado pelo Edital Universal de 2018, do CNPq. Assim, o ObservaRH constitui um dos "nós" em que nossa ampla parceria vem se tecendo. Na RedeQuali João Tadeu vem participando de congressos, aulas a distância na UnB, produção de artigos e da "Pesquisa Qualitativa em Saúde no Brasil e no Canadá: Estratégias Metodológicas para a Excelência na Formação de Pesquisadores" (Edital Capes/DFATD/2017). Em cooperação com a colega professora Malu Bosi, da Universidade Federal do Ceará (UFC), está vinculado ao Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS). Fortalecendo esta cooperação em rede, planeja para o primeiro semestre de 2020 o Seminário Humanidades em Saúde III, em parceria entre UECE, Universidade de Fortaleza (Unifor) e UFC, no qual incluirá atividades ligadas à RedeQuali, com sua participação e da colega professora Malu Bosi, constituindo projeto comum entre ObservaRH e LAPQS. Há, por fim, um plano de publicação de coletânea em que um dos capítulos tratará de narrativas biográficas, dentro do Projeto PICS, sendo uma das estratégias metodológicas da pesquisa qualitativa.

A parceria de Maria Lucia Bosi com o *Centre for Critical Qualitative Health Research* (CCQHR), *University of Toronto*, iniciou-se há mais de uma década, portanto antecede o trabalho de criação da Rede. Malu conheceu a Denise Gastaldo no espaço do I Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, em 2003, em Guadalajara e, desde então foram parceiras na organização de todas as oito edições realizadas. Ao longo desse percurso foi amadurecendo uma colaboração que se desdobrou em um primeiro estágio Pós-Doutoral naquele Centro, mediante o qual Malu pode aperfeiçoar conhecimentos, conhecer as estratégias pedagógicas utilizadas no CQ e, mais importante, ampliar parcerias. Um pouco mais tarde, em 2015, na qualidade de líder do LAPQS da UFC, seu grupo foi selecionado por um Edital de Apoio a Cooperações Internacionais, lançado pela Funcap-Ceará, com um projeto cujos objetivos centrais foram prospectar possibilidades de expansão de parcerias e ofertar formação avançada, oportunizando a vinda de duas pesquisadoras para cursos presenciais no Brasil e a participação por videoconferência de

dois renomados pesquisadores, os professores-doutores Joan Eakin e Blake Poland. A avaliação realizada apontou ter sido essa uma experiência de inestimável valor, desdobrando uma parceria que veio se reforçando ao longo dos últimos anos. Foram publicados vários artigos em coautoria, sendo um deles, o de maior impacto recente no âmbito da área de Enfermagem na Espanha (Gastaldo & Bosi, 2010). Anos mais tarde, tendo em vista a acolhida sistemática de acadêmicos brasileiros que compartilhavam o interesse em aprender e ensinar pesquisa qualitativa em saúde, mediante estágios em nível Pós-Doutoral ou como professores visitantes, formalizou-se a Rede Brasil-Canadá de Formação em Pesquisa Qualitativa. Essa Rede vem oportunizando intercâmbios importantes, publicações compartilhadas que serão em breve disponibilizadas e muitas outras iniciativas como a participação em Congressos nacionais e internacionais. No que concerne à parceria LAPQS- CQ, a pesquisadora beneficiou-se de mais um período em Toronto, no último biênio, como professora visitante, durante o qual desenvolveu várias iniciativas, dentre as quais a elaboração de um dos mais importantes e estratégicos produtos bibliográficos do nosso grupo: o primeiro livro sobre fundamentos teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa, intitulado "Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa: Fundamentos Teórico-Metodológicos". Essa Coletânea Internacional, redigida em três idiomas pelos mais destacados nomes/ centros de pesquisa qualitativa da América Latina e Canadá, encontra-se no prelo e materializa um objetivo almejado há cerca de uma década. Simultaneamente, avança sua edição em inglês.

Também a colaboração de Lilian Magalhães e Denise Gastaldo antecede a RedeQuali em mais de uma década, com projetos de pesquisa financiados no Canadá e publicações sobre imigração como determinante social da saúde (Gastaldo, Carrasco, & Magalhães, 2012). Na área de inovação metodológica, as coautoras publicaram um manual de difusão de um método adaptado da terapia artística chamado mapa corporal narrado, que passou a ser usado por outra colega da Rede, Inês Gandolfo, com seus alunos de pós-graduação (Gastaldo, Magalhães, Carrasco & Davy, 2012; Gastaldo, Rivas-Quarneti, & Magalhães, 2018). Além disso, ambas participaram no ensino em disciplinas de pesquisa qualitativa em saúde na UnB e de apresentações sobre a Rede em congressos nacionais.

O Grupo de Estudos Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (Polifes) da Universidade Federal do Rio Grande Sul (UFRGS), coordenado pelo professor Alex

Branco Fraga, é o nó da Rede mais ao sul do Brasil. O trabalho colaborativo desenvolvido por lá começou a ser desenhado bem antes da efetivação da RedeQuali. Entre os anos de 2010 e 2016, o professor Alex Branco Fraga coordenou um projeto de pesquisa interinstitucional via Pró-Saúde (Fraga, Carvalho, & Gomes, 2012), desenvolvido em parceria da UFRGS com a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), e financiado conjuntamente pela Capes e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Essa iniciativa intersetorial visava a fomentar "a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do Ensino na Saúde" (Brasil, Ministério da Saúde, 2010), e entre os tantos subprojetos desenvolvidos pelas três universidades supracitadas, um em particular contou com a presença da professora Denise Gastaldo (CQ/UofT) como professora visitante no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) da UFRGS, em duas oportunidades (2012 e 2014), nas quais ministrou, respectivamente, disciplinas sobre metodologias de pesquisa qualitativa e avaliação e produção de textos acadêmicos no campo da saúde. A imersão na literatura metodológica de língua inglesa, tanto a produzida quanto a sistematizada pela CQ/UofT, repercutiu sobremaneira no desenvolvimento de dissertações e teses de mestrado e doutorado no PPGCMH/UFRGS daquele momento em diante.

Em 2017, ano em que o professor Alex Fraga atuou como professor visitante na *Faculty of Kinesiology & Physical Education*, também na UofT, os laços entre o Polifes e o CQ se tornaram ainda mais estreitos com a criação da RedeQuali. Em 2018, inspirado nas aprendizagens junto ao CQ/UofT e nas diretrizes de formação propostas pela RedeQuali, a disciplina "Produção e análise de dados nas pesquisas qualitativas críticas em educação física e saúde: rede Brasil-Canadá" é ofertada no segundo semestre de 2018 no PPGCMH/UFRGS. E no segundo semestre de 2019, também na mesma linha, outra disciplina passou a ser oferecida: "Análise da produção científica: elementos para a elaboração de pareceres consubstanciados".

Essas duas disciplinas são apenas dois exemplos da materialização em um dos nós da rede de um trabalho colaborativo que tem apostado, mesmo em meio a exigências de publicação, na formação de estudantes de mestrado e doutorado com capacidade de atuarem tanto no âmbito da produção quanto do ensino de pesquisas qualitativas.

Outra colaboração inovadora potencializada pela RedeQuali se refere à expansão da rede para a região Norte do Brasil, uma região que não estava inicialmente contemplada entre seus membros. A Universidade Federal do Acre (Ufac) é a universidade pioneira na representação da região Norte do Brasil dentro da RedeQuali. A história da integração da Ufac com a Universidade de Toronto ocorreu entre 2010 e 2015, por meio de colaborações temporárias voltadas para a qualificação de profissionais de saúde e professores da Ufac, dentre os quais atuaram a professora Denise Gastaldo, além de outros professores da faculdades de enfermagem e saúde pública da UofT e a professora Rozilaine Redi Lago, dentre outros professores das faculdades de enfermagem e saúde coletiva da Ufac. A mobilidade entre professores dessas universidades nesse período gerou um vínculo solidário de colaboração acadêmica que resultou na inclusão, em 2018, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Ufac na RedeQuali. A partir da inserção do PPGSC-Ufac, a professora Rozilaine Redi passou a atuar como pessoa de referência nesse programa para facilitar a articulação com a Rede Brasil-Canadá. Essa articulação já gerou diversos resultados neste período, incluindo a obtenção de um financiamento externo da organização *Academics Without Borders* (AWB) para viabilizar uma consultoria de longa duração e uma oferta de disciplina de tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde entre 2019 e 2021, ambos facilitados pela professora Denise Gastaldo. Além disso, outras atividades acadêmico-científicas integradoras foram realizadas, tais como a criação de uma linha de pesquisa e um grupo de pesquisa sobre pesquisa qualitativa em saúde no âmbito do PPGSC-Ufac, realização de contatos e reuniões com professores de outras universidades públicas da região Norte do Brasil sobre a proposta da RedeQuali, realização compartilhada de bancas de defesa de estudantes de pós-graduação, participação nas reuniões mensais de acompanhamento dos trabalhos da RedeQuali, compartilhamento de recursos didáticos e de aulas sobre pesquisa qualitativa em saúde, apresentação de resultados de pesquisas e facilitação de mesas de debate, condução de grupo de trabalho e outros elementos dentro dessa temática em eventos científicos nacionais e internacionais. Destacamos a relevância dos avanços já obtidos por intermédio da inserção do PPGSC-Ufac na RedeQuali e acreditamos na continuidade dessa parceria como potencializadora do desenvolvimento acadêmico-científico da pesquisa qualitativa em saúde de impacto social na região Norte do Brasil, tanto na

integração desta região com o restante do país quanto na perspectiva da internacionalização do PPGSC-Ufac.

Considerações finais

Para além do impacto que a iniciativa da RedeQuali pode potencialmente alcançar no campo do ensino da pesquisa qualitativa no Brasil, a envergadura científica dessa iniciativa evidencia um aspecto crucial: o investimento que o país fez nos respectivos pesquisadores brasileiros, beneficiados pela experiência de treinamento de excelência no CQ, retorna para a sociedade na forma de um produto de indubitável importância para o avanço da pesquisa no Brasil. Os pesquisadores da RedeQuali, cientes de sua responsabilidade, abraçam o compromisso de trabalhar juntos em prol da qualidade do ensino de pós-graduação e alimentam o sonho de expandir essa rede para além dos limites das fronteiras atuais, no intuito de acolher, futuramente, novos nós. Em síntese, acreditamos que a consolidação da comunidade de pesquisadores qualitativos no campo da saúde se beneficiará sobremaneira de iniciativas em rede. Contudo, neste momento apresenta-se como um desafio ampliar o lado canadense da RedeQuali, processo que esbarra no obstáculo da língua e outros aspectos já destacados. Não obstante tais desafios, o consolidado até aqui evidencia as potencialidades e oportunidades que iniciativas como essa descortinam.

Referências

Alvesson, M., & Sküldeberg, K. (2012). *Reflexive Methodology. New vistas for qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde coletiva, 17*(3), 575-586.

Brasil (2010). *Pró-Ensino na Saúde abre edital para seleção de projetos*. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes Recuperado d e

http://capes.gov.br/36-noticias/3785-pro-ensino-na-saude-abre-edital-para-selecao-de-projetos

Brasil (2017). *Edital Capes/DFATD 34/2017*. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. Recuperado de https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/09082017-EDITAL-34-2017-DFATD-2.pdf

CQ. (2018, May 24). *What is 'Critical'?*.Retrieved from: https://ccqhr/utoronto.ca/about-cq/what-is-critical/.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.

Eakin, J. (2016). Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial. *Qualitative Inquiry*, 22(2), 107-118. Recuperado de https://doi.org/10.1177/1077800415617207

Fraga, A. B., Carvalho, Y. M., & Gomes, I. M. (2012). Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde, 10*(3), 367-386.

Fricker, M. (2010). *Epistemic Injustice. power and the ethics of knowing*. New York: Oxford University Press.

Gastaldo, D., & Bosi, M. L. M. (2010). ¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de la salud. *Enfermería Clínica 20*(3) doi 10.1016/j.enfcli.2010.03.008

Gastaldo, D., Carrasco, C., & Magalhães, L. (2012). *Entangled in a web of exploitation and solidarity: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area*. E-book, 160 pages. Retrieved from http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings

Gastaldo, D., Magalhães, L, Carrasco, C., & Davy, C. (2012). *Body-map storytelling as research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping*. E-book, 56 pages. *Recuperado de* http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping

Gastaldo, D. Rivas-Quarneti, N. & Magalhães, L. (2018). Body-map Storytelling as a health research methodology: Blurred lines creating clear pictures. *FQS – Forum Qualitative Social Research*, 19 (2), http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858

Flicker, M. (2010). *Epistemic injustice. power and the ethics of knowing*. New York: Oxford University Press.

Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). Qualitative research genres. In C. Marshall & G. B. Rossman (Eds.), *Designing Qualitative Research* (pp. 17-38). Thousand Oaks: Sage.

Meneses, M. P. (2008). Epistemologias do sul. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 80*. Retrieved from: https://journals.openedition.org/rccs/689

Mercado, F. J. M., & Bosi, M. L. M. (2010). Pesquisa Qualitativa: Notas para um Debate. In M. L. M. Bosi & F. J. M. Mercado (Eds.), *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde* (pp. 29-60). Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2010.

Mykhalovskiy, E., Eakin, J., Beagan, B., Beausoleil, N., Gibson, B. E., Macdonald, M. E., & Rock, M. J. (2018). Beyond bare bones: critical, theoretically engaged qualitative research in public health. *Canadian Journal of Public Health, 109*(5-6), 613-621. https://link.springer.com/article/10.17269%2Fs41997-018-0154-2#Sec7

Packer, M. (2011). *The science of qualitative research*. New York: Cambridge Press.

Santos, B. S., & Meneses, M. P. (2010). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora.

Santos, B. S. (2018). *The End of the Cognitive Empire: The Coming of Age of Epistemologies of South*. London: Duke University Press.

Silva, A., Moura, L., & Castro-Silva, C. R. (2018). Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde e Sociedade, 27*, 632-645.

Sousa, M. S., Wainwright, M., & Soares, C. B. (2019). Sínteses de evidências qualitativas: guia introdutório. *Boletim do Instituto de Saúde, 20*, 2, 7-22.

Webster, F., Gastaldo, D., Durant, S., Eakin, J., Gladstone, B., Parsons, J., Peter, E. & Shaw, J. (2019). Doing science differently: A framework for assessing the careers of qualitative scholars in the health sciences. *International Journal of Qualitative Methods*, 18:1-7. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1609406919838676.

22 História de vida, memória e reconstrução: a teoria, o método e um exemplo

Katerine da Cruz Leal Sonoda
Terezinha de Camargo Viana
Rafael González Fernández

> *La causa de un fenómeno social o individual nunca es exclusivamente otro fenómeno social o individual, sino siempre una combinación de un fenómeno social y uno individual (Thomas & Znaniecki, 2004, p. 603).*

A história de vida não é apenas um conceito teórico, mas também metodológico. O método da história de vida se insere no rol das metodologias qualitativas (das abordagens biográficas) que surge com a Escola de Chicago (Sonoda, 2016). O referido método permite a articulação entre história coletiva (ou trajetória social) e história individual. O vínculo entre pesquisador e participante também é uma dimensão importante porque ambos são muito ativos na investigação. Existe a necessidade (para o pesquisador) e a possibilidade (para o entrevistado) de produção de sentido. O objetivo desde capítulo é apresentar uma revisão sobre História de Vida, destacando a potencialidade deste conceito teórico-metodológico que, a nosso ver, permite compreender como uma pessoa universaliza, por meio de sua vida, suas histórias e suas ações, a época histórica em que vive. Além disso, apresentamos um exemplo de História de vida escutada em uma *situação de pesquisa* (Sonoda, 2018).

Segundo a perspectiva de Gullestad (2005), contar sua vida não é apenas um diálogo entre escritor e leitor, mas também entre narrador e seus *eus* passados. É exatamente este aspecto de diálogo reflexivo que faz dessas narrativas de vida uma fonte concorrida e desafiadora para as Ciências Humanas e Sociais.

Em importante artigo de revisão sobre a teoria da história de vida, o sociólogo espanhol Barnabé Sarabia (1985), destaca que este método tem uma larga tradição, sendo objeto de investigação e instrumento de reflexão em diversas disciplinas. A polissemia do termo está diretamente vinculada às diversas utilizações que, em diferentes disciplinas, e mesmo dentro de uma mesma, se faz desse instrumento de investigação. Cita diversos trabalhos que utilizaram a história de vida, tanto do tipo biografias como do tipo autobiografia, bem como diversas escolas que o utilizam (como o Modelo de Reconstrução Biográfica, a Escola de Chicago e o Método de Bruxelas[1]). O autor destaca ainda que o período pós Segunda Guerra foi marcado por uma crítica ao método, no qual se buscava uma maior insistência no rigor da análise (frente à pura descrição da história de vida).

A primeira documentação da teoria/método história de vida completa contada com fins científicos é a história de Wladek, um camponês polaco. Além dessa, outras séries de histórias foram contadas e analisadas na mesma obra: "El campesino polaco en Europa y en América", de William Thomas (considerado um dos fundadores da Escola de Sociologia de Chicago) e Florian Znaniecki (coautor do livro, ele mesmo imigrante polaco nos Estados Unidos). A metodologia principal utilizada pelos sociólogos foi a construção de histórias de vida através de documentos subjetivos (cartas) para compreender a experiência da imigração. A versão original – publicada entre 1918 e 1920 – é formada por cinco volumes e mais de duas mil páginas. Ao cumprir um século de sua publicação, segue sendo considerada uma obra extraordinária e absolutamente imprescindível nas origens do "método biográfico" em Ciências Sociais (Camas, 2001).

Pela primeira vez documentou-se a vida cotidiana de homens e mulheres comuns, como a história de vida de um agricultor, escrita por ele mesmo três meses antes da Primeira Guerra, em formato de cartas. As primeiras cartas foram encontradas no lixo por Thomas. Eram cartas de uma jovem polaca que emigrou para os Estados Unidos e

1. O método de Bruxelas (ou autobiografia assistida) foi desenvolvido pela primeira vez no início dos anos vinte do século passado, onde os participantes eram assassinos confessos presos no Centro Penitenciário de Orientação de Bruxelas. A metodologia consiste em estudo intensivo de caso. As informações obtidas são analisadas por uma equipe multidisciplinar de investigadores. O informante é pago e participa ativamente da investigação.

escrevia para seu pai, que permaneceu na Polônia. Suas cartas davam pistas sobre o curso de sua vida e este parece ter sido o estopim para o uso de cartas nas pesquisas sobre imigração (além de ser uma metodologia para fazer ciência). Foi a primeira fonte de dados que gerou a pesquisa com imigrantes.

Em outro momento da investigação, já com Znaniecki como coautor, começou a busca por outras fontes de material para análise. A solução proposta foi a recepção de cartas recebidas na redação de um jornal local, em troca de uma pequena soma em dinheiro por carta. Com um anúncio na imprensa local, os pesquisadores ofereceram dez centavos de dólar por carta, que depois de transcritas foram devolvidas aos donos. Reuniram 764 cartas, dentre estas as de Wladek Wiszniewski, protagonista da terceira fonte de dados (que teve sua história de vida completa publicada).

A literatura especializada define história de vida como "relatos da vida pessoal tal como entregues oralmente pela própria pessoa", caracterizando-se pela "unidade na diversidade" (Bertaux, 1981, pp. 7-8); "relato retrospectivo em prosa que uma pessoa real faz de sua própria existência enfatizando sua vida individual e mais particularmente a história de sua personalidade" (Lejeune, 1975, p. 14); como se tecendo na "composição de elementos individuais, de seu microcosmo, com o macrossistema definido pelo contexto em que se inserem" sendo, portanto, indissociáveis da relação entre cultura, situação socioeconômica e universo privado (Meihy, 1998).

Já Quezada (2012) define a técnica como relato autobiográfico obtido pelo investigador mediante entrevistas sucessivas, nas quais o objetivo é mostrar o testemunho de um sujeito, no qual se coletam tanto os acontecimentos como as valorações que a pessoa faz de sua própria existência. Logo, o relato autobiográfico obedece a uma lógica diferente da verdade ou da ciência, esquecendo, transformando, reconstruindo o passado de acordo com as exigências inconscientes, de pressões sociais, das condições de produção do relato, entre outras.

Quezada (2012) informa ainda que na história de vida o investigador é somente o indutor da narração, seu transceptor, e é encarregado de retocar o texto, tanto para ordenar a informação do relato obtido nas diferentes sessões de entrevistas como é responsável de sugerir ao informante a necessidade de cobrir os buracos informativos esquecidos. Para ela, o relato de vida se expressa em três dimensões essenciais: os desejos,

as angústias inconscientes e a sociedade à qual pertence o participante, com sua dinâmica existencial. Falando de sua história, o indivíduo a redescobre. Quer dizer, faz um trabalho sobre si mesmo que modifica sua relação com essa história. A história de vida compreende, assim, dois aspectos:

1) Designa o que "realmente" passou durante a existência de um indivíduo (ou grupo), quer dizer, o conjunto de acontecimentos, os elementos concretos que caracterizaram e influenciaram a vida deste indivíduo, de sua família, de seu meio;
2) Designa a história que se conta sobre a vida de um indivíduo (ou de um grupo), quer dizer, o conjunto de relatos produzidos por ele mesmo e/ou por outros sobre sua biografia.

Minayo (2008) vai dizer que a história de vida é um recurso muito usado nas Ciências Humanas e Sociais, e a define como "entrevista prolongada com interação entre pesquisador e informante, combinando observação, relatos introspectivos de lembranças relevantes e roteiros mais ou menos centrados em algum tema" (p. 126).

Enriquez (2002) colabora com a teoria da história de vida afirmando que, assim como não se pode explicar uma psicanálise sem examinar a relação particular que na análise se estabelece entre os protagonistas, de maneira semelhante o relato de vida deve ser apreendido desde seu interior para que seja possível captar as demais razões que condicionam sua criação e difusão. Para ele, o relato, oral ou escrito, é a expressão de um ser vivo, que se reconhece como tal: narra seus sucessos, fracassos, evoca sua experiência, sentimentos, emoções, que fala de seu universo social e envia uma mensagem cuja chave entrega aos outros – nesse caso, o/a pesquisador/a.

O relato biográfico, para o referido autor, teria o objetivo de: 1) construir-se; 2) dar um sentido aos pensamentos ou às ações anteriores; 3) se preparar para o futuro; 4) de contar aos outros o que é, suas dúvidas, esperanças, recordações, inibições, tristezas e sofrimentos.

No mesmo sentido, Carreteiro (2002) vai dizer que o relato de vida, entendido como microrrelação social, é também o resultado da maneira singular em que cada sujeito mostra como se constitui um dono de sua história. Em trabalho mais recente, ela afirma:

> A história só é acessível pela memória, que é coletiva e simbólica. A memória é sempre percebida em uma perspectiva dinâmica, ela está sempre sendo reconstruída, seu sentido é buscado através de um trabalho de interpretação, que é determinado pela situação atual daquele que narra sua história e do conjunto de circunstâncias presentes, na qual se inclui a relação com o pesquisador. Entre os elementos presentes estão também as exigências do inconsciente (Carreteiro, 2012, p. 36)

A hipótese de Teresa Carreteiro é que a história pessoal é produzida por uma multideterminação de fatores (psíquicos, sociais, ideológicos, econômicos, políticos, entre outros) e que a constituição subjetiva vai depender da arte de cada sujeito de se constituir permanentemente a partir dos diferentes eixos que o atravessam. Assim, toda narrativa se configura como narrativa da prática social. A narrativa seria uma modalidade de compreensão das condições sócio-históricas de produção de vida e constituição subjetiva dos sujeitos. É na articulação dos diversos eixos que formam e interferem na história dos sujeitos (família, escola, mundo do trabalho, relações afetivas etc.) que a construção subjetiva se dá.

Ainda sobre a questão da memória, no mesmo texto Carreteiro (2012) aponta que os participantes de uma pesquisa que envolve contar sua história não são apenas informantes, mas sim sujeitos ativos no processo de pesquisa e capazes, com os recursos que dispõem, de pensar e formular hipóteses sobre suas vidas, refletindo sobre as influências que as determinam. E isso

> Abre brechas para o desenvolvimento da função de historicidade, que remete a compreensão, por parte dos sujeitos, dos modos através dos quais eles são produzidos pela história e das possíveis opções que tiveram na construção de suas trajetórias, considerando as determinações sociais, conscientes e inconscientes. Não é possível transformar o passado, mas sim mudar as relações que se tem com ele (Carreteiro, 2012, p. 37).

No que se refere aos desafios da técnica, Quezada (2012) aponta que a meta mais difícil de alcançar é conseguir encontrar as circunstâncias que permitam realizar a coleta

de uma história de vida. Isto implica não somente conseguir um informante que esteja imerso no universo social que estamos estudando, mas que tenha também uma "boa história de vida", em termos do interesse demarcado pelo objeto de estudo. É necessário, segundo ela, um relato que seja narrativamente interessante e que seja completo, o que depende estreitamente das características do sujeito escolhido, "que seja brilhante, genuíno, sincero, que se explique com clareza e introduza em seus relatos elementos amenos, que seja autocrítico e que analise com certa perspectiva sua própria trajetória vital e, sobretudo, que seja constante e esteja disposto a chegar até o final" (Quezada, 2012, p. 245).

Minayo (2008) lembra que as narrativas de vida são uma versão possível que as pessoas atribuem ao que viveram e constroem esse relato a partir dos dados de suas biografias, de suas experiências, conhecimentos prévios e visões de futuro. Não se trata, portanto, de verdades sobre os fatos vividos. A história de vida está mais para uma construção.

No que se refere à construção do instrumento, ou seja, do "roteiro de história de vida", este pode ser bastante variado, dependendo do grupo ou das pessoas que participarão da pesquisa. E aqui também a construção metodológica foi feita em função do objeto pesquisado. Em geral são usadas as técnicas de observação participante e entrevistas abertas não diretivas. Assim como em outras metodologias de pesquisa qualitativa, o número de entrevistas a serem realizadas e o número de participantes varia de acordo com os objetivos da investigação e dos critérios de saturação.

É importante frisar que as entrevistas de história de vida contêm diversas entrevistas temáticas já que, ao longo da narrativa da trajetória de vida, os temas relevantes para pesquisa devem ser aprofundados (Alberti, 2004).

Por fim, sobre a articulação do método (e da teoria) da história de vida com a Psicanálise freudiana destacamos os trabalhos recentes de Sonoda (2016, 2018) que apontam pontos de aproximação (e de distanciamento) entre a situação clínica e a situação de pesquisa empírica. A autora afirma que as informações sobre como os participantes experienciam suas vivências podem ser comparáveis às associações dos pacientes em análise. Em suas entrevistas de campo, durante o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, a principal instrução dada aos participantes é: "Gostaria que me

contasse a história da sua vida, da forma como o senhor (a) quiser contar" (Sonoda, 2018, p. 105), o que pode ser comparado à instrução do analista ao analisando: "Fale o que vier à cabeça".

Em suas mais diversas modalidades e denominações (etno-história, história oral, narrativa de vida e etnobiografia) a história de vida é considerada um poderoso instrumento de pesquisa qualitativa, podendo ser utilizada para descobertas e avaliações sobre como as pessoas compreendem e dão sentido ao seu passado, vinculam sua trajetória pessoal a seu contexto social, interpretam a própria história e lhe atribuem significados, a partir do momento presente (Minayo, 2008).

Apresentaremos a seguir o relato de uma história de vida, escutada durante pesquisa realizada pelos autores deste capítulo.

A história de vida de Moema: "Procuro levar a vida sem pensar muito, senão enlouqueço"[2]

Foram realizados três encontros com Moema, todos em sua casa e cada um durou em média duas horas. As entrevistas para coleta de história de vida aconteceram livremente (não houve um roteiro fixo de perguntas). Os principais resultados obtidos serão apresentados a seguir, começando pelo evento (potencialmente) traumático vivido por Moema. Em seguida, a linha da vida entra como um recurso que serve para mostrar, graficamente, os grandes marcos nas histórias de vida, com destaque para os relacionados com nascimentos, perdas, casamentos, divórcios, rupturas, empregos etc. A linha da vida foi construída a partir do relato escutado. Complementando a linha da vida, apresentamos também um resumo da história de vida da participante.

Moema nasceu já em Brasília, mas é fruto da geração que teve pais migrantes, parte da leva dos que vieram para construir a nova capital. A mãe foi alcoolista a vida inteira e o pai da Moema morreu quando ela tinha apenas 11 anos. Moema foi uma informante difícil de escutar. Muito deprimida, sua fala é lenta e repetitiva. Chorou muito. Diz ser

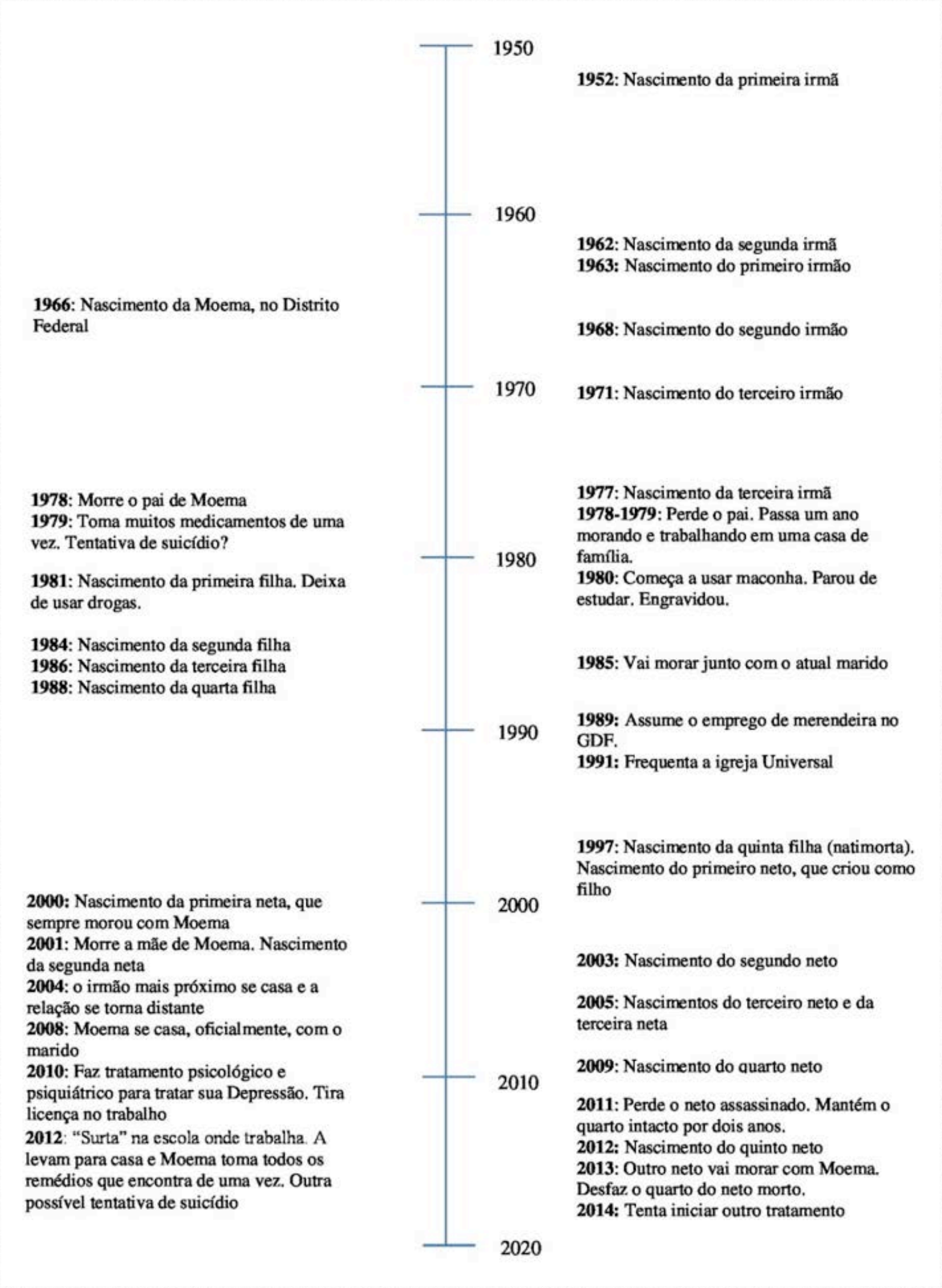
2. Nome fictício. Pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética Comitê do Instituto de Humanidades da UnB (CAAE: 22540413.2.0000.5540)

uma pessoa muito sofrida e que seus primeiros anos de vida foram difíceis. Conta que carrega uma tristeza desde criança e apresentou um comportamento de se isolar e ter medo, e essas características se perpetuaram em sua história. Sabe que precisa de ajuda, afirmando ter começado alguns tratamentos, porém abandonou-os antes da alta. Em casa, com as pessoas que vivem com ela, diz que conversa o "mínimo necessário" e chega a passar semanas sem falar com ninguém. "Espero o dia de morrer e pronto"

Experiência com a violência urbana

Moema perdeu o neto assassinado com tiros nas costas perto de casa. Este rapaz foi criado como seu filho (a quem amamentou e cuidou). Por dois anos manteve o quarto do adolescente intacto, desfazendo-o "na marra" quando outro neto veio morar com ela.

Figura 1
Linha da Vida – Moema



Relação com a família

Moema apresenta relações aparentemente frágeis tanto com a família de origem quanto com a família que constituiu.

Tem três irmãos mais velhos e três mais novos, sendo, portanto, a irmã do meio. Quando criança, a mãe trabalhava fora. Então, dos irmãos menores, teve que cuidar em um tempo em que "não podia cuidar nem de mim mesma". Moema conta que cuidava dos irmãos menores "do meu jeito".

Diz que, na infância, teve "só o básico". Afeto não teve. Assim que o pai faleceu, passou um ano morando e trabalhando com outra família, conhecida da mãe. Cuidava dos filhos dessa família, da limpeza doméstica e estudava a noite. Depois de um tempo fazendo os "servicinhos" que fez para ganhar dinheiro, voltou a morar com a mãe e com os irmãos.

Das memórias de infância, Moema se lembra das brincadeiras com os irmãos. Mas não associa muito sobre esta época.

Aos 14 anos começou a usar maconha, parou de estudar e engravidou. Conta ter interrompido os estudos porque um dos irmãos contou para um professor, de quem ela gostava muito, que a irmã estava usando drogas. Ela ficou com vergonha e deixou de ir à escola. Também afirma não ter muitas lembranças desta época.

Com um namorado, com quem nunca morou junto, teve as duas primeiras filhas (com 35 e 32 anos, na época das entrevistas). E, aos 19 anos conheceu o atual marido, com quem teve mais quatro meninas. Diz que o marido é muito "parado", que passa dias sem falar com ele e que gosta quando ele viaja porque pode ficar sozinha.

Em 1997, teve uma quinta filha, a qual morreu antes do parto, por um suposto erro médico. Na mesma época, nasceu seu neto (assassinado aos 13 anos), o qual amamentou e criou como filho, já que a mãe era muito nova. Conta que tirava leite para alimentá-lo durante o dia e a noite, quando voltava do serviço, também dava de mamar.

Tem uma relação difícil com sua família, com quem fala "apenas o necessário". Mas, o que é esse necessário? Esta pergunta não foi respondida por Moema. Afirma que só se dava bem com os filhos e outros parentes quando estes eram bebês; e com seu filho-neto

que foi morto. Mas também diz que com seus netos a relação é mais aberta, mais tranquila e próxima [do que com as filhas e o marido].

O assassinato marcou a família inteira e "acabou afastando todo mundo".

Não se permite nenhum tipo de diversão ou lazer.

Relação com a igreja

Não aparece em seu relato, na primeira entrevista.

No segundo encontro, quando perguntada sobre o assunto, contou que frequentou a igreja Universal há mais ou menos 25 anos, sem sinalizar que esta relação possa ter sido forte. Diz que faz anos que não volta. Acredita muito em Deus. E acredita também que "tudo tem propósito". Gosta de ler romances espíritas. E conta ainda que fuma muito e que não vai à igreja porque nesta instituição não se admitem vícios.

Relação com o trabalho

Moema conta que "carrega" muita responsabilidade em casa e no trabalho. Tem uma relação muito forte com a vida laboral.

Em 1989, passou em um concurso público, seu primeiro emprego formal, e, desde então, trabalha em escolas. Assumiu o cargo de merendeira, trabalhou em cinco escolas diferentes e, através de uma readaptação, trabalha há mais ou menos dez anos na secretaria. Moema gosta de trabalhar. Diz que tem prazer em aconselhar pais e mães e os adolescentes da escola. Tem medo de acontecer com eles o que aconteceu com ela, com o neto dela. Conta sua história para esses adolescentes. Nos últimos anos se diz muito assustada porque "todos fumam maconha". Como ela usou. E o neto também. "Por nada eu perdi o G. Conto pra eles não passarem por isso".

Diz trabalhar até a exaustão para adiar a volta para casa após o fim do expediente. Seria uma tentativa de fuga? Nas férias fica deitada o tempo todo. Já na escola diz ser "outra pessoa: Do muro pra dentro, não sei o que acontece, mas muda tudo. Tenho diálogo, me sinto na obrigação de fazer alguma coisa. Mudou depois que eu perdi o G. Era

muito na minha, usava preto, marrom, sempre quis me esconder. Hoje já ponho roupa estampada, converso muito com os pais dos meninos".

Em 2012, Moema teve um episódio de tentativa de suicídio não esclarecido. Dentro da escola teve uma crise de choro e "apagou". Levaram-na para casa e relata não se lembrar de como chegou, mas se recorda de tomar todos os remédios que tinha e ser levada para o hospital. Depois disso, jogou tudo fora e não tomou mais nenhum psicotrópico.

Nas primeiras entrevistas, falava sobre se aposentar e mudar de cidade, para que "ninguém soubesse o que aconteceu" [a morte do neto].

No encontro mais recente que tivemos antes da redação deste capítulo (e dois anos depois da primeira entrevista), essa percepção mudou: "não posso me aposentar porque se me aposentar vou passar o dia inteiro na cama". "Morrer de tristeza" *é* o que afirma temer. Tem medo de ficar mais depressiva, caso não tenha coisas para fazer. Aqui é importante reforçar a relação forte que esta participante tem com o trabalho.

Vai dirigindo seu carro próprio para o trabalho; mas não sai do seu bairro. Não dirige fora da cidade onde mora. Conta que tirou a carteira de motorista quando a mãe estava fazendo tratamento de hemodiálise no hospital. Sua mãe dizia que não era para Moema ter a permissão para dirigir. Ela insistiu e a mãe morreu no mesmo dia que iniciou a primeira aula no curso de direção.

Relação com o apoio social

Moema afirma não ter nenhum tipo de apoio social. Mais que isso, diz não saber a quem pedir ajuda. Tem muito pouco convívio com os vizinhos. Diz que as pessoas tentaram se aproximar, na época que o neto morreu, mas ela não "deu espaço". Sempre foi uma pessoa muito reservada e após a morte do neto esse comportamento se tornou mais forte.

Relação com ativismos sociais

Durante os primeiros meses de luto, Moema participou de duas passeatas e usou uma camisa com a foto do neto estampada. Foram ações pontuais e passageiras. Esteve na

porta da casa da família do rapaz que matou seu neto. Também procurou a vizinha que emprestou a arma. Pediu para ser morta. Os vizinhos a mandaram ir embora. Estes episódios, que apontam para uma participação, ainda que pequena, em ativismos sociais, poderiam ser entendidos como outras tentativas de suicídio?

Relação com a psicoterapia

Por poucos meses, em 2010, Moema fez tratamento psicológico e psiquiátrico.

No ano seguinte, em 2011, ano em que perdeu o neto, Moema foi atendida no Pró-Vítima[3] por aproximadamente seis meses, mas não deu seguimento. Não gostava de fazer terapia porque era como "se estivesse enfiando o dedo na ferida". Segundo ela, as sessões eram muito sofridas, "chorava muito e lembrava tudo de novo".

Relação com a medicação psicotrópica

Moema sempre tomou remédio controlado. Na adolescência, este uso foi bastante intenso e sem prescrição médica. Aos 13 anos, ingeriu todos os remédios que tinha em casa e passou muito mal. Ninguém da família tomou conhecimento desse episódio. Perguntada se foi uma tentativa de suicídio e ela não soube dizer.

Depois dos 40 anos iniciou tratamento para depressão, pânico e insônia. Tirou uma licença de dez meses para fazer tratamento psiquiátrico (e psicológico) e, nessa mesma época, teve a crise de choro na escola, na qual tomou todos os remédios que tinha em casa de uma só vez. Em janeiro de 2014, voltou a procurar ajuda especializada, mas tampouco deu seguimento. "Eu não quero ficar dopada". Procurou o Caps local, mas afirma não ter sido bem atendida e desistiu. Atualmente não faz uso de nenhuma medicação.

3. Programa da Subsecretaria de Proteção às vítimas de violência, da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal (Sejus), extinto em janeiro de 2015.

Relação com drogas

Fez uso intenso de drogas ilícitas até os 14 anos, cessando o uso quando engravidou da primeira filha. Até hoje fuma muito cigarro, hábito adquirido muito cedo, também desde os 14 anos.

***

A Figura 2 sintetiza os dados obtidos com os relatos de Moema. Nela estão classificadas e preenchidas as relações da participante com algumas instituições.

Na parte superior da Figura 2, no primeiro grande grupo de categorias, as "Instituições Tradicionais" (Sonoda, 2016), indicamos a relação de Moema com a família, a igreja, o apoio social e o trabalho, assinalando como "relações fortes" aquelas com as quais ela tem vínculos importantes e/ou significativos com estas instituições, e de modo oposto, assinalando como "relações fracas", aquelas cujos vínculos são frágeis e não se configuram como possível suporte.

Já no segundo grande grupo de categorias, as "Instituições não Tradicionais", as opções assinaladas, durante a marcação na tabela, foram apenas "sim" ou "não", já que aqui, devido a uma característica intrínseca às instituições não tradicionais, estávamos interessados em saber somente se estas instituições estiveram (ou não) presentes na história de vida.

Figura 2
Resultados – Moema

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x	x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
	x		**x**		**x**	

Considerações adicionais sobre a participante

É preciso apontar que Moema relata sempre ter sido uma pessoa triste. Perder o filho-neto apenas piorou um quadro que já era preocupante e exacerbou sintomas depressivos que já estavam presentes. Assim, é uma participante que se encontrava mal antes de perder o filho-neto. Ficou pior durante a tentativa de elaboração do luto e continua mal.

Sua saúde piorou após a experiência violenta. Ela passou a fumar ainda mais que antes e a apresentar comportamentos de fuga e isolamento. Projetos de futuro estão ausentes em seu discurso.

Seu estado atual é preocupante, como sempre parece ter sido. Agora só está pior. "Eu não sei dizer como eu estou. To vivendo, não tenho perspectiva de nada, não tenho planos. Não quero viajar... não almejo mais nada. Até o dia que morrer é isso".

Com exceção do trabalho, Moema se apoia pouco nas instituições tradicionais para tentar elaborar o que viveu e seu comportamento de se isolar e se manter distante reforça o seu "luto sem fim".

A escuta de sua história de vida e a análise dos dados obtidos, permitem a conclusão de que apenas o trabalho é uma instituição importante na vida de Moema. Ainda assim, é preciso destacar que ela mesma entende o trabalho como uma fuga. É o único lugar onde fala sobre o que aconteceu, na forma de testemunho mas, ao mesmo tempo, conta que trabalha até a exaustão para não querer fazer mais nada quando retorna à casa. É uma tentativa de enfrentamento, mas é também (mais) uma fuga. Apega-se ao trabalho. E apenas a ele. E parece ser a única motivação que a faz levantar da cama.

Sua 'opção' pelo isolamento parece ser a causa das fragilidades dos laços sociais (tanto familiares, de apoio social e de conexões afetivas). O que já era um traço de seu funcionamento tornou-se muito mais evidente. "Eu faço um verdadeiro suicídio social".

Com relação às instituições não tradicionais, nem a medicação ou a terapia (interrompidas antes do fim do tratamento) foram eficazes.

O que mais se destaca no relato desta participante é o uso de tentativas individuais de enfrentamento da violência: além do uso de medicação, a fuga e o isolamento.

A culpa é um sentimento que a acompanha e a impede de se divertir. Sente-se como se não tivesse o direito de sorrir depois que o neto foi assassinado.

A ideação suicida é um pensamento constante. No último encontro que tivemos com a participante ela contou que não entende como sua filha (mãe biológica do G., neto assassinado) está tão bem. E não se conforma com isso. A filha deveria estar triste como ela; ela perdeu o filho: "Eu sei que tô errada de pensar assim, mas é assim que eu sinto. Ela está muito bem, mas eu acho que ela tinha que estar mal, como eu". Antes de perder o neto já era deprimida e seus vínculos familiares e sociais eram muito frágeis. Mas ela se permitia algumas atividades de lazer, antes de perder o neto. Conta que fazia churrasco, tomava cerveja; gostava de estar junto com a sua família. Apesar de sempre ter sido distante das filhas e do marido, faziam coisas juntos.

A perda do neto parece ter sido uma "licença para a dor", ou seja, um motivo para as coisas continuarem exatamente como sempre foram; talvez apenas um pouco pior. Ela explica seu sofrimento pela perda que teve. Mas este mecanismo falha porque o sentido que encontra para a experiência que viveu não a ajuda a passar a página.

Infelizmente aparecem na história de vida de Moema todos os "venenos da sobrevivência" descritos por Marcos (2012). Ela não apresentava um quadro completo de pânico, mas o medo era um sentimento constante. O aturdimento também estava presente nas ocasiões nas quais os sintomas psiquiátricos estão mais evidentes. Sua depressão nunca foi tratada suficientemente e Moema seguiu estancada no seu processo de luto, dor e tristeza.

É um caso com clara indicação para tratamento psicológico e psiquiátrico. Foram indicados os serviços prestados no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – Caep/UnB. A participante nunca procurou o serviço nem respondeu à proposta apresentada por uma das autoras deste texto de atendê-la.

Considerações finais

Os relatos de vida permitem perceber as articulações entre os fenômenos objetivos, as determinações inconscientes e as experiências subjetivas. O ser humano, como ser histórico, testemunha as relações que as histórias individuais mantêm com a história coletiva. Assim, investigar a cultura de uma época ajuda a entender os processos de subjetivação que constituem o sujeito.

Multideterminados, somos produtos de uma história que diz respeito, ao mesmo tempo, à uma existência singular e, portanto, ao nosso desenvolvimento psíquico inscrito em uma dinâmica familiar, e à uma existência social, vista como a encarnação das relações sociais de uma época, de uma cultura, de uma classe social. Todas essas determinações não são equivalentes, embora sejam dificilmente dissociáveis (Gaulejac, 2002).

No exemplo que abordamos, a História de Vida de Moema, a articulação entre as experiências vividas pela participante, as instituições presentes (e, principalmente, ausentes) e os conflitos psíquicos inscritos em sua trajetória biográfica permitem concluir para uma perda do sentido do viver, onde encontramos ideações suicidas, isolamento, mudanças do posto de trabalho e diminuição dos laços sociais e familiares. O conflito mais aparente em seu relato (a morte do neto) provocou um sofrimento de ordem psíquica que só poderia ser atenuado por uma mudança de sua situação social.

Relatar a própria história diante de alguém que se disponibiliza a escutá-la pode operar uma restauração da história, provocando uma verdadeira reconstrução biográfica. Mas isso é sempre tão somente uma potencialidade, conforme já apontado por Sonoda e Viana (2018).

Referências

Alberti, V. (2004). *Manual de história oral*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas.

Bertaux, D. (1981). *Biography and society: the life-history approach in the social sciences*. Beverly Hills: Sage.

Carreteiro, T. C. (2002). Historia de una vida, historia de una sociedad de exclusión. *Perfiles Latinoamericanos*, *21*, 11-33.

Carreteiro, T. C. (2012). Vidas fazendo história e construindo histórias de vida. In Viana, T. C. V. et al (Orgs) *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livros.

Camas, V. (2001). Olvido y vigência de *El campesino polaco em Europa y América*. Empiria. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, *4*, 211-240.

Gaulejac, V. (2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles Latinoamericanos*, *21*, 49-71.

Gullestad, M. (2005). Infâncias imaginadas: construções do eu e da sociedade nas histórias de vida. *Educação e Sociedade*, *26*(91), 509-534.

Enriquez, E. (2002). El relato de vida: interfaz entre intimidad y vida colectiva. *Perfiles latinoamericanos*, *10*(21), p. 35-47.

Lejeune, P. (1975). *Le pacte autobiographique. Paris: Seuil.*

Marcos, L. R. (2012). *Superar la adversidad. El poder de la resiliência*. Madrid: Booket.

Meihy, J. C. (1998). *Manual de História oral*. São Paulo: Loyola.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco

Quezada, M. T. P. (2012). La violência, que nos toca a todos: uma mirada desde la historia del maltrato en la escuela. *Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas e Educação, 20*(75), 243-260.

Sarabia, B. (1985) Historias de vida. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, *29*(85), 165-186.

Sonoda, K. C. L. (2016). *Violência urbana no Distrito Federal: histórias de vida de vítimas indiretas e seus trabalhos de luto*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado de http://repositorio.unb.br/handle/10482/22115

Sonoda, K. C. L., (2018). O método psicanalítico e as condições da análise (e da pesquisa clínica): Algumas recomendações. *Asephallus* (online), *13*, 90-112

Sonoda, K. C. L., & Viana, T. C. (2018) Histórias de vida de vítimas da violência urbana e suas possibilidades de enfrentamento. In C. G. F. Nunes, M. A. Penso, e P. H. I. Silva, (Orgs.). *Diálogos em Sociologia Clínica: Dilemas contemporâneos*.(pp. 30-41). Brasilia: Editora IFB,

Thomas, W & Znaniecki, F. (2004). *El campesino polaco en Europa y en América*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Boletín Oficial del Estado. Edição sob responsabilidade de Juan Zarco.

23 O funcionamento da estrutura da família na perspectiva da adolescente com depressão atendida no Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil de Maputo - Moçambique[1]

Jacob Eduardo Xerinda
Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke
Christoph de Oliveira Käppler

Introdução

O objectivo deste artigo é compreender o funcionamento da estrutura da família através dos níveis de coesão e hierarquia familiar na perspectiva de um membro adolescente com depressão. Das constatações feitas no contato com as famílias, os pais apresentavam dificuldades de resolver os seus problemas de forma responsável e harmoniosa, culminando com as brigas, a separação dos pais, falta de comunicação, violência doméstica e desintegração da família.

Embora a família a partir da segunda metade do século XX esteja passando por mudanças aceleradas em suas estruturas, organizações e funcionamento, a família em Moçambique ainda hoje entende-se como um sistema aberto, composto de subsistemas, cada um dos quais envolvido por um limite semipermeável de regras que governa quem está incluído dentro daquele subsistema, e o modo como o sistema interage com quem está fora dele (Minuchin, 1982; Schreiber, 2013) sendo a família um sistema, os problemas que surgem na sua estrutura podem ser partilhados pelos seus membros, fazendo com que ela deixe de olhar apenas para o indivíduo sintomático, mas sim para o sistema, onde todos se relacionam como uma totalidade, visto estarem interligados.

1. Apoio Capes-Convênio AULP nº 54/2013

As ações e comportamentos de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos de todos os outros (Calil, 1987; Gomes & Pereira, 2014). Significa que, quando a família tradicional não funciona bem, devido as fronteiras rígidas, coalizões, inversão de hierarquia e falta de coesão, essas situações podem provocar a insatisfação nos seus membros e transformar-se em problemas de foro psicológico, como a depressão nos adolescentes.

A Organização Mundial da Saúde define a depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. A mesma pode ocorrer em todas as faixas etárias, como entre adolescentes (WHO, 2014).

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e pelo esforço do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (Eisenstein, 2014).

Dentro de um grupo social pode existir ou não a coesão entre os seus membros. A coesão é a proximidade afetiva, que envolve relações de intimidade, união e de pertencimento ao grupo. O funcionamento familiar adequado é promovido pela relação próxima entre o casal, entre pais e filhos e entre irmãos. Ao contrário, famílias com conflitos frequentemente demonstram baixa coesão entre seus membros e coalizões entre gerações. Coalizão refere-se à união entre dois ou mais membros, com o objetivo de rebelar-se contra outro membro familiar, enquanto a hierarquia envolve uma estrutura de poder, isto é, autoridade exercida por um membro da família sobre os demais (De Antonioni, Teodoro, & Koller, 2009).

Método

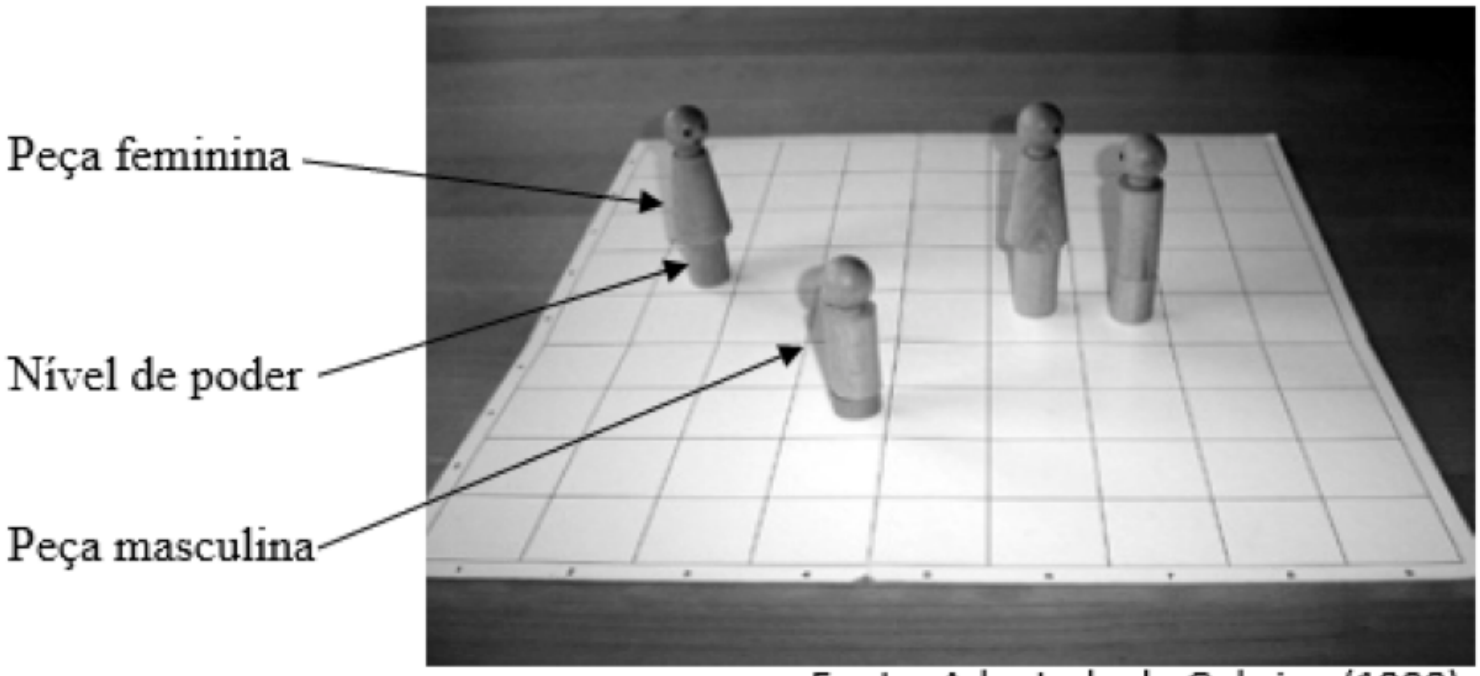
Trata-se de um estudo de caso numa abordagem qualitativa. Para Creswel (2010) a investigação qualitativa emprega diversas concepções filosóficas, estratégias de investigação e métodos de coleta, análise e interpretação de dados. Trata-se de uma metodologia que se baseia em dados de texto e imagem, tem passos singulares na análise de dados e se vale de diferentes estratégias de investigação. Esse estudo de caso foi utilizado como uma estratégia metodológica pois permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno. estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas "a olho nu, como nos atesta Yin (2010).

Participou uma adolescente de sexo feminino, de 17 anos de idade, repetente da 10ª classe, proveniente de família com cinco membros. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram *O Teste do Sistema Familiar (Fast)* (Figuras 1 e 2) – para avaliar a estrutura familiar através dos níveis de coesão que significam o vínculo afectivo entre os membros da família, e hierarquia que significa o poder/influência entre os membros da família. O teste é aplicado em três situações: a familia típica, a ideal e a de conflito. Consiste de um tabuleiro quadrado com oitenta e um quadradinhos, organizados em filas e colunas, é composto ainda por peças de madeira em representação dos membros da família de ambos os sexos, bem como, de blocos em formato cilíndrico que representam três diferentes alturas 1,5 cm, 3 cm e 4,5 cm (Gehring & Marti, 1993; Gehring; Marti & Sidler, 1994; Sartre et al, 1998). Estudos feitos no Brasil, confirmaram a utilidade deste instrumento (De Antonioni, Teodoro & Koller, 2009; Coelho, Bucher-Maluschke, Käppler & Silva, 2010; Freire, Silva, & Pontes, 2012).

O Inventário de depressão de Beck (BDI) é um questionário estruturado e de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha, utilizado para medir a severidade de episódios depressivos, e pode ser utilizado por uma pessoa com mais de 13 anos de idade . O inventário, neste estudo, foi aplicado nao adolescente como classificador para indicar o seu grau de depressão e dar sustentação ao diagnóstico obtido no hospital. (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Tolentino et al., 2018).

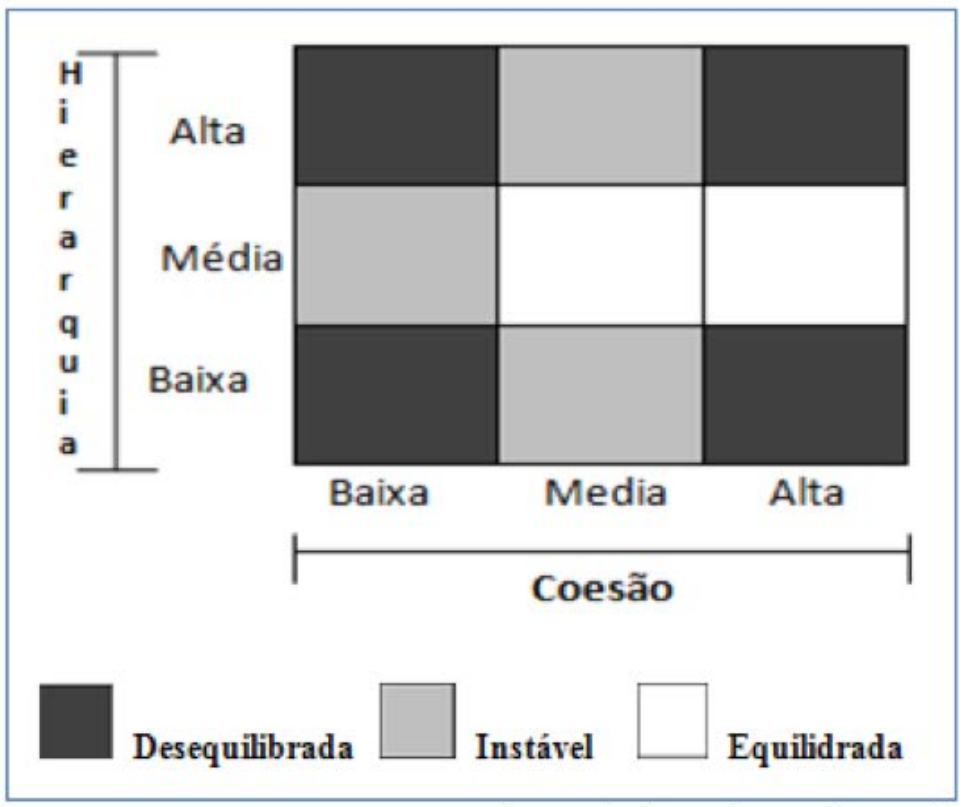
O Genograma forneceu o histórico da família e, a *Entrevista* com adolescente permitiu a coleta de dados sociodemograficos e o funcionamento da estrutura familiar.

Figura 1
Ilustração do teste do sistema familiar (Fast)



Fonte: Adaptada de Gehring (1998)

Figura 2
Classificação da coesão, hierarquia na estrutura familiar



Fonte: Adaptada de Gehring (1998)

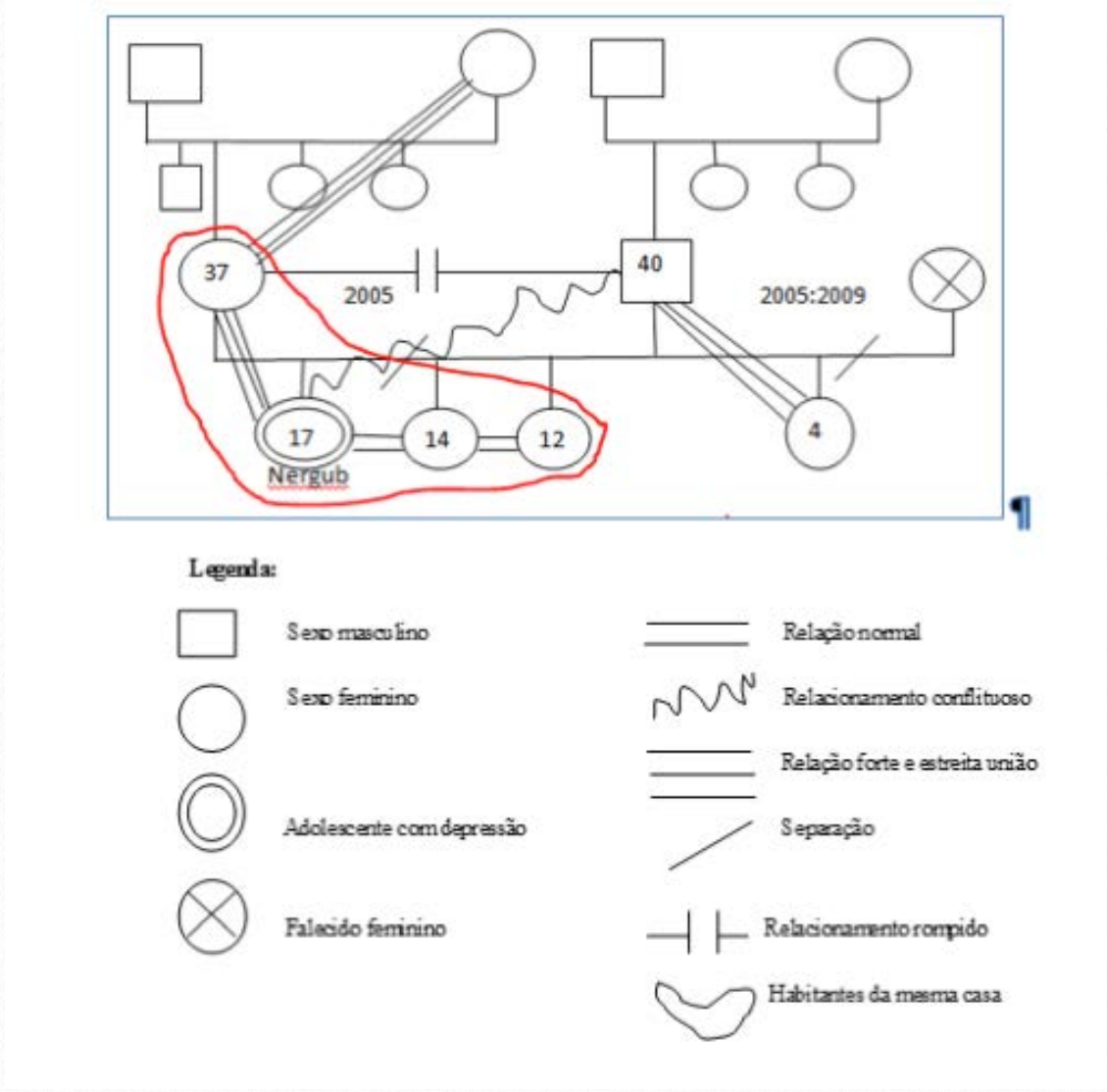
A pesquisa foi aprovada no Comité Nacional de Bioética do Ministério da Saúde (CNBS/MISAU), nº 93/CNBS/2014 – Maputo – Moçambique.

Resultados

Caso Nergub (nome fictício)

A Nergub é uma adolescente de 17 anos de idade, aluna da 10ª classe, vive com a sua mãe e duas irmãs em Maputo. O pai separou-se da mãe em 2005, por ser "mulherengo". O problema da Nergub agravou-se em 2011 porque em casa sentia dores de cabeça, não conversava, não tinha amigas e dormia muito pouco. Na escola não se concentrava nas aulas, passava o tempo lembrando-se do que vivenciou na família. O pai batia na mãe e pegava na faca ameaçando-a de morte. Nergub e sua família escaparam de serem queimadas vivas pelo pai, quando este colocou petróleo em toda casa. Depois mandou a mãe embora de casa com a sua irmã mais nova, ela e a sua irmã do meio foram forçadas a morar com o pai, que trazia para a casa mulheres que as maltratavam. Ele não permitia a aproximação das filhas à mãe. Um dia, o pai deu às filhas a opção de escolha e, elas escolheram viver com a mãe. Então, o pai prometeu que nunca mais iria assumir a responsabilidade das filhas. A Figura 3, apresenta o genograma da família da Nergub.

Figura 3
Genograma do "caso" Nergub



Na entrevista concedida sobre o seu relacionamento com os pais na família, a adolescente, depois de um silêncio e lágrimas, acabou revelando alguns aspectos:

> As relações são péssimas com o meu pai, nem falo com ele. Batia muito a minha mãe, ameaçava a ela de morte. Separou-se dela quando eu era criança, fui obrigada a viver com ele, a minha mãe só podia levar as minhas irmãs mais novas. Ele trazia mulheres em casa que me maltratava e falavam mal da mamã.

O contexto familiar descrito pela adolescente espelha experiências traumáticas que o pai submeteu sua família, a partir de violência física e psicológica cujo alvo era sua própria mãe. Ainda a registrar os maus tratos perpetrados a si pelas mulheres do pai, desequilibrando a sua capacidade emocional. É óbvio que veja o pai como um monstro.

Quando solicitada a contar os motivos que geram discórdia e conflitos na sua própria família, a adolescente relatou os episódios marcantes que considera mais tristes e fortes, tendo afirmado o seguinte:

> O meu pai é um monstro. Tentou queimar toda a família viva, depois de ter irrigado a casa de petróleo. Fomos socorridos pelos vizinhos. Como se não bastasse, vendeu a nossa casa e não permitia aproximação com a minha mãe. Houve uma altura em que mandou-me escolher com quem queria viver e como disse "mamã", ele levou toda a minha roupa e disse que eu iria-me arrepender pela escolha.
>
> ...
>
> Por causa daquele senhor [o pai] tenho dificuldades de arranjar amiga. Muitas vezes fico em casa sem ir à escola e sem saber o motivo… e quando vou à esco*la só marco a presença e não entendo nada porque não estou concentrada nas aulas.*

O comportamento inaceitável protagonizado pelo pai à sua própria família provocou sofrimento intenso na filha e pode ter comprometido a sua estabilidade emocional. Ademais, ela tem grandes dificuldades de fazer amizades e o seu desempenho escolar é fraco e está a repetir pela segunda vez a 10ª Classe.

Sobre as suas expectativas, Nergub falou da necessidade de continuar a estudar para um dia ter emprego e ajudar a sua mãe a sustentar as irmãs. Segundo ela, a concretização disso depende da reconstituição da sua família, conforme afirmou:

> Com a família unida, é possível termos a nossa verdadeira casa…apagar um dia o ódeio que sinto do meu pai…ele deve pedir-nos desculpas por tudo o que fez…É preciso ele respeitar a família; cada um assumir a sua responsabilidade.

Os resultados do inventário depressivo de Beck expressos na Tabela 1 demonstram que a adolescente obteve 36 pontos. O BDI possibilitou identificar as manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão que têm maior ou menor peso para avaliação da sua intensidade. Dentre os sintomas específicos registrados neste caso, destacam-se: impulsos suicidas, sentimento de culpa, pessimismo, períodos de

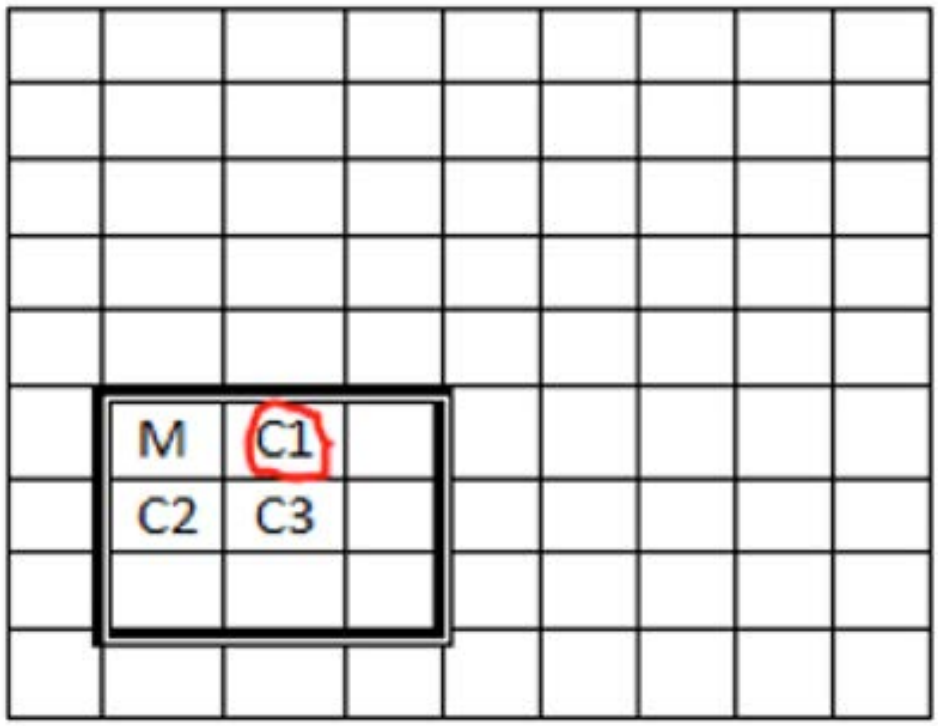
choro, sentimento de culpa, irritabilidade, perda de apetite, isolamento social e transtorno do sono. Portanto, pode-se concluir que a adolescente sofre de depressão grave.

Tabela 1
Nível depressivo da adolescente Nergub

Níveis de depressão	Total de pontuação do adolescente
Sem depressão	10 - 18 pontos
Depressão leve	19 - 25 pontos
Depressão moderada	26 - 29 pontos
Depressão grave	acima de 30 pontos

Os dados obtidos a partir de Fast indicaram na situação denominada típica: Nergub representou a sua família formada pela mãe, as duas irmãs e ela própria. A proximidade na representação nos faz perceber o espírito de solidariedade que existe em cada membro. Ao não representar o pai que abandonou a família, ela demonstrou o sentimento negativo que tem em relação ao pai, como afirmou: "Ele já não é família…[é] um monstro eu odeio a ele, criou–nos a desgraça". Colocou a mãe com mais poder na família, por julgar que respeita as filhas. Os resultados da aplicação do Fast, conforme ilustra a Figura 4, revelaram a existência de coesão alta e hierarquia alta, correspondente a estrutura familiar com uma estrutura precária.

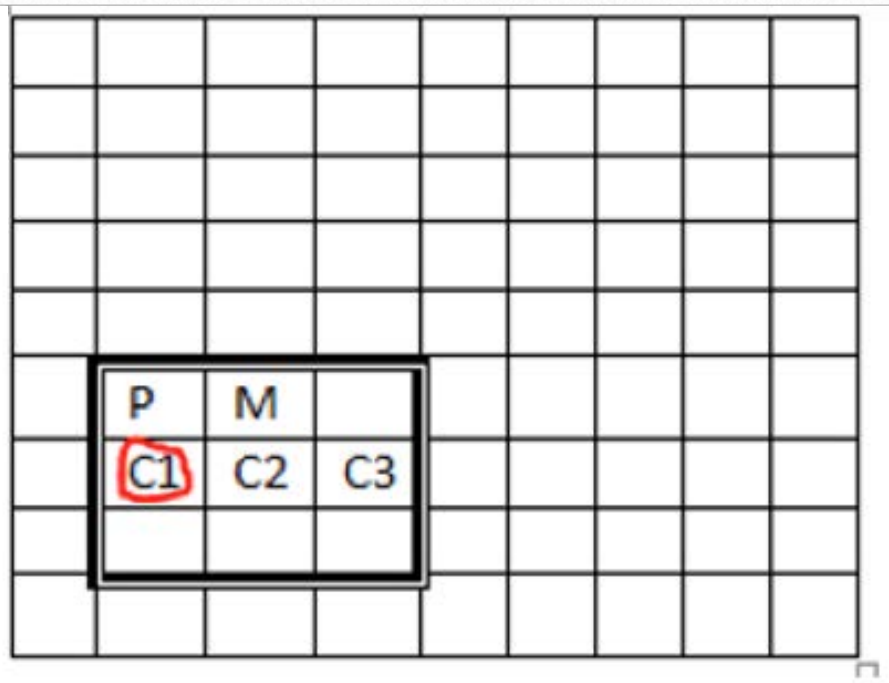
Figura 4
Situação típica: perspectiva de Nergub



Legenda:
M – mãe
C1 – Paciente identificado
C2 – irmã
C3 – irmã

Na situação ideal, (Figura 5) a família aparece com a inclusão do pai no sistema, bem próximo da mãe e das filhas. Ao incluir o pai, a Nergub manifesta a sua vontade de ver o pai regressar, assumir a sua responsabilidade e não deixar a família à deriva. Segundo Nergub que "ele assuma as suas obrigações como pai, não deixar tudo para minha mãe". Esta atitude é vista como grito de socorro para o pai suprir as dificuldades. Nergub decidiu atribuir aos pais o mesmo poder de influência na família. Os resultados do Fast, apontam a coesão alta e hierarquia média, dando uma estrutura familiar equilibrada.

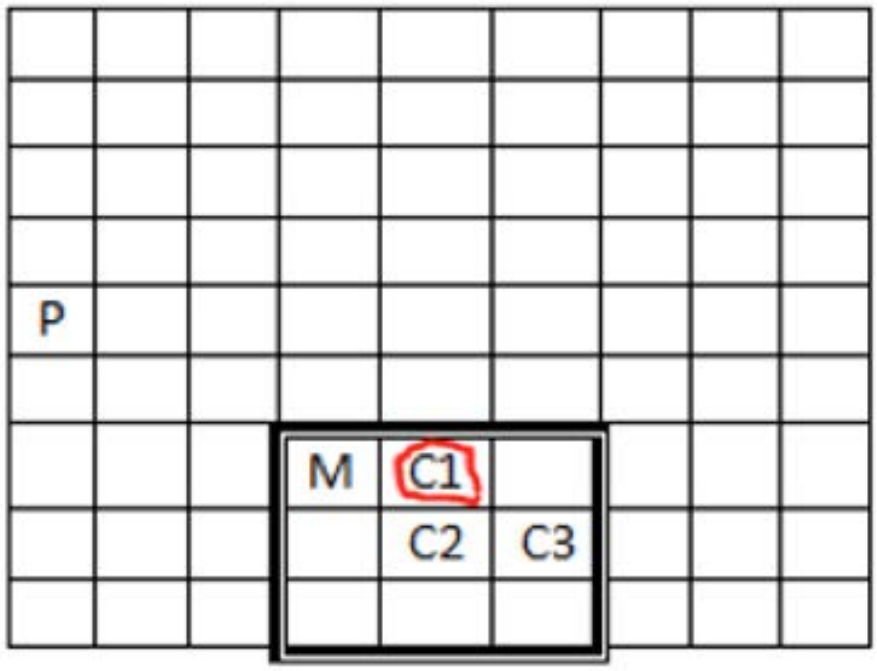
Figura 5
Situação ideal: perspectiva de Nergub



Legenda:
P – pai
M – mãe
C1 – Paciente identificado
C2 – irmã
C3 – irmã

Na situação de conflito, na representação de Nergub é visível a distância entre o pai e os membros da sua família. Esta situação pode ser considerada como reveladora do sentimento de que o pai é a pessoa que desestabiliza a família, como elucidou: "Cheguei de dizer ao senhor que já não é nosso pai". É evidente a coalizão da mãe com as suas filhas, como forma de se proteger das brigas do pai. Há inversão de hierarquia, pois Nergub tem o mesmo poder de influência da mãe. Os resultados do Fast (Figura 6), denunciam uma coesão baixa e hieraraquia baixa, correspondente a estrutura familiar desequilibrada.

Figura 6
Situação de conflito: perspectiva de Nergub



Legenda:
P – pai
M – mãe
C1 – Paciente identificado
C2 – irmã
C3 – irmã

Comparando o resultado das representações da família nos três tabuleiros (típica, de conflito e ideal) fica claro o desejo de Nergub de ter um pai próximo, e de uma família mais integrada, com as hierarquias em maior equilíbrio.

Discussão

No contexto familiar da Nergub estão presentes os conflitos, sobretudo a violência física e psicológica protagonizada pelo pai que batia na mãe e pegava na faca ameaçando-a de morte. Nergub e sua família escaparam de serem queimadas vivas pelo pai, quando este

colocou petróleo em toda casa. Essa situação de sofrimento vivenciada pela adolescente pode ter marcado de forma adversa o seu estado psicológico.

A literatura sugere que práticas parentais inadequadas podem ser prejudiciais à saúde mental da criança e do adolescente. Algumas pesquisas indicam que a falta de percepção de suporte e apoio afetivo está altamente relacionada à presença de sintomas depressivos nos jovens (Patten et al., 1997). Os dados obtidos através do Inventário depressivo de Beck confirmaram que a adolescente apresenta a depressão grave, provavelmente, relacionada a disfunção na estrutura familiar. O Genograma permitiu perceber as interações existentes, seu funcionamento e histórico da família de Nergub.

A presença de dificuldades na dinâmica familiar seria um fator de risco de depressão, em filhos adolescentes. Por outro lado, um contexto familiar em que há relações saudáveis entre os seus membros, caracterizadas pelo suporte e pelo apoio afetivo, pode ser importante na recuperação de um adolescente com depressão (Cruvinel & Boruchovitch 2009).

A depressão pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente, podendo até levar ao suicídio (Ballone & Moura, 2008). Este posicionamento coincide com o caso presente, onde a Nergub já teve ideias de suicídio devido as experiências traumáticas que vivenciava com o pai e suas mulheres.

Esse tipo de relacionamento e negligência do pai pode comprometer o desenvolvimento psicológico dos adolescentes, prejudicando sua competência social e acadêmica, e aumentando a depressão (Weber, Selig et al., 2006). Por outro lado, considera-se que a violência intrafamiliar se origina de relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, marcadas por desigualdade e subordinação, que pode advir, no caso da família estudada, de um padrão de relacionamento que acompanha a história familiar (De Antonioni & Koller, 2010).

Os resultados da aplicação do Fast na situação típica, demonstrados na Figura 2, apontam uma coesão baixa e hierarquia alta, correspondente a estrutura familiar desequilibrada, como afirmou a adolescente referindo ao pai “ele já não é família…um monstro eu odeio a ele, criou-nos a desgraça”. Como sustenta a literatura, a coesão está

relacionada linearmente com o desenvolvimento saudável e bem-estar psicossocial de crianças, do adolescente e de famílias. O funcionamento familiar adequado é promovido pela relação próxima entre o casal, entre pais e filhos e entre irmãos. Ao contrário, famílias com conflitos frequentemente demonstram baixa coesão entre seus membros e coalizões entre gerações (Gehring, 1993).

É evidente a coalizão da mãe com as suas filhas na situação de conflito, como forma de se proteger das brigas com o pai, assim como a inversão de hierarquia, considerando que a Nergub tem o mesmo poder de influência da mãe. Na situação em conflito, os resultados do Fast ainda denunciam uma coesão baixa e hieraraquia baixa, correspondente a estrutura familiar desequilibrada. Este tipo de ambiente instalado nesta família por culpa do pai é próprio de famílias desengajadas com fronteiras excessivamente rígidas, que cria dispersão e distanciamento entre os seus membros, como afirmou a adolescente desabafando "cheguei de dizer a ele que já não é nosso pai".

Para o funcionamento apropriado da família, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. Durante o período da adolescência, a função dos pais consiste em compreender as mudanças que ocorrem nas amizades, na aparência pessoal e nos interesses de seus filhos, contudo sem abdicar de sua autoridade. Portanto, percebe-se que monitorar os filhos e exercer certa autoridade sobre eles, mantendo uma hierarquia adequada, constitui-se em um factor de proteção importante a ser estimulado no interior das famílias (Kaplan; Salock, & Grebb, 2003).

Destes relatos, pode se notar que as dificuldades de funcionamento familiar não estão, necessariamente, associadas à sua composição, mas sim às relações que se estabelecem entre os seus membros, em particular com os filhos adolescentes (Mota, 2012.)

Este caso sugere-nos que as posições e os papéis estabelecidos com cada um dos membros da família, na forma como se manifestam, não garantem a coesão e hierarquia saudável. Para que exista uma estabilidade no funcionamento da sua estrutura familiar, é preciso que existam fronteiras nítidas, escuta empática ao que o outro transmite, responsabilidade, expressão aberta de sentimentos que favoreça a comunicação em todo o sistema familiar.

Conclusão

O presente estudo visa dar uma contribuição na compreensão das dinâmicas relacionais dentro da estrutura familiar e na busca de solução a problemas de foro psicológico, como a depressão que afeta a saúde mental da adolescente, a qualidade de vida e o bom relacionamento dos membros da família. As dificuldades de comunicação, violência intrafamiliar e separação conjugal são grandes fatores de risco para a qualidade de vida de adolescente.

O Fast como instrumento permitiu, na visão do adolescente, descrever e analisar a estrutura e dinâmica das relações familiares por meio da configuração das fronteiras através dos conceitos de coesão e hierarquia existentes no sistema e seus subsistemas. Demonstrou-se muito apropriado e com resultado que traduziu com clareza a sua percepção interna do contexto em que vive, seus sentimentos e a idealização da família de seu desejo.

Este caso nos ensina, ainda, a importância e a necessidade da escuta do sofrimento psíquico dos outros membros da família no contexto de uma terapia familiar e a necessidade da procura de uma rede de apoio na comunidade solidária à família.

Referências

Ballone G. J. & Moura E. C. (2008) Depressão na Adolescência. *PsiqWeb*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br. Acessado em 13/12/2014.

Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry,* 1961; *4*: 53-63.

Bueno, R. K. (2016). A compreensão sistêmica do funcionamento familiar cujo pai é superdesenvolvido: discussão de caso em psicoterapia familiar. *Nova perspectiva sistêmica*, Rio de Janeiro, *54*:73-87.

Calil, V. L. L. (1987).*Terapia familiar e de casal*. São Paulo: Summus.

Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa*,UFJF, *3*(01), 87-100 - janeiro-junho.

Creswell, J. W. (2010) *Projeto de Pesquisa-método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Coelho J. A.; Bucher-Maluschke, J. S. N. F., Käppler, C. O. & Silva S. S. C. (2010). A família na perspectiva de pais com câncer e de filhos sadios. *Revista Interamericana de Psicologia, 44* (3), 533-539

De Antonioni C. & Koller, S.H.(2010) Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. *Temas de Psicologia; 18*(1), 17-30.

De Antonioni, C., Teodoro M. L., & Koller S. H. (2009). Coesão e hierarquia em famílias fisicamente abusivas. *Universitas Psychologica, 8*, 399-411.

Dessen, M. A. (2010)- Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: Ciência e Profissão, 30*, 202-2019.

Eisenstein E. (2014). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente*/Uerj R. v. 2, nº 2 - abr/jun. [Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_ artigo.asp?id=167]

Freire, V. R. B. P., Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2012). Coesão e hierarquia parental na percepção de ribeirinhos beneficiários do Programa Bolsa Família (2012) 46 (3) 343-352.

Gehring T. M. (1993). Family System Test (FAST). *Manual*. Germany: Götingen, Hogrefe & Huber Publishers.

Gehring, T. M. & Marti D. (1993) The architecture of family structures: Toward a spacial concept for measuring choesion and hierarchy. *Family Process 32*, 135-139

Gehring T. M., Marti, D., & Sidler, A. (1994) Family System Test (FAST). Are parents and children´s family constructs either different or similar, or both? *Child Psychiatry and Human Developpment 25* (2), 125-138.

Gomes, H., M., & Pereira, M. G. (2014). Funcionamento Familiar e Delinquência Juvenil: A mediação do auto controle. *Análise Psicológica, 4*(XXXII), 439-4511.

Kaplan H. I, Salock B.I. & Grebb J. A.(2003) *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e Tratamento* Porto Alegre: Artes Médicas.

Mota L. P. O. M. (2012). *Estrutura e funcionamento familiar e risco do mau trato de crianças em famílias em desvantagens económicas*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade de Minho [Internet] [citado 2015 Out 10]. Disponível em: http:/hal.handle.net/1822/24284.

Patten C. A. et al. (1997). Depressive Structural Model. *Revista Interamericana de Psicologia, 38* (1), 61–72.

Sartre, O., R., Stiefel, F., Leyvraz, S., Bauer, J., Gehring, T., M., & Guex, P. (1998) The Family System Test (FAST): A pilot study in Family with a yong adult member with câncer. *Support Care Cancer, 6*, 416-420

Schreiber, A. (2013). *Os Direitos da Personalidade*. Rio de Janeiro: Atlas

Tolentino, T. M., Formiga, N. S. , Maia, M. F. M., Sousa, B. V. O., & Mello, G. F. (2018). Modelagem estrutural e consistência interna da Escala de Depressão de Beck em adolescentes brasileiros não clínicos. *Psicologia.PT , 1*,1-15.

Weber L. N. D., Selig G. A., Bernardi M. G. A., & Salvador A. P. V. (2006) Continuidade dos Estilos Parentais através de Gerações: Transmissão Intergeracional de Estilos Parentais, *Paidéia 16*(35), 407-414.

World Health Organization – WHO (2002). *Revised global burden of disease*. [Internet] [citado 2014 Ago 10]. Disponível em:http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

24 A violência e a sexualidade no Rorschach de adolescentes

Teresa Rebelo
Isabel Duarte
Katia Tarouquella Brasil

A adolescência é um período do desenvolvimento que se caracteriza por apresentar uma certa dose de violência, dados os fortes contrastes, que levam a que os adolescentes se encontrem sujeitos a uma extrema vulnerabilidade psíquica, presente em situações de violência, nas quais a excitação é preponderante, apresentando esta uma forte ligação com a sexualidade e com o a estranheza do outro.

Adolescência e puberdade

A puberdade está relacionada aos processos biológicos, que culminam com o amadurecimento dos órgãos sexuais e transformações corporais. A adolescência, por sua vez, compreende as alterações psicológicas e sociais que ocorrem no sujeito nesse período do desenvolvimento (Campagna & Souza, 2006). A adolescência, enquanto experiência subjetiva e cultural, está envolta em um processo de luto, no qual é necessário abdicar dos pais da infância, mas também do corpo infantil, exigindo do sujeito um trabalho psíquico de elaboração de um processo que pode ser vivido como invasivo (Brasil et al., 2015; Cibella & Cardoso, 2012). É na adolescência que os laços sociais infantis se fragilizam, surgindo, assim, conforme Birraux (2012), “surtos” de individualismo e busca desenfreada de satisfação imediata. Tudo isso contribui com a ideia de que o adolescente resiste em tornar seus os valores de seus pais e daqueles que representam o mundo adulto, como os professores.

Na adolescência, o sujeito precisa abrir mão dos objetos de amor da infância que transmitem segurança, representado pelos pais, e assumir o risco de investir em outros

objetos, distanciando-se da familiaridade dos primeiros objetos de amor. Nesse processo psíquico, muitas perdas estão implicadas. Conforme Cibella e Cardoso (2012), o adolescente se sente invadido pelas transformações pubertárias, que produzem mudanças corporais carregadas de inquietudes e efervescência pulsional, de modo que seu encontro com a sexualidade genital traz implicações que podem colocar em risco até mesmo sua saúde mental. Nessa perspectiva, o suporte narcísico dos adultos será fundamental, tendo em vista que a perda da identidade infantil colocará o sujeito fragilizado frente às transformações pubertárias, que assumem a forma de um arrombamento pubertário, como apontado por Marty (2012, 2015). Com efeito, diante das perdas da infância e da incerteza que aparece com a chegada da puberdade, submeter-se aos impasses e às demandas do processo de escolarização pode ser um desafio a mais para esses sujeitos.

Segundo Marty (2012), quando o adolescente não consegue construir defesas sólidas na infância e no período de latência terá dificuldades para conter a avalanche que a puberdade representa e poderá se sentir desamparado e fragilizado. Contudo, há também a manifestação da violência estabelecida por modos de defesas primários, que projetam o ataque tanto sobre o próprio corpo quanto sobre os objetos externos.

A violência faz parte da história da humanidade, a questão sobre a qual procuramos pensar é de que modo é que a sociedade a trata uma vez que a história mostra-nos que as guerras têm sido feitas por jovens soldados, adolescentes que obedecem aos comandos dos dirigentes adultos.

A pintura mural "Guernica" é um símbolo da Guerra Civil Espanhola, uma obra monumental de Picasso, na qual procurou exprimir a Espanha mergulhada em num oceano de dor e de morte. A ausência de cor acentua o caráter sombrio da cena, não se conseguindo diferenciar se é noite ou dia, se estamos na rua ou num espaço interior, evidenciando-se uma grande falta de proteção. Guernica é uma cidade de Espanha que se tornou famosa por ser a primeira cidade a ser bombardeada na referida guerra, onde o objetivo era aniquilar civis, e não atingir alvos militares.

Existe um antes e um depois de Guernica na história da humanidade. A violência irrompeu na vida cotidiana e transformou a inocência de uma população civil que se acreditava protegida pelo seu estatuto. Vamos utilizar esta metáfora para representar a violência da puberdade sentida por alguns adolescentes, como os bombardeamentos

pulsionais aos quais é submetido o seu psiquismo, com o objetivo de os proteger da imaturidade do corpo infantil.

A adolescência

A adolescência, como sabemos, constitui-se para todos os sujeitos como um período de vulnerabilidade no plano identitário, onde a continuidade psíquica é colocada à prova e as mudanças internas (por exemplo, corporais), mas também externas (expectativas e exigências do ambiente, entre outras). Durante a adolescência, os processos de elaboração psíquica são também atacados por uma importante excitação interna, que coloca em evidência os processos do pensamento e as ligações aos objetos, internos e externos.

De fato, a puberdade age como um traumatismo potencial, que torna precário o equilíbrio interno do adolescente. É o tempo da "desarmonia evolutiva" descrita por Kestemberg (1962, p. 445). Neste sentido, o corpo continua a ser percebido como uma parte integrante de si mesmo, ao mesmo tempo que a psique também é percebida como um corpo estranho sobretudo porque, a partir de agora, ela escapa ao controle do Eu e mergulha o adolescente numa relação de passividade. A psique, na melhor das hipóteses, segue e acompanha este corpo, mas não tem influência sobre sua evolução. Esse sentimento de "estranheza" só pode ser ultrapassado progressivamente se for identificado e relacionado com a história, o saber e as experiências adquiridas pelo adolescente. É assim que a psique pode integrar o corpo e reconhecê-lo.

As questões da crise dizem respeito à capacidade de fazer a articulação entre a realidade interna e a realidade externa, sem cair nos excessos da ruptura com Um ou com o Outro. Quando esta articulação não é possível e a ruptura surge, a possibilidade para o adolescente de manter a continuidade psíquica num processo de subjetivação é impedida pela excitação contínua.

A subjetivação na adolescência

Cahn avança com a hipótese de um "impedimento da subjetivação em graus diferentes" com base num ponto de vista psicodinâmico da adolescência:

> Estes obstáculos à subjetivação não se encontram todos ao mesmo nível, desde da construção do objeto subjetivo até à diferenciação sujeito-objeto, desde das modalidades de internalização da função de enquadramento, para-excitante do objeto primário até às das identificações, das mais antigas às mais diferenciadas, onde muitas vezes a intromissão ocorre em relação ao movimento espontâneo de introjeção, das relações pré-objetais com as de objeto (...) Patologicamente ou normalmente envolvido, o processo da adolescência encontra "a inquietante estranheza (Cahn, 1991, p. 39).

A experiência incompreensível da adolescência, como antes as más experiências da primeira infância, tornam a adolescência um período não só novo, mas também antigo. O fenômeno da inquietante estranheza torna-se inevitável para os processos de subjetivação, afeto e representação tornando-se o protagonista imposto pelo drama narcisista na sua intrincação com o drama edipiano na adolescência (ligações–desligações–religações). Eles representam um drama conhecido, mas devem ter em conta um elemento novo: a entrada do sujeito por si nas escolhas da sua sexualidade adulta e no papel que a linhagem previu para ele, mas que ele deve ao mesmo tempo criar e modificar.

Assim, Cahn (1991) descreve a hipótese de que essa impossibilidade está associada principalmente a um defeito do mecanismo de para-excitação. É um processo internalizado a partir da função materna, capaz de ligar e de organizar as excitações internas e externas ao longo de toda da vida. É, portanto, necessário para a progressiva diferenciação sujeito-objeto e para a ligação dos afetos ao objeto nas representações e nos símbolos. Este processo é a própria condição de repressão primária e a possibilidade de estruturar as identificações.

Outro aspecto, em particular, que será colocado à prova na adolescência é a possibilidade ou a capacidade de resistir à desligação e permanecer ligado no sentido psicanalítico do termo. Dito de outra forma, numa existência que pode ter um sentido.

A problemática da ligação é central na psicanálise depois da sua origem. Uma outra forma de abordar a questão da ligação foi proposta por Marty (2002) que, em primeiro lugar, nos lembra que essa palavra designa um objeto que serve para se ligar como uma

função afetiva. A ligação evoca a presença de dois elementos diferentes que não se encontram unidos ou fundidos e que, como resultado, referem-se à ausência e à sua separação. Ele nos diz: "A ligação é uma experiência afetiva que se interioriza. (…) A ligação é o sinal de uma ausência internalizada, portanto de uma presença simbolizada." (Marty, 2002, p. 11).

Por outro lado, podemos desde já ver um problema maior: se a questão central da ligação é justamente a possibilidade de simbolizar uma ausência, e ao mesmo tempo é de uma grande dificuldade para alguns sujeitos, podemos imaginar que a construção de uma ligação será sempre complexa e constituída por vários aspetos. No nível intrapsíquico, a ligação serve para estabelecer as relações simbólicas, para representar e elaborar as cenas significativas para manter uma certa coesão interna, de forma a preservar o sentido de existência e a possibilidade de reconstruir nossa própria história, apesar de todas as rupturas e descontinuidades da vida.

Consequentemente, o trabalho de construir a ligação com um outro diferente de si é por vezes insuportável. É a angústia do desaparecimento face a uma relação, uma transformação, uma descontinuidade que, paradoxalmente, leva a uma ruptura radical na continuidade psíquica. Cardoso (2014) nos lembra que, nesse sentido, estamos diante de uma revivência do desamparo infantil, uma vez que a ligação ao outro convoca o adolescente ao reencontro com o édipo e com fantasias sexuais recalcadas, mas também com o incontornável distanciamento com os objetos infantis e a possibilidade de investir em outros objetos que, segundo a autora, serão tratados como objetos do desejo.

A questão da ligação e da excitação psíquica na adolescência

Na adolescência encontramos frequentemente forças destrutivas, onde a desligação tem precedência sobre a atividade de ligação. A contínua excitação psíquica suscita remodelações que podem causar uma ruptura narcísica e uma ruptura do investimento objetal.

Em "Além do princípio do prazer", Freud (1920/1996) destacou que o traumático se refere a um excesso de excitação que denuncia impotência do aparelho psíquico em gerenciar as ligações. Damous e Klautau (2016) chamaram atenção para o fato de que

essas falhas deixam de fora o processo de ligação, que somados aos fracassos ambientais buscam alguma forma de ligação, mas que quando comparecem estão impregnadas pela pulsão de morte, o que conduz geralmente a uma compulsão à repetição.

Com efeito, o ataque massivo às ligações intra e intersubjetivas aparece ainda como um movimento destrutivo. A excitação insuportável do mundo interno e externo, que não encontra no sujeito uma fonte de para-excitação. Assim, se voltarmos à questão da ligação, podemos pensar que as rupturas das ligações estão também em relação com a experiência de uma dependência e de uma passividade, brutalmente rejeitadas, que a ligação ao outro gera. A necessidade do outro é tão ameaçadora que o sujeito prefere negar a existência do outro para garantir uma ilusão de independência e completude.

Novas abordagens teóricas da adolescência

A Teoria do Pensamento, elaborada por Bion (1962), veio permitir uma melhor compreensão da dinâmica relacional, sendo que quando se verifica uma falha na função *rêverie* da mãe as angústias da criança projetadas no seu interior não são devidamente contidas e elaboradas, levando a que surjam sob a forma de um *"terror sem nome"*, ou seja, ainda não existiu uma capacidade para lhes dar um sentido e um significado. Tal como a excitação que não podendo ser pensada e simbolizada é agida, sendo visível através dos comportamentos violentos dos adolescentes.

O Modelo das Transformações (Bion, 1982) permite-nos realizar uma leitura transformadora da violência ligada à excitação, o que só é possível através da compreensão dos processos dinâmicos e coconstrutivos onde o novo e ainda desconhecido pode ser ligado e integrado, traduzindo a comunicação e a coconstrução numa dinâmica relacional (Brown, 2011), a partir da qual passa a ser possível representar a relação com um objeto, o qual representa a experiência da transformação (Bollas, 1989). É a capacidade do adolescente de *"aprender com a experiência"* (Bion, 1991) que permite aceder para melhor compreender os processos psíquicos que se encontram em construção durante este período do desenvolvimento.

A adolescência é, por si só, uma fase do desenvolvimento que apresenta toda uma violência dadas as transformações que se operam na passagem da infância para a idade

adulta. Acrescem ainda as situações críticas, por vezes psicopatológicas, ligadas à auto e hétero agressão, à sexualidade agida, comportamentos dotados de um raiz violenta.

Metodologias projetivas: o Rorschach

A metodologia projetiva é extremamente rica no acesso ao mundo interno do sujeito, constituindo-se como uma ferramenta essencial para acessar, descrever e compreender as questões relacionadas com a violência e a sexualidade em curso durante o processo de desenvolvimento adolescente. Deste modo, o Rorschach constitui-se um instrumento privilegiado de acesso ao intersubjetivo.

Para a análise dos protocolos de que vamos falar, baseamo-nos nos trabalhos da Escola Francesa, podendo citar-se alguns como os trabalhos de Catherine Chabert (1998a/1998b), de Nina Rausch de Traubenberg (1990) sobre a representação de si e da relação, e de Michèle Emmanuelli & Catherine Azoulay (2001) sobre as especificidades da metodologia projetiva na adolescência.

Metodologia projetiva e adolescência

A metodologia projetiva deverá colocar em evidência o trabalho de ligação e de transformação que advém do encontro entre o sujeito e a situação projetiva, assim como a relação entre os objetos internos e externos, o que nos revela a capacidade de pensar, de criar e de (re)criar novos objetos. A necessidade de pensar com uma maior precisão e exatidão sobre os processos psíquicos que estão em construção durante o processo de desenvolvimento adolescente, suscita à investigação a necessidade de construir novos organizadores psíquicos, que permitam acessar e compreender a natureza da violência que está presente na adolescência. Partindo da investigação realizada por Duarte (2017), foi possível utilizar dois novos organizadores psíquicos no Rorschach: a *techne* e o *campo*, através dos quais foi possível pensarmos como é que a violência se encontra relacionada com a sexualidade na adolescência.

A *techne* é um conceito que permite explicitar o movimento inerente ao processo de tornar-se adolescente, na medida em que possibilita descrever o que não está construído à partida, mas que vai emergindo, como um processo de criação, como o tornar-se

adolescente, onde estão presentes um conjunto de construções psíquicas em curso para resolver a tarefa que é crescer e Ser (Duarte, 2017).

O *campo*, por sua vez, permite realizar uma leitura dos movimentos psíquicos que estão em construção durante o processo que é ser adolescente no caminho de vir a ser adulto, possibilitando a compreensão dos movimentos de conciliação que se verificam na oscilação contínua entre a avidez, a procura, o desejo de explorar vs. a impotência, o fechamento, o retraimento, numa retirada quase narcísica (Duarte, 2017).

A dinâmica de circularidade *techne-campo* presente durante o processo de tornar-se adolescente deverá ser reveladora de um bom processo criativo de simbolização, evidenciando a boa capacidade de contenção e de transformação do novo e do desconhecido presente na adolescência. Quando se verifica uma falha ao nível do processo criativo de simbolização e de contenção, a relação *techne-campo* traduz o excesso de excitação que não pode ser transformada e o corpo é o lugar que espelha a sua violência.

O Quadro 1 apresenta um resumo dos elementos que serviram de base para a análise conjunta de quatro protocolos de Rorschach de adolescentes (três meninos e uma menina), cuja sequência das respostas foi analisada como se de uma narrativa se tratasse (Hollway & Jefferson, 2000), permitindo compreender quais os movimentos psíquicos que estão presentes, acessando à singularidade de cada um dos adolescentes, permitindo-nos realizar uma nova leitura sobre os seus comportamentos sexuais e agressivos.

Quadro 1

Quadro resumo dos elementos de análise para o Rorschach adaptado do estudo realizado por Duarte (2017).

Organizadores psíquicos	Elementos qualitativos	Elementos quantitativos		
		Apreensão	Determinantes	Conteúdos
Techne				
- Processo criativo de simbolização e de coconstrução;	- Revelador da subjetividade e da originalidade dos processos do pensamento;	- G, D, Dd e Dbl associado a F+;	- F+; - K^+ e kan^+; - C, C´e E perspectiva; - $Clob^+$;	- H^+ e $(H)^+$; - A^+ e $(A)^+$; - Valor sexual;
- Falha no processo criativo de simbolização e de coconstrução.	- Impossibilidade de criar e incapacidade de elaborar a excitação.	- G, D, Dd e Dbl associado a F-; - Do.	- F- e F±; - K^-, kan^-e kp; C, C' e E textura e difusão.	- H^- e $(H)^-$; - A^- e $(A)^-$; - Valor agressivo e/ ou regressivo.
Campo				
- Relação de comunicação e de transformação (♀ - ♁);	- Comunicação reveladora da circularidade psíquica;	- G, D e Dbl associado a F+;	- F+; - K^+ e kan^+;	- H^+ e $(H)^+$; - A^+ e $(A)^+$; - Integridade;
- Falha na relação de comunicação.	- Incapacidade de representar a falha e organizar o caos.	- G, D, Dd e Dbl associado a F-; - Do.	- F- e F±; - K^-, kan^-, kob e kp; - $Clob^-$.	- Hd^- e $(Hd)^-$; - Ad^- e $(Ad)^-$; - Valor agressivo e/ ou regressivo.

Análise do protocolo de Rorschach de um adolescente

Apresentadas estas considerações gerais sobre o estudo realizado, vamos agora analisar com um pouco mais de detalhe o caso de um jovem adolescente, Stéphane, de 15 anos, que começou a frequentar o hospital-dia na França e que não mais frequenta a escola.

Ao longo de todo o protocolo de Stéphane foi possível identificar um jogo entre ligação-desligação que estava permanentemente em ação, numa clara tentativa de conter e de transformar a angústia que lhe é despertada a cada cartão e que não pode ainda ser pensada e elaborada, levando ao aparecimento de um duplo movimento: por um lado, a incapacidade em significar e, por outro, a explicitação da agressividade.

A sua dificuldade em representar o material desprovido de um significado é visível na perda de sentido, presente na sucessão das respostas que revelam uma certa estranheza na forma caótica e desordenada como são apresentadas. Evidenciando uma indiferenciação não só entre objetos, mas também entre diferentes reinos no plano simbólico, traduzindo uma incapacidade em ligar os afetos, ou seja, em operar um movimento criativo e (re)significador do seu processo de transformação adolescente.

A evocação de cenas agressivas surge associada a duas dimensões: relacionadas com o Eu, quando surgem através de respostas que nos dão conta da perda da sua integridade psíquica, que se traduzem pela evocação de partes de figuras humanas ou de animais, e em respostas anatômicas; ou relacionadas com a dinâmica da relação Eu-Outro, através de respostas que evocam um cenário mais infantil, o animal, onde as lutas já podem ser representadas. Amparo, Brasil e Wolff (2010), consideram que no acontecimento pubertário o sujeito vivencia as relações do eu-outro, mas também do eu-corpo, de modo que as respostas podem estar relacionadas as ameaças internas e externas à integralidade do Eu.

As pranchas compactas caracterizam-se pela existência de uma mancha densa que coloca o adolescente perante a difícil tarefa de a designar, emergindo uma outra particularidade no protocolo do Stéphane, uma dualidade entre presença-ausência, reveladora de uma dificuldade de reunião e de integração, chegando mesmo a culminar numa não-existência.

Na prancha I, Stéphane dá uma sequência de respostas que vão do "inseto", uma forma indefinida, a um "fantasma", uma apreensão do tipo claro-obscuro (FClob); um movimento revelador da falha de comunicação relacionada com o desconhecido inerente ao primeiro cartão, onde a existência do inseto, apesar da sua pouca espessura, dá lugar à inexistência representada pelo fantasma.

Na Prancha IV o movimento é claramente regressivo, numa retirada da força e da potência, numa progressiva perda do significado que culmina na evocação de um "diabo", uma figura irreal que pertence ao imaginário, e ao contexto das forças perturbadoras e que, segundo Chevalier e Gheerbrant (1982) é o símbolo do que perturba e a síntese das forças desintegradoras da personalidade.

Na prancha V apela à projeção da unidade e a um sentimento de integridade física e psíquica que, no caso de Stéphane, fica claramente comprometida nas sucessivas respostas dadas, que culminam com a evocação de "um corpo moribundo". Não existe uma verdadeira ligação entre a percepção e a projeção, ou seja, na construção que se opera entre o que a mancha evoca e o símbolo que a representa, o que emerge é um jogo entre o símbolo e a sua "sombra", na qual é colocado o objeto, permanecendo este vetando a uma não existência.

Este movimento parece funcionar como um mecanismo de para-excitação, que teria como função a anulação da tensão, que na realidade ao ser sentida tem de ser agida sob a forma de um comportamento que opere a descarga e que no Rorschach surge sobre a forma de uma grande dispersão entre espaço e lugares, o que nos faz pensar numa incapacidade transformativa de evocar uma imagem-símbolo que contenha e transforme a excitação psíquica.

As pranchas bilaterais suscitam a representação da dinâmica relacional. A prancha II apela para o relacional inscrito no pulsional, levando Stéphane para um movimento regressivo, evocando o interior do corpo, num claro retraimento que revela a existência de uma falta de integridade psíquica. Na Prancha III ele dá uma resposta que apela à dimensão relacional "…dois homens que querem fazer amizade…" uma boa representação do seu processo criativo e coconstrutivo, numa dinâmica que revela uma boa circularidade psíquica.

Na prancha VII, a qual apela para a relação primitiva com a mãe, que Stéphane se desorganiza consideravelmente, verbalizando uma sequência de respostas pontuada por fortes clivagens e por um acentuado movimento projetivo que culmina numa "…luta de galos", a evocação de um cenário onde um luta contra o outro por não se querer submeter, a evocação de uma cena agressiva deslocada para o reino animal, um movimento de afastamento facilitador da incapacidade sentida em dar um significado ao que de desorganizador emergiu no seu mundo interno com a visualização desta prancha.

A parte final do protocolo, nomeadamente as pranchas pastel, encontra-se igualmente pontuada pela presença de fortes contrastes e, por uma grande incapacidade em ligar os vários símbolos que vão sendo evocados, o que demonstra um completo

desligamento, não se verificando por parte do Stéphane uma capacidade em nomear e ordenar o caos da chegada ao fim da prova.

Quadro 2

Quadro resumo dos elementos encontrados na análise do protocolo de Rorschach do Stéphane.

Organizadores psíquicos	Elementos qualitativos	Elementos quantitativos		
		Apreensão	Determinantes	Conteúdos
Techne - Processo criativo de simbolização e de coconstrução; - Falha no processo criativo de simbolização e de coconstrução.	- Capacidade de simbolização (III e VIII Ban); - Predominância de personagens irreais, sobrenaturais ou de lenda; - Dificuldade de reunião e de integração/fortes clivagens.	- G e D associado a F+;	- K^+e kan^+; - $Clob^+$; - F^-; - K^-, kp;	- H^+ e $(H)^+$; - A^+ e $(A)^+$; - Valor sexual; - A^-; - Valor agressivo.
Campo - Relação de comunicação e de transformação (♀ - ♂); - Falha na relação de comunicação.	- A transformação ocorre no sentido de uma "não existência"; - A relação não ocorre na sua verdadeira aceção (III procura de relação e VII lógica agressiva); - Incapacidade de organizar o caos (IX Identificação projetiva massiva e X Dispersão).	- G e D; - G, D, Dd e Dbl associado a F-;	- F+; - F- e F±; - K^-, kob e kp; - Clob.	- A^+; - Hd^-; - Ad^-; - Valor regressivo (Anat).

Análise conjunta dos resultados dos protocolos de Rorschach

A análise conjunta dos protocolos de Rorschach, realizada com base nos organizadores psíquicos *techne* e *campo,* permitiu aceder e melhor compreender quais são os processos psíquicos que já se encontram formados e aqueles que ainda se encontram em construção durante o processo de desenvolvimento de adolescente que apresentam comportamentos auto e hétero agressivos.

No conjunto, o processo de simbolização e de coconstrução evidenciado pela *techne* é feito apenas na prancha V, através do reconhecimento da banalidade ("Morcego" e "Borboleta"), numa apreensão da mancha na sua totalidade (G). Por contraponto, verifica-se uma impossibilidade da simbolização do cartão VI, dada pela recusa. Também a entrada na prova (I) suscita nestes jovens a evocação de invólucros psíquicos, procurando delimitar o interno do externo, embora este movimento nem sempre seja conseguido atendendo ao predomínio de figuras irreais, sobrenaturais ou de lenda (I e IV), reveladoras de uma grande dificuldade ao nível do processo de simbolização e que traduzem a existência de problemáticas identitárias.

Nos cartões bilaterais e nos pastel a captação perceptiva é feita de uma forma parcial, em D, evidenciando a *techne* uma falha ao nível do processo criativo e o *campo* uma falha na relação de comunicação, na medida em que a relação Eu-Outro não se constitui como uma verdadeira relação, uma vez que domina uma lógica especular (Duarte, 2017). A evocação de partes do corpo é feita sem limites, entre o interno e o externo, num forte predomínio de respostas anatômicas, reveladoras de uma elevada angústia corporal.

A entrada nas pranchas pastel suscita a evocação da banalidade (VIII) com recurso a animais fortes e possantes, numa procura de compensação do sentimento que foi evocado com o conteúdo latente do cartão, o confronto com o que de primitivo e de destrutivo suscita o aparecimento da falha narcísica. Com o fim da prova chega o caos, com a dispersão do cartão X que foi impossível de conter e de transformar, verificando-se a capacidade de simbolização apenas numa lógica parcializada, não existindo uma circularidade psíquica no *campo*, dada a falha na relação de comunicação, impedindo por sua vez a *techne* de gerar um processo criativo de simbolização e de coconstrução, para a dinâmica afetiva viabilizada pelos últimos cartões do Rorschach.

Conclusão

A violência e a sexualidade são duas formas de expressão dos adolescentes, pelo que se constitui como essencial a possibilidade de compreensão dos processos que envolvem os comportamentos violentos (hétero e autoagressivos) dos adolescentes, de modo a ser possível acessar às especificidades das suas vulnerabilidades psíquicas.

Através da leitura dos comportamentos dos adolescentes a partir de novos organizadores psíquicos, nomeadamente a *techne* e o *campo*, passa a ser possível não apenas um enfoque direto no tipo de relação de objeto presente nos adolescentes vulneráveis, como a melhor compreensão dos processos psíquicos que estão em curso durante este período do desenvolvimento, o que irá permitir a criação de novos referenciais de leitura.

A análise do protocolo do Stéphane com base nos novos organizadores psíquicos permitiu-nos acessar a sua dificuldade de significar, que parece encontrar-se diretamente relacionada com a incapacidade de representação dos afetos, o que na realidade se traduz pelos seus comportamentos violentos, o que nas provas projetivas se traduz pela dificuldade na elaboração da Posição Depressiva (Rebelo, 2014), movimento que é particularmente evidente na incapacidade de transformação presente nos cartões compactos e nos pastéis do Rorschach.

Estes desenvolvimentos conceituais apresentam-se como uma mais-valia para o trabalho direto com os adolescentes, para uma melhor compreensão dos seus processos psíquicos, na intervenção terapêutica mais direta, mas também, num âmbito mais alargado através da implementação de medidas preventivas mais eficazes na sociedade, junto das escolas e das famílias.

Referências

Amparo, D. M.; Brasil T. K; Wolff, L. (2010). Adolescência e Psicose: Traumatismo e Violência do Pubertário. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 44* (3), 507-514.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.

Bion, W. R. (1982). *As transformações. A mudanças do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago.

Bion, W. R. (1991). *Atenção e Interpretação. O acesso científico à intuição em psicanálise e grupos*. Rio de Janeiro: Imago.

Birraux, A. (2012). Violência e objetos culturais. In D. M. Amparo, S. Almeida, K. Brasil, M. I. Gandolfo, & F. Marty (Orgs.). *Adolescência e violência: intervenções clínica, Psicossociais e Educativas (*pp. 227-238). Brasília: EdunB/Liber Livros.

Bollas, C. (1989). L'objet Transformationnel. *Revue Française de Psychanalyse*, LIII, 1181-1199.

Brasil, T.R. K. C., Conte de Almeida, S. F., Matos do Amparo, D., & Pereira, A. (2015). Adolescência, violência e objetos culturais: uma intervenção entre o educativo e o terapêutico no espaço escolar. *Estilos Da Clinica, 20*(2), 205-225. Doi: 10.11606/issn.1981-1624.v20i2p205-225

Brown, L. (2011). *Intersubjective Processes and the Unconscious. An integration of Freudian, Kleinian and Bionian Perspectives*. London: Routledge.

Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les liaisons dangereuses*. Paris: PUF.

Campagna, Viviane Namur, & Souza, Audrey Setton Lopes de. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia, 56(124)*, 9-35.

Chabert, C. (1998a). *O Rorschach na clínica do adulto. Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Chabert, C. (1998b). *A psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cardoso, M. R. (2014). Dependência e adolescência: a recusa da diferença. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, *17*(spe), 63-74.

Cardoso, M. R. & Dejours, C. (2001). Entrevista. *Revista Ágora, 4* (2), 89-94.

Cibella, C., & Cardoso, M. R. (2012). A traumática experiência de perda na adolescência. In: D. M. Amparo, S. F. C. de Almeida, K. T. R. Brasil; M. I. G. Conceição & F. Marty. (Orgs.). *Adolescência e violência: intervenções e estudos clínicos, psicossociais e educacionais.* (pp. 41-56). Brasilia: EdUnB/Liber Livros.

Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1982/1984). *Dicionário dos Símbolos. Mitos, Sonhos, Costumes, Gestos, Formas, Figuras, Cores, Números.* Lisboa: Teorema.

Damous, I., & Klautau, P. (2016). Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. *Tempo Psicanalítico*, *48* (2), 95-113.

Duarte, I. (2017). O Tornar-se Adolescente: grelha de análise para o Rorschach. *Psicologia da Criança e do Adolescente.* 8(1), 205-220.

Emmanuelli, M. & Azoulay, C. (2001). *Les épreuves projectives à l'adolescence. Approche psychanalytique.* Paris: Dunod.

Freud, S. (1920/1996). *Além do princípio de prazer.* Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Different: free association, narrative and the interview method.* London: Sage.

Kestemberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez les adole*scents, problèmes théoriques et techniques. Revue La Psychiatrie le l'Enfant, 5(2), 441-522.*

Marty, F. (2002). Introduction, le travail du lien ou le chaos. In Le Lien et quelques-uns de ses figures. Publications de l'Université de Rouen.

Marty F. (2012). A função do agir na adolescência. In Amparo, D. M; Almeida, S. F; Brasil, K. T.; Gandolfo, M. I. & Marty, F. (Orgs.), *Adolescência e violência: intervenções clínica, psicossociais e educativas* (pp. 17-29). Brasília: EdunB/Liber Livros.

Marty, F. (2015). Narcissisme, séduction et violence: Ce corps étranger. *L'école des parents. I*, (612), s.p.

Rausch de Traubenberg, N. (1990). *A Prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix.

Rebelo, T. (2014). Dépendance à l'adolescence: le vide par l'excès. *Ágora*, *17*, 99-110.

25 Adolescentes em conflito com a lei: escuta clínica e mediação terapêutica

Katia Tarouquella Brasil
Valerie Ganem
Jéssica Emanoeli Moreira da Costa
Klauciele Frota Ponte

Introdução

O capítulo aqui apresentado constituiu-se a partir de uma pesquisa apoiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal-FAP-DF, na temática da violência e do adolescente em privação de liberdade, que foi desenvolvida em uma unidade de internação no Distrito Federal. Este trabalho segue três eixos. O primeiro refere-se a uma retrospectiva histórica das políticas públicas em relação aos adolescentes em conflito com a lei. O segundo eixo buscará discutir o lugar da violência na dinâmica psíquica dos adolescentes em conflito com a lei, e o terceiro se refere ao método, que versará sobre as intervenções clínicas individuais e grupais no contexto institucional.

Histórico

Ao realizar uma breve retrospectiva da história dos adolescentes em conflito com a lei e da constituição da política de atendimento às crianças e aos adolescentes, desde de 1920, identificamos que esta é marcada pela exclusão e ausência de direitos. Em 1923 foi exarado o Decreto n°16.272, que instituiu o Regulamento de Assistência e Proteção aos Menores Abandonados e Delinquentes, que foi base para a elaboração do Código de Menores, de 1927, conhecido por *Código de Mello Matos*. Para Pillotti e Rizzini (1995) o código trazia uma visão jurídica repressiva e moralista e uma distinção entre "criança" e "menor" que, diferentemente do cenário atual, não fazia referência à idade, mas sim ao contexto social, sendo o termo "criança" usado para aquelas "de família", que tinham

condições financeiras, e “menor” apenas para se referir às crianças e adolescentes marginalizados e delinquentes.

Durante a Ditadura Militar, em 1964 foi criado um órgão de atendimento ao menor, Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), que reproduzia o autoritarismo do governo da época, e tinha um modelo correlacional-repressivo em relação aos menores (Vitta, et. al., 2018). Conforme a Funabem, os adolescentes eram divididos em dois grupos: o primeiro foi o dos "infratores", recolhidos na rua pela polícia e julgados pela Justiça, permanecendo sob custódia destas instituições; o segundo, o dos "abandonados", por falta de condições dos pais em criá-los ou por serem órfãos sem pais adotivos. Em 1979, foi promulgado um novo Código de Menores, Lei nº 6.697, em substituição ao Código Mello Mattos.

Em 13 de julho de 1990, após o término da ditadura militar, foi aprovada a Lei nº 8.069, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), substituindo o Código de Menores de 1979, e que se fundamenta na proteção integral à criança e ao adolescente. Com base nas diretrizes estabelecidas nos artigos 87 e 88 da Lei nº 8.069 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança – Conanda – que zela pela aplicação da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente e dá apoio aos conselhos estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não governamentais, para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei nº 8.069 (Brasil, 1990, p. 57).

Após 16 anos da criação do ECA e de amplo debate acerca das possíveis melhorias no atendimento de crianças e adolescentes e nas medidas de socioeducação, em 2006 foi criado o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase – que, segundo a Lei Federal nº 12.594/2012, art. 1º, é:

> § 1º o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei. (Sinase, 2017, p.11).

Os modelos vigentes da socioeducação para com os adolescentes em conflito com a lei é assegurado pelas normativas do ECA, ou seja, somente pessoas na faixa etária entre 12 e 18 anos que praticam ato infracional estão sujeitas às medidas socioeducativas. Excepcionalmente, a sua aplicação e o seu cumprimento poderão ser estendidos até os 21 anos (Brasil, 1990). Essas medidas podem ser cumpridas em meio aberto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida) ou em meio privativo de liberdade (semiliberdade e internação). Apesar de não serem compreendidas como penas e apresentarem caráter predominantemente pedagógico, as medidas socioeducativas obrigam que o adolescente em conflito com a lei as cumpram, sujeitando-o, inclusive, às sanções previstas no ECA.

No levantamento de 2015, dos 24.628 adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade no Brasil (Brasil, 2018), no Distrito Federal o número de adolescentes nessa condição corresponde a 1.080, que registra um aumento de 30% em relação ao ano de 2013. Das 476 unidades socioeducativas do Brasil, 12 unidades estão no DF, sendo a maior parte exclusiva para adolescentes do gênero masculino.

Segundo o Sinase (Brasil, 2018), 47% (12.960) do total de atos infracionais em 2016 foram classificados como similar a roubo e 1% de tentativa de roubo. Identificou-se 22% (6.254) com relação ao tráfico de drogas. Por outro lado, foram registrados 10% (2.730) do total de atos praticados como atentado à vida, acrescidos de 3% de tentativa de homicídio. Souza et al. (2019) destaca que esses dados evidenciam que a maioria dos atos infracionais não se relacionam à violência contra a pessoa.

Os dados do Sinase (Brasil, 2018) mostram um total de 24.628 atendidos, sendo 18.567 em medida de internação (70%), 2.178 em regime de semiliberdade (8%) e 5.184 em internação provisória (20%). Há, ainda, outros 334 adolescentes/jovens em atendimento inicial e 187 em internação-sanção. Além desses dados, as informações sobre raça/cor no país evidenciam que 59,08% dos adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade foram considerados de cor parda/preta.

Diante do exposto, pode-se inferir que o ato infracional cometido pelos adolescentes envolve questões multidimensionais e complexas, representadas por problemas vivenciados no âmbito social e em contextos de vulnerabilidade, preconceito,

desigualdade e racismo, dentre outros, como também pelos elementos que permeiam o funcionamento psíquico dos adolescentes transgressores.

O lugar da violência na adolescência

A temática da violência, no que se refere à adolescência e juventude, atualmente vem preocupando tanto em termos de frequência quanto de intensidade, exigindo uma reflexão sobre as suas múltiplas causalidades e situações para seu agravamento. Nenhuma análise sobre esse tema pode reduzir a complexidade da violência, principalmente aquelas nas quais os jovens são os principais envolvidos, uma vez que aspectos psíquicos, relacionais, políticos ou sociais estão envolvidos. Portanto, abordar, esta questão requer considerar a interrelação desses fatores e principalmente buscar compreender seu impacto junto à população jovem.

Se por um lado nos deparamos com a complexidade do tema violência, por outro estudos realizados por diferentes autores e perspectivas teóricas (Arendt, 2001, 2002; Le Breton, 2003, Marty, 2006), assinalam que mudanças culturais têm contribuído para a banalização da questão, a partir de uma disposição cultural em considerar fenômenos de violência explicita como naturais. A violência, no entanto, principalmente no que se refere à juventude, não pode ser apenas compreendida pela agressividade inerente ao ser humano, como algo constitutivo da subjetividade, particularmente nesse período do desenvolvimento, nem tampouco atribuída somente a fatores externos aos sujeitos, como conflitos sociais e exclusão social baseados em relações de poder e violência. Ela supõe uma análise que possa integrar essas duas dimensões e que revele a sua complexidade.

No que se refere à adolescência, pode-se colocar em discussão alguns aspectos relativos ao funcionamento psíquico dos adolescentes que passam ao ato de forma violenta. O que a passagem ao ato pode nos indicar sobre a dinâmica psíquica desses jovens? No contexto da adolescência, de que violência se trata? E de que modo o contexto da exclusão social contribui para o ataque à civilização.

Algumas pistas nos apontam para a particularidade da adolescência, que coloca em perspectiva uma reorganização da identidade, corporal, psicológica e sexual (Marty,1998, 2006; Gutton, 1990; Gomes & Lima, 2019), ao mesmo tempo em que também aponta para

a fragilidade narcísica que nesse momento de remanejamento pode levar o adolescente a agir, para sair da sensação de ser agido, no sentido da intensidade das transformações (Jeammet, 2006), em que o adolescente precisará encontrar um lugar social diferente daquele da família, um lugar subjetivo enquanto sujeito no mundo como nos apontam Warpechowski e Conti (2018).

Por um lado pode-se sublinhar a interação entre a violência pubertária e o registro sublimatório que permitiria a renúncia à satisfação pulsional imediata (Marty, 1998). Por outro lado trata-se, também, de distinguir a violência aguda das condutas delituosas da violência interna de essência pubertária, sendo que esta última envolve as transformações corporais às vezes vividas como verdadeiros traumatismos, da violência aguda com características de ataque destrutivo ao outro e às instituições.

Configurando hipóteses de natureza metapsicológica, Jeammet (2006) coloca como condição essencial para emergência da violência o ataque ao narcisismo e a defesa contra o que é percebido como uma ameaça à identidade, considerando que as suas diferentes modalidades de expressão apontam para os remanejamentos defensivos do eu e a capacidade de ligação com a pulsão abrindo o campo da agressividade e sua articulação com os fantasmas sádicos e masoquistas. Marty (1998, 2019) compreende a passagem ao ato pelo evitamento do conflito interno e pelo investimento na realidade externa, no outro, de modo que este torna-se ameaçador e precisa ser destruído. De toda forma a questão da passagem ao ato toca dimensões narcísicas e objetais, bem como a forma com que o sujeito lida com a agressão, suas raízes psíquicas e a ligação com o impulso destrutivo interior pubertário. Mas também se refere a uma violência como defesa em relação às injustiças sociais, a precariedade de vida e ao trabalho dos pais. Por isso, é preciso analisar, de um lado, os elementos psíquicos e traumáticos relacionados à violência mas também, por outro lado, os aspectos sociais e econômicos relacionados a ela, pois, a clínica psicanalítica nos confronta com as angústias oriundas da exposição à violência, ao abandono e a precariedade social (Rudge, 2003).

Pesquisas com jovens em situação de risco colocam em relevo um aspecto fundamental ligado à questão da violência, seja ela vivida ou atuada, a qual precisa ser mais explorada (Marty, 2006; Barbosa & Lang, 2015). O traumático está relacionado ao impacto psíquico, e diz respeito tanto às angústias presentes no processo de constituição

do sujeito quanto às experiências vividas que nem sempre são passiveis de serem representadas (Barbosa & Lang, 2015; Brasil, Almeida, Amparo, & Pereira, 2015).

Esses autores têm ressaltado que a realidade social e psicológica dos adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social é plena de experiências reais de traumatismos, como a exposição à violência, ao abandono, às drogas, aos maus tratos, entre outras, que produzem repercussões psíquicas na constituição da identidade e da saúde mental (Prati, Couto, & Koller, 2009; Paula, Moreira, & Andreoli, 2016). Vale destacar que, com frequência, esses jovens convivem em seu cotidiano com a violência em suas relações e com a fragilidade dos mediadores da cultura. O contexto social em que vivem os lançam em um desafio externo e interno, que produz uma exigência de trabalho psíquico.

Qual seria então o trabalho psíquico que esses adolescentes não suportam ou não conseguem realizar? De certa forma, até que ponto se poderia falar de uma dificuldade desses adolescentes, narcisicamente frágeis, de ligar a agressividade na sua economia psíquica? Se por um lado podemos ter como hipótese que há uma fragilidade narcísica no adolescente que passa ao ato pela via da violência, por outro também podemos nos perguntar sobre a capacidade do registro sublimatório desses jovens e os recursos que lhes são oferecidos pela cultura e pela relação com os adultos.

Os espaços de pertencimento e de socialização são indispensáveis para a estruturação dos processos identificatórios na adolescência e, nesse sentido, a compreensão do ato violento deve considerar o contexto relacional de seus atores. Assim, quando existe uma rede social funcional, ou seja, protetiva, afetiva, confiável e firme, esses adolescentes tendem a serem mais preservados. Por outro lado, quando o ambiente não funciona de forma protetiva existe maior probabilidade dos adolescentes se comunicarem de forma sintomática, sendo o ato violento uma forma dessa expressão.

Os adolescentes em conflito com a lei, na situação institucional se posicionam muitas vezes em ataque aos vínculos, pela dificuldade em confiar e em investir em relações que eles supõem que devam ser temporárias, além da pouca confiança nas pessoas que compõem a instituição, sejam os profissionais e mesmo outros adolescentes. Este trabalho apresenta uma discussão sobre a escuta clínica no contexto institucional e seus desafios em relação à saúde mental.

As patologias relacionadas ao agir se constituem em um desafio para o clínico, pois os sintomas se situam massivamente fora da cena psíquica. Esses sujeitos se colocam de modo projetivo em relação ao clínico e à equipe de acolhimento, pois o ato, o sofrimento, a violência são os outros e a linguagem não possui exatamente o *status* de comunicação intersubjetiva. Com efeito, o modo de relação possui sempre o risco da violência e da destruição, o que se revela uma problemática essencialmente narcísica.

Em relação ao plano econômico, esses sujeitos evidenciam um "curto-circuito", uma forma de paralisia do pensar, uma obstrução da simbolização. Esse funcionamento procura evacuar uma tensão gerada psiquicamente, que seria a prevalência do processo primário em detrimento do secundário.

No plano dinâmico, identifica-se uma oscilação entre o agir tipo ataque e fuga, amparado por uma angústia de perseguição e de uma colagem ao objeto, visando amortecer angústias de perda do objeto. Os mecanismos de defesa arcaicas, como a negação, a clivagem e a identificação projetiva patológica dominam o quadro clínico.

Diante de uma situação de dor, que se transforma em sofrimento psíquico, quando se trata de uma dor que não pode ser simbolizada, o sujeito irá funcionar a partir da neutralização afetiva e sob o registro do ato e da ação direcionada ao outro. Desse modo, a clínica da passagem ao ato comporta uma mensagem (não verbal) endereçada ao outro, como uma tentativa de comunicar, de partilhar e de colocar para o outro as situações traumáticas que o sujeito internamente não consegue simbolizar. Nesse caso, estamos na clínica da falta de sentido e da falta de ligação. Assim, a problemática que nos é exposta é que o ato se situa como uma tentativa de simbolização, que passa pelo agir e não pelo recalcamento. Assim, o outro como objeto de projeção se torna também objeto de suporte para uma subjetividade que não se interioriza.

Simbolização na clínica do agir e a função da mediação

A intervenção proposta nesse trabalho se apoia na mediação a partir dos objetos culturais, mas o que é mediação? Qual sua função? E por que utilizá-la com os adolescentes vulneráveis? A palavra mediação vem do latim '*mediare*' e quer dizer dividir ao meio, repartir em duas partes iguais ou ficar no meio de dois pontos. Birraux (2013)

lembra da importância dos objetos culturais para a mediação das tensões, para o reconhecimento do outro e para a construção de laços sociais. Os objetos culturais mediadores do mundo interno e do mundo externo seriam a música, a dança, a pintura, mídia digital, as narrativas, os desenhos, entre outros. Para o adolescente que está em um processo de ser um sujeito novo, diferente daquele que existia na infância, os objetos culturais se situam como um espaço em que ele se recria e se reinventa.

Nesse sentido a função dos objetos culturais seria de contribuir com a canalização da agressividade interna dos adolescentes, antes que ela se torne um campo livre para as manifestações de violências destrutivas, de exibições e ataques sexuais. O adolescente poderá transformar, por meio dos objetos da cultura, aquilo que nele se encontra transbordante, como o medo, a angústia, a sexualidade, a desesperança, a passividade e a revolta pela exclusão social.

Método

a) *Intervenções coletivas com objetos mediadores*

O método de intervenção em grupo teve como integrantes sete meninos adolescentes de 16 a 19 anos incompletos, e que cumpriam medida socioeducativa de internação. Os participantes foram selecionados pela Instituição, e se colocaram como voluntários. Teve-se a preocupação de não colocar adolescentes de grupos rivais ou com alguma espécie de rixa no mesmo espaço grupal. Inicialmente não houve uma demanda espontânea na composição dos grupos, mas para permanecer no grupo foi necessário que os adolescentes manifestassem junto aos profissionais o interesse de participar, logo após a proposta de intervenção ter sido apresentada. Os registros da intervenção foram feitos por meio de diário de campo.

Procedimentos

Os grupos de fala com os adolescentes ocorreram na Unidade de Internação e foram conduzidos por duas estagiárias do curso de Psicologia, uma psicóloga bolsista da pesquisa, supervisionadas por uma psicóloga/psicanalista. Foram realizados sete encontros, com duração de 1h20m. Os grupos proporcionaram aos adolescentes um espaço de fala compartilhada, por meio de dispositivos de mediação cultural. O objeto

mediador assume, no grupo, uma grande importância na medida em que os mediadores culturais são atraentes para os adolescentes, pois mobilizam as sensibilidades, como um imã que atrai a vida pulsional (Rebelo & Thomas, 2016). Nesse espaço grupal, privilegiou-se a escuta clínica desses jovens e a emergência da construção de narrativas por meio de dispositivos de mediação tais como imagens e material audiovisual. Kaes (2010) afirma que se a mediação encontra-se tão presente no debate contemporâneo é, provavelmente, porque ela exprime a necessidade que temos em tratar de uma modo novo as questões da origem, dos limites mas, sobretudo, da violência. No contexto desse espaço grupal com objeto mediadores a proposta era de promover um espaço de uma cadeia associativa grupal e elementos da transferência, de modo que a transferência nesse espaço era depositada no material, mas também na relação com o terapeuta que apresentava o material, ou seja, uma transferência sobre o enquadre. Em relação à mediação Brun (2013) propõe diferenciar dois tipos de dispositivos de grupo: um dispositivo criativo e um dispositivo terapêutico. A autora enfatiza que os dispositivos de mediação cultural e artístico não se apoiam na transferência nem na interpretação dos trabalhos produzidos, esses *ateliers* não são uma prática de psicoterapia psicanalítica e podem ser conduzidos por artistas e educadores. Vale destacar que os dispositivos de mediação que se referem diretamente ao campo da psicoterapia psicanalítica se apoiam na dinâmica transferencial e no objeto mediador, o qual visa se constituir em um material para a simbolização, para a associatividade grupal e para o trabalho de interpretação dos terapeutas.

É a partir da ideia de que os objetos da cultura podem ter uma função mediadora para o adolescente, como uma via de acesso ao processo de simbolização, que os *ateliers* de audiovisual, de desenho e de narrativa para os adolescentes em situação de privação de liberdade foram propostos. Os objetos da cultura oferecem uma experiência de criação e de mediação entre o mundo interno e o mundo externo, de modo a criar um espaço de significação dos conteúdos ameaçadores, como a morte, a violência, mas também como um espaço de sonho. Assim, os objetos da cultura possuem uma grande importância, pois se inserem em uma zona de criatividade e de jogo (Winnicott, 1975).

b) *Intervenção Individual- Plantão psicológico*

Os atendimentos individuais de escuta clínica foram oferecidos aos adolescentes, pois observou-se que no espaço grupal eles tendiam a ser mais reservados diante dos outros adolescentes e nem sempre se dispunham a falar de suas fragilidades e inquietações mais privadas. Além disso, buscou-se identificar a construção do vínculo com a psicóloga pesquisadora e não funcionária da instituição. Esses atendimentos foram realizados sem hora previamente marcada, por isso foram chamados de "Plantões Psicológicos", com duração de aproximadamente 40 minutos, em um espaço privado dentro da instituição. Os adolescentes foram inicialmente encaminhados para o atendimento individual pela Direção da escola, com o acordo da Direção da Unidade de Internação mas, aos poucos, outros adolescentes, que não estavam na lista de indicação souberam dos atendimentos e espontaneamente pediram para ver a psicóloga no dia do "Plantão Psicológico". Esses plantões eram supervisionados por uma psicanalista integrante do grupo de pesquisa.

Pôde-se observar que ao longo dos encontros, nas intervenções em grupos e nas individuais com os adolescentes em conflito com a lei, eles puderam expressar, em suas falas, vivências de raiva, desamparo, indignação, como também as fragilidades dos vínculos, e por sentirem-se desprezados pela sociedade e pelo descrédito dos quais sentem-se alvo.

Discussão

Nas intervenções em grupo os objetos mediadores serviram como elementos catalisadores de expressão do mal-estar em relação à história de exclusão, de violência de desamparo e de raiva.

A falta de um lugar no tecido social

....a sociedade lá fora vê quem tá aqui de dentro como bicho, pô... porque tipo o pessoal pra julgar, pra tacar a marreta em todo mundo aqui, ... agora pra ajudar, pra dar um estímulo, pra dar uma oportunidade não aparece ninguém entendeu?

Nesse cenário, o sofrimento psíquico evidencia um trabalho de elaboração da precariedade social, traduzida pelo adolescente como a falta de um lugar no mundo, revelado no *atelier* de desenho. Tendo em conta esse entendimento, os espaços coletivos e individuais de escuta e de fala oferecidos aos adolescentes, na Unidade de Internação, constituíram lugares onde o seu sofrimento pôde ser qualificado e nos quais a palavra tornou-se um meio privilegiado de comunicação e vínculo ao grupo e ao psicoterapeuta.

O dispositivo de mediação permitiu, ainda, dentro de certos limites impostos pelo contexto institucional e pela realidade psíquica dos adolescentes, maior elaboração simbólica das experiências vividas como traumáticas. O suporte do enquadre possibilitou, por mínima e provisória que fosse, a inscrição em um tecido social que se propunha a escutá-los e a reconhecê-los como sujeito.

Na construção de narrativa grupal foram apresentadas algumas imagens, a partir das quais os adolescentes puderam construir, de modo coletivo, uma história ficcional. A intervenção pretendeu colocar a simbolização no centro do grupo e da vida psíquica desses jovens, de modo a ampliar seus recursos simbólicos através das narrativas. Assim, a situação grupal promoveu a construção de uma história compartilhada, que funcionou como um elemento mediador entre mundo interno e externo. Além disso, possibilitou a mobilização dos recursos simbólicos a partir de imagens oferecidas ao grupo e que podem ser observadas nas falas a seguir: “a morte é o nome da história...”; “Era uma vez um personagem que só matava...”; “a morte veio buscar o menino, bota alguém do lado e a morte veio buscar ele...”. Nessas narrativas, a temática da morte foi abordada de modo central, aparecendo ao mesmo tempo ameaçadora e sedutora. Esse tema povoa o cotidiano e as fantasias desses jovens. As falas a seguir se referem à origem da morte. “de onde é que ela surgiu?”; “num sei. Acho que é do inferno”. Nesse espaço narrativo, foi possível abordar o lugar da morte na vida desses adolescentes e como ela é, ao mesmo tempo, temida, ameaçadora, mas também sedutora. Evidenciou-se, ainda, que o risco de morrer coloca em suspensão projetos futuros, como observou-se nas falas a seguir: “o futuro é nóis que faz.”; “ninguém sabe o dia de amanhã.”.

A incerteza sobre si e seu futuro parece compor com o tema da morte uma parceria que aponta para a desesperança frente um futuro incerto, mas que por meio da fala pôde ser compartilhado e mediado pelas imagens que funcionaram como recursos de

simbolização e de aquisição de sentido, que recria, reconstrói, reordena e reestrutura a relação entre mundo interno e mundo externo. Uma simbolização apoiada no trabalho psíquico, Freud (1914/1996) reconheceu nosso aparelho mental como sendo um dispositivo destinado a dominar as excitações que, de outra forma, seriam sentidas como aflitivas, ou teriam um efeito patogênico. A elaboração das excitações que carregam o aparelho psíquico auxilia o escoamento das excitações. As narrativas podem ser entendidas como um trabalho, um esforço de ligação exigindo do aparelho psíquico uma transformação da energia pulsional em energia ligada.

O Plantão psicológico

No plantão a dimensão da desconfiança e do abandono compareceram de diversas formas. Uma das primeiras falas do adolescente direcionada para a psicóloga no plantão psicológico, foi "você vai fazer algum relatório para o juiz?" Diante da negativa da psicóloga, continuou-se o atendimento com o esclarecimento de que ela era uma psicóloga pesquisadora e, por isso, ela não tinha nenhuma obrigação de fazer relatórios para o juiz. O fato da psicóloga não ser funcionária da instituição a possibilitou uma autonomia em relação à escuta desses jovens, mas também na constituição de um vínculo menos ameaçador.

Um dos adolescentes atendidos disse que não tinha nada de bom para contar sobre a sua vida. A psicóloga disse, então, que ele podia falar do que ele quisesse, então ele começou a falar sobre a sua vida no crime, relatou que entrou muito jovem na venda de drogas e que andava com outro jovem mais velho que era como se fosse pai deles, e não deixava fazer besteira. Relatou a vida em um barracão, e que passavam o dia jogando vídeo game, fumando e conversando, saiam a noite para fazerem os "corres" (roubos). Quando esse jovem mais velho foi preso, ele e o outro adolescente começaram a matar os inimigos e a roubar. Perguntado sobre sua família, relatou que não tinha um bom relacionamento com a mãe, e que o pai tinha falecido quando ainda era criança e que ele também era das "quebradas" e que morreu em uma guerra de gangues, mas como tinha muitos amigos sua morte foi vingada.

O relato acima evidencia a fragilidade do vínculo com a mãe, mas uma forte identificação com o pai e com a vida e morte deste, mas também uma frágil consciência moral. Marty (2006) ao convocar uma discussão sobre a perversão a partir de um caso clínico, aborda a negação da violência que este submete o outro, mas também sua submissão em relação a seu mundo pulsional e que para satisfazê-lo estará disposto a tudo. A transferência em jogo testa a capacidade do analista em sustentar a escuta da miséria, da violência e da transgressão no relato no contexto institucional. Debieux (2016) destaca que a escuta de sujeitos que padecem do desamparo social nos convoca a refletir também sobre o desamparo.

Outro adolescente começou a abordar sua expectativa para chegada do seu primeiro filho e relatou que a atual namorada estava morando com a mãe dele, seu irmão de dois anos, seu padrasto e sua avó. O pai faleceu quando ele era criança, e não tiveram muito contato. Falou que entrou "para essa vida do crime" por influência dos amigos e para ser aceito por eles por meio do dinheiro e poder. Entrou para um esquema de falsificação de placas de carro, segundo ele esse esquema era mais limpo e leve, mas no caminho de uma festa foi surpreendido pela polícia em um carro furtado. A espera do filho o deixava ansioso para querer sair logo, mas seu próximo saidão seria apenas no Natal. Estava triste porque perderia os primeiros dias de vida do filho. A perspectiva de construir uma família parece colocar esses adolescentes em uma reconstrução da imagem paterna, muitas vezes ausente ou desinvestida. A escuta desses jovens revelou uma tentativa de tessitura das relações familiares, face ao sentimento de abandono e a precariedade social e psíquica. Esse espaço de fala permitia a externalização dos afetos, subvertendo a aridez da experiência da internação.

Considerações finais

Os adolescentes e jovens em conflito com a lei em sua maioria são herdeiros da exclusão social e das situações de violência em que vivem suas famílias e, para eles, o reconhecimento e o lugar no tecido social passam por formas alternativas e igualmente excludentes que não se relacionam com o mundo do trabalho nem com a escola, sendo esta, via de regra, o lugar em que esses meninos conheceram as primeiras experiências de fracasso e de exclusão.

Um aspecto evidenciado na escuta desses jovens refere-se aos vínculos familiares marcados por histórias de abandono e de convivência com as transgressões mais diversas e pela penúria econômica. Essas experiências podem se constituir como um elemento traumático do ponto de vista psíquico, mas também do ponto de vista das relações e das constituições de vínculos afetivos com o outro e do esgarçamento do laço social.

Os espaços de fala – coletivo e individual – com perspectivas terapêuticas potencializam a elaboração das situações vivenciadas e produzem novos modos de se vincular, mesmo que esse vínculo seja constantemente testado e ameaçado de se romper. De modo que cabe ao psicólogo sustentar o vínculo afetivo que se manifesta com muita ambivalência, mas que é possível de ser construído e ter um efeito reparador. Sendo assim, entende-se que além dos espaços educativos e de formação nas unidades, propor espaços em que a produção de vínculo afetivo possa se efetivar pode ser um forte elemento para a consolidação do laço social.

Referências

Arendt, H. (2001). *Poder e violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Arendt, H. (2002). *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva.

Barbosa, J. F., & Lang, C. E. (2015). Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social. *Estilos da Clinica*, *20*(2), 339-345.

Birraux, A. (2013). *L'adolescent face à son corps*. Paris: Albin Michel.

Brasil (1990). Presidência da República . *Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providência*s. Brasília: DOU.

Brasil (2017). *Levantamento anual Sinase 2014: privação e restrição de liberdade*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Recuperado de: http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/levantamento-sinase-2014.

Brasil (2018). Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. *Levantamento Anual Sinase 2014*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da

República. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/marco/Levantamento_2016Final.pdf >. Acesso em: 19 nov. 2018.

Brasil, K. C. T. R., Almeida, S. F. C. de, Amparo, D. M., & Pereira, A. M. (2015). Adolescência, violência e objetos culturais: uma intervenção entre o educativo e o terapêutico no espaço escolar. *Estilos da Clinica*, *20*(2),205-225.

Brun, A. (2013). Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale. In A. Brun, B. Chouvier; & R. Roussillon. *Manuel des médiations thérapeutiques.* (pp. 95-120). Paris: Dunod.

Debieux, M.R. (2016). *A Clínica Psicanalítica em Face da Dimensão Sociopolítica do Sofrimento*. São Paulo: Escuta.

Fernandes, W. J., Svartman, B., & Fernandes, B. S. (Orgs.).(2003). *Grupos e configurações vinculares.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar. O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 12) . Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1914).

Gomes P. S., & Lima, N.L. (2019). Um mundo sem adultos: efeitos subjetivos dos adolescentes à deriva. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 51.1, p. 134-158.

Gutton, P. *Le pubertaire*. (1990). Paris : PUF.

Jeammet, P. (2006). As patologias do agir na adolescência. In: M. Amaral (Org), *Educação, psicanálise e direito*. (pp. 22-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaes, R. (2010). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. *Le carnet-Psy*, *1*(141), 35-38.

Le Breton, D. (2003). *Adeus ao corpo*: *antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus.

Marty, F. (1998).L´illégitime violence: la violence et son dépassement à l´adolescence. Ramonville Saint-Agne: Ères.

Marty, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, *9*(1),119-131.

Marty, F. (2019). Pierre Rivière, Une violence adolescente? *Adolescence, 37* (2), 289-312.

Paula, T., Moreira, F. & Andreoli, S.(2016). Efetividade do atendimento psicossocial na continuidade escolar de adolescentes em vulnerabilidade social. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 25*(4), 789-798.

Pillotti, F., & Rizzini, I. (Orgs.). (1995). *A arte de governar crianças. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño/Santa Úrsula/Amais.

Prati, L. E., Couto, M. C. P. de Paula, & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(3), 403-408.

Rebelo, T., & Thomas, M. (2016). O trabalho de narratividade com adolescentes em uma residência terapêutica. In K. T. Brasil & D. Drieu (Orgs). *Mediação, Simbolização e Espaço Grupal*. (152-171). Brasília: Liberlivros, Unesco.

Rudge, A.M. (2003). Trauma e temporalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VI* (4), 102-116.

Vitta, A. L., Checa, M. E. P., Bruno, B. S., Galeano, G. B., Santos, S. dos, & Scisleski, A. C. C. (2018). A lei em conflito com os jovens: problematizando políticas públicas. *Revista Polis e Psique, 7*(2), 4-27.

Warpechowski, M. B., & Conti, Luciane De. (2018). Adolescer em contextos de vulnerabilidade e exclusão social. *Estilos da Clinica*, *23*(2), 322-343.

Winnicott, D. W. (1975) *O brincar & a realidade*. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago.

26 Construção do Protocolo de Polícia Judiciária para depoimento especial de criança e adolescente

Cristiane Faiad
Lucas Heiki Matsunaga
Júlia Salles Menezes
Ana Cristina Melo Santiago
Úrsula Rodrigues Gomes Ducanges

Em tempos passados, crianças e adolescentes eram consideradas frágeis e de responsabilidade exclusiva de seus pais. Contudo, em determinado momento, o Estado foi acionado para intervir por eles, exigindo-se a construção de uma rede de proteção legal. Isso se deve ao fato de eles terem se tornado cada vez mais reconhecidos como alvos de diferentes tipos de violência (Gonçalves & Sani, 2013), incluindo maus-tratos, violência sexual, dentre outros.

Esse reconhecimento ocorreu em razão de a violência sexual contra crianças e adolescentes se apresentar como uma das mais cruéis formas de violações de direitos e é identificada pela Organização Mundial de Saúde (2017) como um problema de saúde pública, visto as diferentes consequências advindas para as vítimas e seus familiares. Tal violência deve ser entendida como uma situação de extrapolação de limites diversos de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que essa sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais e familiares e também de tabus. E, nessa visão, deve ser compreendido que as situações de abuso, em qualquer nível, infringem maus-tratos às vítimas (Faleiros, 2000).

O abuso sexual pode ocorrer em diversos contextos e ser intra ou extrafamiliar. Comumente, essa violência ocorre dentro de casa e é cometida por pessoas próximas à vítima (Braun, 2002). Além disso, em um estudo realizado com a participação de 40 meninas, entre oito e 16 anos, vítimas de abuso sexual, foi constatado que os pais e os

familiares também são os principais acolhedores de denúncias, porém, mesmo em decorrência disso muitas medidas de proteção não são tomadas ou não há registro formal em órgãos de proteção por parte deles (Habigzang, Da Silva Ramos & Koller, 2011). Somado a isto, os efeitos do abuso sexual em crianças e adolescentes configuram-se de forma ampla, variando de acordo com a idade, a duração do abuso, o grau de violência, a diferença de idade, o grau de relação entre o agressor e a vítima, e a presença de segredos ou ameaças impostas a ela, além da negligência dos pais ou responsáveis em relação à proteção destes (Amazarray & Koller, 1998).

Portanto, as consequências que vivências como essas trazem para indivíduos ainda em formação e em pleno desenvolvimento emocional, cognitivo e psicológico são diversas. Acolhê-los é uma medida de urgência e para que tal proteção seja integral, como preconiza a Constituição Federal de 1988, é preciso que sejam garantidos os direitos fundamentais especiais de crianças e adolescentes, como os elencados em seu artigo 227. Estado, sociedade e família devem se unir em uma rede de garantia de direitos e apoio ao atendimento para a vítima, essenciais para sua proteção:

> Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Ainda nesse contexto de proteção surge, dentre outros investimentos do Estado, a Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017 que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, e que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). De acordo com o art. 4º, §1º, "a criança e o adolescente serão ouvidos sobre a situação de violência por meio de escuta especializada e depoimento especial", instituindo-se como possibilidades de ação a previsão desses dois procedimentos. Desta forma, Rovinski e Pelisoli (2019) consideram que pela primeira vez a legislação diferencia esses dois procedimentos, tornando-se uma

importante contribuição da normativa, inclusive com a possibilidade de antecipação de prova.

Por escuta especializada, conforme o art. 7º da referida lei, entende-se "o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade". Já o depoimento especial é definido no art. 8º como "o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária".

Outra importante contribuição para o avanço dos procedimentos, está na publicação do Decreto nº 9.603 de 10 de dezembro de 2018. Além de regulamentar a lei, especificou-se diretrizes e procedimentos a serem adotados pelos diferentes órgãos envolvidos, incluindo diferentes preocupações sobre o desenvolvimento e características da criança ou do adolescente. Essa lei estabelece, também, a exigência de que o depoimento seja realizado por meio de protocolos de oitivas e que o relato seja gravado (Rovinski & Pelisoli, 2019). Assim, nesta definição, surgem duas importantes questões que serão tratadas neste capítulo: o papel da autoridade policial neste contexto e a necessidade de instrumentalização das oitivas, por meio de um protocolo adequado a este contexto e com evidências científicas que contribuam para este processo.

A polícia neste contexto

A Polícia Judiciária possui importante papel no combate aos mais diversos tipos de violação de direitos praticados em desfavor de crianças e adolescentes, uma vez que, nas atribuições constitucionalmente definidas, cabe a ela realizar investigações criminais, por meio de Inquérito Policial ou Termo Circunstanciado, colaborando com o Sistema de Justiça Criminal, coletando indícios da prática de crime e de sua autoria, ou mesmo, durante o desenvolvimento deste trabalho, concluindo pela inexistência do delito ou pela autoria diversa da preliminarmente apontada.

Não restam dúvidas que a atividade da Polícia Judiciária esteja diretamente ligada à persecução penal e a responsabilização dos autores, desvinculada, no entanto, da acusação e da defesa. Aqui, interessa-nos a verdade dos fatos reais. É certo também que o delegado

de polícia, nos dizeres do Ministro Celso de Melo, em seu voto no HC 84548/SP, "é o primeiro garantidor da legalidade e da justiça". Ressalta-se que a investigação criminal, por afetar direitos fundamentais de todos os envolvidos – vítimas e investigados –, e ser o marco inicial para uma persecução penal bem-sucedida, deve pautar-se de forma técnica, legal e imparcial.

Contudo, verifica-se grande resistência, em alguns núcleos da sociedade e mesmo em órgãos assistenciais, no reconhecimento que uma faceta muito importante da proteção é a responsabilização do agressor, que começa no âmbito policial e se concretiza no judicial. Cabe à Polícia Judiciária levantar as evidências que expliquem o que de fato houve, buscando elucidar a suspeita de abuso sexual, ou de qualquer outra violação, ou mesmo em eliminar tais hipóteses, tudo por meio de um intrincado e complexo processo investigativo.

São muitos os caminhos que uma suspeita percorre até chegar à uma unidade policial. Na Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), vinculada à Polícia Civil do Distrito Federal, recebem-se demandas dos Disque-denúncia, dos Conselhos Tutelares, das Secretarias de Saúde e Educação, do Ministério Público, do Judiciário, bem como por meio dos boletins de ocorrência policial próprios ou de outras unidades policiais. As suspeitas de violações chegam, na maioria das vezes, sem qualquer materialidade – formatadas apenas em uma mera desconfiança dos comunicantes.

Um dos procedimentos realizados durante a investigação policial é a coleta do depoimento especial da vítima. Atualmente, com a publicação da Lei nº13.431/2017, é atribuição da polícia e do judiciário realizar a coleta das declarações de crianças e adolescentes, por meio de oitiva que respeite seus direitos, utilizando-se de protocolos que viabilizem um relato espontâneo e o mais fidedigno possível. A DPCA tem realizado a oitiva de crianças e adolescentes desde a sua criação, em 12 de outubro de 1999. Dessa forma, a mencionada lei veio confirmar e validar o que já era realizado nesta delegacia especializada.

Embora justiça e polícia tenham a mesma atribuição, há algumas diferenças quanto aos objetivos, necessidades e realidades que o trabalho em cada esfera exige. Na polícia, ocorre – na maioria das vezes – o início do processo de apuração dos fatos. A primeira provocação ou suspeita chega na esfera policial preferencialmente. Nesta instância, lida-se

com o fato ainda sobremaneira inexpressivo e desestruturado. Por isso, um protocolo construído especificamente com foco na responsabilização – dimensão essencial quando se trata do combate e da prevenção à violência contra crianças e adolescentes, proporcionará um depoimento mais efetivo para esclarecimento das suspeitas.

Ressalta-se que não há outro caminho para se proteger crianças e adolescentes que não passe por uma atuação em rede. Escolas, conselhos tutelares, unidades de saúde, Ministério Público, Judiciário e polícia são órgãos imprescindíveis para a proteção integral. Cada um deve exercer seu papel, sempre visando cumprir suas atribuições legais. Sendo assim, o fortalecimento e reconhecimento da importância de cada personagem é fundamental para que o objetivo maior seja alcançado, que é o fato das crianças e dos adolescentes sejam por fim protegidos da grande gama de violências que os atinge.

No que tange à esfera policial, cabe o desafio de cumprir seu papel, assegurando acima de tudo o bem-estar da criança ou do adolescente em toda sua forma protetiva. Uma das formas foi a busca por instrumentalizar a autoridade policial, por meio de um protocolo adequado a este contexto, aliado a todo um programa de capacitação destes profissionais. Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo apresentar a construção do Protocolo de Polícia Judiciária para Depoimento Especial de Criança e Adolescente. O protocolo criado tem o objetivo de colher, na esfera policial, o Depoimento Especial de crianças e adolescentes apontados como vítimas ou testemunhas de violência – priorizando a condição de ser em desenvolvimento, a diminuição dos danos da revitimização e garantindo a oportunidade de direito de fala, com a finalidade de produzir elementos probatórios, com base na legislação vigente.

A construção do Protocolo

A construção do protocolo contou com sete fases, baseadas no Modelo de Construção de Instrumentos proposto por Pasquali (1999), no Standards (2014) e na experiência prática dos agentes de polícia da DPCA da PCDF. Este processo foi realizado por meio de uma parceria de pesquisa, firmada entre a Polícia Civil do Distrito Federal e a Universidade de Brasília (LabPAM-UnB/PCL/PSTO/UnB), incluindo a atuação de alunos em estágio supervisionado. As etapas são descritas a seguir.

Etapa 1: Mapeamento do depoimento especial no Brasil – foi realizado um levantamento de informações existentes sobre a realização do depoimento especial em delegacias de cada estado brasileiro a partir de comunicação direta. Tal ação teve como resultado o dado de que não há no Brasil uma padronização no uso de instrumentos durante as oitivas e, até mesmo, a ausência deles. Em decorrência disto e aliado à exigência da legislação, a construção de um instrumento para esse contexto tornou-se ainda mais necessária.

Etapa 2: Levantamento de protocolos nacionais e internacionais – foram analisados 11 protocolos quanto à estrutura e ao conteúdo propostos. A Tabela 1 apresenta, de forma resumida, a identificação dos instrumentos avaliados.

Tabela 1
Estrutura apresentada dos protocolos nacionais e internacionais avaliados

Protocolo	Estrutura
Entrevista cognitiva melhorada	. *Rapport* . Explicar objetivos da entrevista . Relato livre . Questionamento . Estratégias de recuperação . Questões importantes para investigação . Resumo . Encerramento . Avaliação
Entrevista, passo a passo	. Introdução . *Rapport* . Estabelecimento de regras . Necessidade de dizer a verdade . Introduzir o tópico de preocupação . Narrativa livre . Questões abertas . Questões específicas . Conclusão
Achieving Best Evidence in Criminal Proceedings: guidance for vulnerable or intimidated witnesses, including children	. *Rapport* . Narrativa livre de fatos lembrados . Questões gerais . Fechamento
Interviewing Child Witnesses under the Memorandum of Good Practice: A research review	. *Rapport* . Narrativa livre . Perguntas abertas . Perguntas fechadas, porém específicas . Fechamento
Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar- Tilman Furniss	Sem estrutura.
Child Sexual Abuse Interview Protocol (CSAIP)	. *Rapport* . Narrativa livre . Questões gerais . Fechamento
Guidance on Interviewing Child Witness in Scotland	. Introdução . *Rapport* . Narrativa Livre . Questões gerais . Fechamento
The Cornerhouse Forensic Interview Protocol (Ratac)	. *Rapport* . Identificação anatômica . "*Touch Inquiry*" . *Abuse Scenario* . Fechamento

(continua)

Tabela 1
Estrutura apresentada dos protocolos nacionais e internacionais avaliados (final)

Protocolo	Estrutura
Metropolitan Toronto Special Comitee on Child Abuse	. Rapport . Questões gerais . Pergunta de transição . Questão sobre o abuso . Questões finais
Depoimento Especial- NCAC Rapport	1. Introdução 2. Engajamento Inicial 3. Instruções para entrevista (regras) 4. Prática Narrativa- Treinamento de memória episódica 5. Família Fase Substantiva 1. Transição 2. Descrição narrativa 3. Perguntas de acompanhamento 4. Esclarecimento 5. Fechamento
The National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Protocol	. Introdução . Rapport . Treino de memória episódica . Transição para as questões substantivas . Investigação dos eventos . Intervalo . Informações não informadas . Se a criança não menciona as informações desejadas . Informação sobre a revelação . Tópico Neutro.

Fonte: Proposta de Menezes e Matsunaga (2018). Manuscrito não publicado

A análise dos instrumentos nacionais e internacionais evidenciou seis importantes fatores, a saber: a) necessidade de um protocolo específico à esfera policial com basea nas demandas da legislação vigente no Brasil; b) exploração de peculiaridades da conduta criminosa que são fundamentais para a tipificação do crime constarem na proposta de um

protocolo; c) necessidade de um protocolo que se adeque ao ambiente policial e entenda sua realidade; d) constatação de que os protocolos existentes, apesar de suas qualidades, não são capazes de abarcar as demandas do contexto policial; e) falta de padronização do uso de protocolos no Brasil, principalmente no contexto policial; f) falta de uso de protocolos no contexto de oitivas dentro da polícia. Tais fatores revelam a necessidade da construção de um protocolo que atenda a legislação vigente, considerando-se para o contexto específico.

Etapa 3: Pesquisa observacional a partir de oitivas realizadas por policiais. Nesta fase, pesquisadores da Universidade de Brasília, com devida autorização institucional, realizaram a observação de oitivas policiais em delegacia de polícia para entender com maior clareza a realidade brasileira sobre este procedimento. Observa-se, como nota importante, que esta observação foi realizada antes da instauração da lei do Depoimento Especial discutida neste trabalho.

Etapa 4: Realização de visitas a instâncias jurídicas com prática em depoimento especial. Durante esse processo, os pesquisadores ainda visitaram outras instâncias do sistema jurídico e de proteção à criança e ao adolescente, para entender a integração e responsabilidade dos demais órgãos neste processo.

Etapa 5: Formação de grupos focais – Junto a agentes da Polícia Civil com ampla experiência em depoimentos especiais, procurou-se subsidiar a construção do protocolo e de um manual de uso deste instrumento. Nesse processo, foi realizado um amplo questionamento sobre cada fase, estratégia, desafio e dificuldades na condução de entrevistas. Além de verificar soluções práticas, em conjunto, para o melhor acolhimento e proteção às vítimas neste contexto.

Etapa 6: Análise de conteúdo da primeira versão do manual, junto a especialistas na área- Nesse procedimento especialistas atuantes em órgãos que integram a rede de proteção à criança e ao adolescente avaliaram o conteúdo e concordância do instrumento, os quais obtiveram um índice de concordância de 80% entre juízes e ele foi adaptado a partir de comentários e críticas de especialistas.

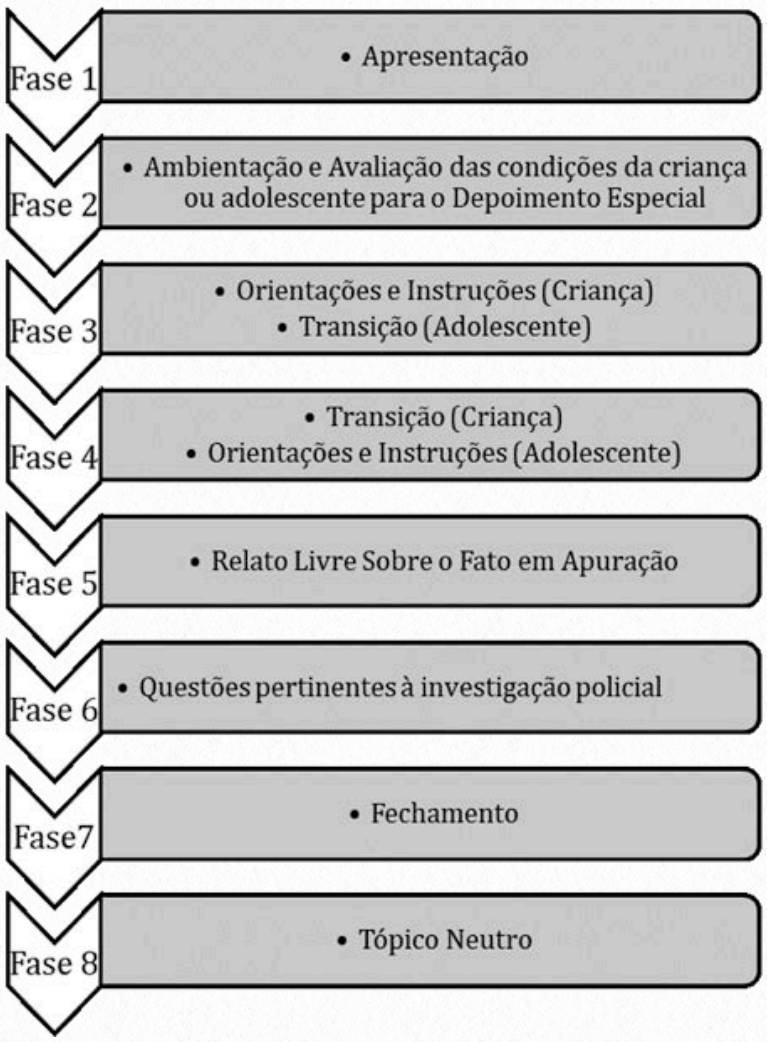
Etapa 7: Grupos focais para análise de conteúdo técnico disposto pelos especialistas e alterações sugeridas. Nesse momento, foi apresentado a grupos focais de agentes de polícia

o instrumento reformulado a partir da fase anterior, verificando a possibilidade de inclusão de novas medidas para aperfeiçoamento do instrumento, tendo como base as críticas e os comentários levantados.

Etapa 8: Elaboração de um manual para uso do protocolo e disponibilização de todo o material construído no site da PCDF, no tópico Folders, Cartilhas, Cursos de aperfeiçoamento e Manuais para livre acesso (https://www.pcdf.df.gov.br/unidades-policiais/escola-superior-de-policia-civil-espc/folders-e-cartilhas). A versão final do protocolo constitui-se por oito fases que devem ser cumpridas de forma ética e eficiente durante as oitivas, conforme apresentado na figura 1.

Etapa 9. Realização de grupos focais pós-implementação do instrumento- Nesse procedimento foi possível realizar uma pesquisa de experiência dos usuários do instrumento, verificando como o instrumento se adequou à atuação diária do agente de po**lícia.**

Figura 1
Estruturação das fases do Protocolo



Para cada uma das fases, foi construído um objetivo previamente delineado, conforme apresentado na Tabela 2. A cada agente caberia capacitar-se no uso deste protocolo, de forma a não apenas compreender os objetivos propostos, mas, também, os diferentes aspectos envolvidos no depoimento especial, para além das questões técnicas da esfera policial.

Tabela 2
Descrição do nome e objetivos de cada fase do protocolo

Fase 1	**Ambientação**	**Apresentação da sala, do policial responsável pela oitiva e da criança/do adolescente, reportando ao entrevistado sobre a necessidade da filmagem durante o depoimento especial.**
Fase 2	**Avaliação da criança/do adolescente para a oitiva**	**Perguntas gerais sobre rotina e convivência familiar, avalia simultaneamente o desenvolvimento da criança/do adolescente, as condições emocionais e faz observações sobre as condições físicas. Realiza-se também o treino de memória episódica para fidedignidade do que for relatado.**
Fase 3	**Orientações e instruções (para crianças) Transição (para adolescentes)**	**Em caso de realização com crianças, esta fase consiste no estabelecimento de regras. Já com adolescente, tem o intuito de informar e explicar sobre a Delegacia de Proteção, além de sua importância e papéis diante da sociedade.**
Fase 4	**Transição (criança), orientações e instruções (para adolescentes)**	**Para adolescentes esta fase consiste no estabelecimento de regras e para as crianças esta fase tem o intuito de informar e explicar sobre a Delegacia de Proteção, além de sua importância e papéis diante a sociedade.**
Fase 5	**Relato livre**	**Narrativa livre, pela criança ou pelo adolescente, sobre os fatos em apuração.**
Fase 6	**Questões pertinentes à investigação policial**	**Na hipótese da revelação da violência, essa fase busca esclarecer pontos do relato e circunstâncias do evento crítico.**
Fase 7	**Fechamento**	**Esclarecimento em relação à possíveis dúvidas e posterior agradecimento pela presença à Delegacia.**
Fase 8	**Tópico Neutro**	**Conversa ou atividade que não possua qualquer relação com o tema abordado anteriormente.**

Considerações finais

Embora uma maior ênfase tenha sido dada a casos cuja investigação versa sobre violência sexual e maus tratos, o presente protocolo deve ser utilizado em situações de violações diversas, tanto para crianças e adolescentes apontados como vítimas quanto para testemunhas, bastando-se apenas à adaptar as perguntas a serem feitas ao respectivo fato em apuração. Assim, enfatiza-se que o essencial para a perfeita aplicação do presente protocolo são os procedimentos de formulação de questões, sejam elas quais forem, realizando-as de modo a colher as informações primordiais (o que, como e onde) sem induzir ou direcionar a resposta da criança ou do adolescente. Além disso, acima de tudo, conforme preconizado no objetivo deste instrumento e tendo como prioridade a condição de ser em desenvolvimento da criança e do adolescente, torna-se essencial o foco na diminuição dos danos relativos à revitimização e, por consequência, garantindo a oportunidade de direito de fala, com a finalidade de produzir elementos probatórios com base na legislação vigente.

Para isso e em decorrência da construção deste protocolo, até o ano de 2019, a DPCA realizou em diferentes estados brasileiros, a capacitação de cerca de 500 agentes de polícia, incluindo outras instituições. Tal ação tem como meta a garantia de que os agentes construam importantes competências para essa escuta especializada, para além dos conhecimentos da esfera policial.

Finalizado o processo de construção do instrumento, foram ainda realizados estudos de evidências de validade nos quais foram analisadas 52 oitivas, com base na proposta de Alves Junior (2013) e Alves Junior, Nelson-Gardell, Tavares & Young, (2019). Acrescido a tais dados, foram ainda avaliados dados de critério como, por exemplo, a eficiência dos dados produzidos a partir da construção deste protocolo. Tais dados têm sido balizadores para o aprimoramento do instrumento e na busca por uma prática de qualidade no depoimento especial, realizado na esfera policial no Brasil. Principalmente, tornando este instrumento alicerçado em estudos científicos, de uso público e com livre acesso.

Referências

Alves Júnior, R. T. (2013). *Um sistema de análise de entrevistas forenses com crianças em casos de suspeita de abuso sexual*. Tese de Doutorado: manuscrito não publicado. Universidade de Brasília: Brasília.

Alves Júnior, R. T., Nelson-Gardell, D., Tavares, M., & Young, T. L. (2019). Developing a functional code system to analyze forensic interviews with suspected victims of child sexual abuse. *Child and adolescent social work journal, online,* 1-12.

Amazarray, M. R., Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão e crítica, 11*(3), 559-578.

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing.* American Educational Research Association.

Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. AGE.

Brasil. (2017). *Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA)*. Brasília:DOU.

Brasil. (2018). *Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência*. Brasília: DOU.

Distrito Federal. Polícia Civil (2018). Protocolo de Polícia Judiciária para depoimento especial de crianças e adolescentes e Manual do Protocolo. (Acessível em https://www.pcdf.df.gov.br/unidades-policiais/escola-superior-de-policia-civil-espc/folders-e-cartilhas)

Faleiros, E. T. S. (2000). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: Thesaurus.

Gonçalves, M. J. & Sani, A. I. (2013). Instrumentos jurídicos de proteção às crianças: do passado ao presente. *E-cadernos CES 20*, 186-200.

Habigzang, L. F., Da Silva Ramos, M., Koller, S. H. (2011). A revelação de abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27*(4), 467-473.

Rovinski, S. L. R. & Pelisoli, C. L. (2019). *Violência sexual contra criança e adolescentes: testemunho e avaliação psicológica*. São Paulo: Vetor.

WHO - World Health Organization. (2017). *Preventing child maltreatment: a guide to talkink action and generating evidence.* Genève: WHO.

ANEXO

Protocolo de Polícia Judiciária para depoimento especial de crianças e adolescentes

Fase 1 – Apresentação
Objetivos: Apresentação da sala, do(a) policial responsável pela oitiva e da criança ou do(a) adolescente. Incluir explicação sobre filmagem.
1. Buscar e acompanhar a criança ou o(a) adolescente na recepção até a sala de oitiva. 2. Identificar-se, apresentar o ambiente e informar sobre a filmagem.

Fase 2 –Ambientação e avaliação das condições da criança ou do(a) adolescente para prestarem o Depoimento Especial
Objetivos: realizar perguntas gerais sobre rotina e convivência familiar, avaliando simultaneamente o desenvolvimento da criança ou do(a) adolescente, além de condições emocionais e observações sobre condições físicas. Realizar treino de memória episódica e solicitar relato sobre o dia.
1. Observar condições emocionais e físicas da criança ou do(a) adolescente durante a interação. 1.1 Observar o humor da criança ou do(a) adolescente, a partir dos seus comportamentos. 1.2 Verificar a disponibilidade da criança ou do(a) adolescente em interagir com o policial responsável pela oitiva. 1.3 Observar marcas visíveis apresentadas na criança ou no(a) adolescente. 2. Avaliar a capacidade de relatar eventos passados, levantando dados sobre o desenvolvimento da criança ou adolescente. 2.1 Perguntar sobre a rotina da criança ou do(a) adolescente e sua situação familiar. 2.2 Pedir para que a criança ou o(a) adolescente relate um evento, distante temporalmente,de sua vida como seu último aniversário, com o máximo de detalhes possíveis.

Fase 3 (em caso de criança) – Orientações e instruções
Objetivos: orientar como a oitiva deve acontecer. Estabelecer regras sobre verdade e certificar-se de que as perguntas expostas foram compreendidas.
1. Explicar à criança que serão feitas perguntas a ela sobre fatos relativos à sua vida. **2. Explicar que as respostas deverão seguir as seguintes instruções:** 2.1 Verificar se a criança conhece o conceito de verdade e solicitar a ela que apenas fale a verdade. 2.2 Verificar se a criança conhece o conceito de lembrança e solicitar que fale somente daquilo que se lembrar. **3. Explicar à criança que fale somente aquilo que souber.** 3.1 Informar que ela poderá dizer que não sabe responder. 3.2 Solicitar que informe ao policial responsável pela oitiva quando não compreender a pergunta. 3.2 Solicitar à criança que corrija o policial responsável pela oitiva, quando for necessário. **4. Verificar se a criança compreendeu as instruções e se possui dúvidas.**
Fase 3 (em caso de adolescente) – Transição
Objetivos: explicação sobre a delegacia.
1. Explicar o papel e o trabalho que a polícia civil realiza na proteção de crianças e adolescentes. 1.1 Perguntar se o/a adolescente sabe o local onde está. 1.2 Explicar sobre o local onde está. 1.3 Perguntar se o/a adolescente sabe sobre o conceito de proteção. 1.4 Explicar sobre a importância do/a adolescente ter sido convidado/a para falar sobre a sua história de vida.

Fase 4 (em caso de criança) – Transição
Objetivos: explicação sobre a delegacia. Se a criança souber o motivo pelo qual compareceu, avançar para a próxima fase. Caso contrário, realize as questões de transição.
1. Explicar o papel e o trabalho que a polícia realiza na proteção de crianças e adolescentes. 1.1 Perguntar se a criança sabe onde está. 1.2 Explicar sobre o local onde está. 1.3 Perguntar se a criança sabe sobre o conceito de proteção. 1.4 "O que aconteceu para você estar aqui hoje?". **2. Realizar questões de transição a seguir, como último recurso.** 2.1 "Já aconteceu alguma coisa que você não gostou?" 2.2 Conversar com a criança buscando informações relacionadas à violência sem, no entanto, mencioná-la diretamente.
Fase 4 (em caso de adolescente) – Orientações e instruções
Objetivos: Orientar como a oitiva deve ocorrer. Ao final, se o adolescente souber o motivo pelo qual compareceu à delegacia, avançar para a próxima fase.
1. Explicar ao(à) adolescente que ele(a) será questionado(a) sobre fatos relativos à sua vida. **2. Explicar que as respostas deverão seguir as seguintes instruções:** 2.1 Falar somente sobre o que realmente aconteceu; 2.2 Verificar se o(a) adolescente conhece o conceito de lembrança e solicitar que fale somente daquilo que se lembrar; 2.3 Orientar que o(a) adolescente informe caso não se lembre de algo que lhe foi perguntado, não saiba a resposta ou não compreenda alguma colocação do policial responsável pela oitiva ou, de alguma forma, for necessário corrigi-lo. **3. Verificar se o(a) adolescente compreendeu as instruções e se possui dúvidas.** **4. Perguntar se o(a) adolescente sabe o motivo pelo qual foi chamado até a delegacia.**
Fase 5 – Relato livre sobre o fato em apuração
Objetivos: narrativa livre da criança ou do(a) adolescente sobre os fatos em apuração.

Fase 6 – Questões pertinentes à investigação policial

Objetivos: Na hipótese da revelação da violência, após o relato livre, ou das questões de transição, esclarecer pontos do relato, buscando auxiliar na elucidação e compreensão do fato noticiado e suas circunstâncias. Fechar lacunas que ficaram abertas ou sem explicação durante o relato livre (fase 5).

Importante: Utilizar algumas das perguntas a seguir apenas de acordo com a necessidade e relevância para o caso, adequando-as ao nível de compreensão da criança ou do(a) adolescente.

Investigação policial de crimes contra a dignidade sexual

1. Proporcionar o relato livre com expressões não indutivas, como:

Exemplo: *"Conte-me o que aconteceu."*

Exemplo: *"Fale-me mais sobre isso."*

Exemplo*: "Então, conte-me com o máximo de detalhes que você conseguir. Do início ao fim."*

2. Solicitar que a criança ou do(a) adolescente esclareça o nome de todos(as) os(as) citados(as) no seu relato. Se possível, informar como localizá-los(as) e identificá-los(as).

3. Investigar COMO ocorreram o(s) fato(s).

3.1 Questionar sobre forma de abordagem/*modus operandi* do(a) agressor(a);

3.2 Realizar os seguintes questionamentos sobre aspectos da dinâmica do abuso

3.2.1 Sobre a conduta libidinosa.

3.2.1.1 Perguntar se e como ocorriam os movimentos e contatos com as partes do corpo utilizadas no ato libidinoso.

3.2.1.2 Investigar se o contato físico se deu sobre ou sob as vestes.

Exemplo: *"Alguma parte do corpo dele(a) encostava no seu?"*

Exemplo: *"Ele(a) tocava em mais algum lugar do seu corpo?"*

Exemplo*: "Ele(a) pedia que você tocasse em alguma parte do corpo dele(a)?"*

Exemplo: "Como era esse toque?"

3.2.2 Sobre dor/sangramentos nas partes íntimas em virtude da conduta libidinosa.

Exemplo: *"Saiu algo do(a) seu(ua)____(utilizar a palavra que a criança ou o(a) adolescente usou para nomear a própria parte íntima)?"*

Exemplo*: "Ele(a) usou algo no seu corpo?"*

3.2.3 Sobre a presença de ejaculação e outras secreções

Exemplo: "*Saiu algo do ___(utilizar a mesma palavra que a criança ou o(a) adolescente usou para nomear aquilo que saiu da parte íntima do agressor) que saiu?*

3.2.3.2 Em caso de resposta afirmativa, solicitar que descreva o que saiu.

*Exemplo: "O que aconteceu com o(a) ____(*utilizar a mesma palavra que a criança ou o(a) adolescente usou para nomear aquilo que saiu da parte íntima do agressor

3.2.4 Perguntar sobre o uso de preservativos e lubrificantes

Exemplo: "Ele(a) usava algo no(a) ____ (utilizar a palavra que a criança ou o(a) adolescente usou para nomear a parte íntima dele(a) ?"

3.2.5 Buscar informacões sobre qualquer objeto que esteja relacionado ou tenha sido utilizado na conduta do(a0 agressor(a) para o cometimento da violência.

3.2.5.1 Em caso positivo, questionar onde e como tais objetos estão armazenados

Fase 6 – Questões pertinentes à investigação policial (continuação)

3.3 Perguntar sobre a conduta do(a) agressor(a)

3.3.1 Questionar sobre segredos ou outras interações verbais voltadas para a criança/adolescente ou terceiros.

3.3.2 Verificar se o(a) agressor(a) costumava falar algo antes, durante ou após a violência.

3.3.3 Questionar se o(a) agressor(a) falou que poderia acontecer alguma coisa com a criança ou o(a) adolescente ou, ainda, outras pessoas próximas a ela/ele, caso ela revelasse para alguém.

3.3.4 Sobre subornos, realizar os seguintes questionamentos:

3.3.4.1 Indagar se a criança ou o(a) adolescente recebia, ou já recebeu, algum presente, dinheiro, ou um tratamento diferenciado por parte do(a) agressor/a.

3.3.4.2 Perguntar em que circunstâncias isso acontecia.

3.3.4.3 Questionar se o(a) agressor(a) pedia alguma coisa em troca.

3.3.5 Perguntar sobre a existência ou utilização de armas, drogas e bebidas.

3.3.5.1 Em caso afirmativo, solicitar que descreva as características, a forma de uso e o(s) local(is) onde o(s) objeto(s) ficava(am) guardado(s).

4. Investigar QUANDO e ONDE ocorreram os fatos.

4.1 Se a criança ou o(a) adolescente apresentar dificuldade em localizar temporalmente os eventos, auxiliá-la(o) com os seguintes tópicos:

4.1.1 Perguntar se os fatos aconteceram perto de uma data específica.

4.1.2 Explorar como e quando a violência teve início e fim.

Exemplo: *"Isso aconteceu uma ou mais de uma vez?"*[1]

4.1.3 Explorar algum outro evento adicional que a criança ou adolescente mencionar.

4.2 Perguntar onde o(s) fato(s) acontecia(m), inclusive local geográfico para fins de encaminhamento posterior para o fórum respectivo.

5. Investigar a existência de outras vítimas do(a) suposto(a) agressor(a).

5.2 "Em caso afirmativo, perguntar o que está acontecendo e como soube".

5. 3 Verificar se a criança ou o(a) adolescente, conhecidos ou familiares, ainda estão expostos a algum risco ou se mantém contato com o(a) agressor(a).

6. Conhecer o processo de revelação

6.1 Perguntar para a criança ou o(a) adolescente para quem ele contou e em quais circunstâncias.

Exemplo: "*Algo te impediu de contar antes?*"

Fase 6 – Questões pertinentes à investigação policial (continuação)
7. Levantar informações sobre a atitude daqueles que tomaram conhecimento sobre a violência. 7.1 Investigar o que fizeram quando souberam. 7.2 Explorar o que aconteceu depois que houve a revelação.
8.Identificar possíveis testemunhas. 8.1 Questionar se havia mais alguém no local do fato. 8.2 Investigar o que esta(s) pessoa(s) estava(m) fazendo e se presenciou o fato noticiado.
9.Buscar informações sobre a existência de provas materiais (como fotos, câmeras, computador, celular, ou qualquer objeto que esteja relacionado ou tenha sido utilizado na conduta do(a) agressor(a)). 9.1 Na possível presença de material pornográfico, questionar: 9.1.1 Como foi produzido. 9.1.2 Como foi exposto à criança/adolescente. 9.1.3 Onde o material está armazenado.
Investigação policial de maus tratos
1. Proporcionar o relato livre com expressões não indutivas Exemplo: "Conte-me o que aconteceu" Exemplo: "Fale-me mais sobre isso" Exemplo: "Então, conte-me com o máximo de detalhes o que você conseguir. Do início ao fim." **2. Solicitar que a criança ou o(a) adolescente esclareça o nome de todos os(as) citados(as) no seu relato. Se possível, como localizá-los(as) e identificá-los(as).** **3. Investigar COMO ocorreu(ram) o(s) fato(s).** 3.1. Questionar sobre a frequência das agressões; 3.2. Questionar o que desencadeou a agressão; 3.3. Perguntar no que consistiam as agressões e se era utilizado algum instrumento para o cometimento das mesmas; 3.4. Indagar em qual parte do corpo a criança ou o(a) adolescente era agredida(o) e se ficavam marcas; 3.4.1. Em caso positivo, indagar sobre como eram essas marcas. 3.4.2 Indagar se ainda existem marcas visíveis; 3.5. Questionar se era vítima de castigos e no que consistiam os mesmos; 3.6. Investigar se havia privação de cuidados higiênicos e alimentares; 3.6.1 Em caso positivo, perguntar em quais circunstâncias. 3.7. Questionar se a criança ou o(a) adolescente era deixada(o) sozinha(o) sem a presença de um responsável ou com outras crianças; 3.7.1. Em caso positivo, perguntar em quais circunstâncias. 3.8. Perguntar se frequenta rotineiramente alguma instituição de ensino. **4. Questionar se a criança e o(a) adolescente executa alguma tarefa doméstica, quais são elas e de que forma.** **5.Questionar sobre segredos ou outras interações verbais voltadas para a criança ou o(a) adolescente ou terceiros.**

Investigação policial de maus tratos (cont.)

6. Verificar se o(a) agressor(a) costumava falar algo antes, durante ou após a violência.

7. Questionar se o(a) agressor(a) falou que poderia acontecer alguma coisa com a criança ou o(a) adolescente ou outras pessoas próximas a ela/ele, caso ela/ele revelasse para alguém.

8. Perguntar sobre a existência ou utilização de armas, drogas e bebidas.

8.1 Em caso afirmativo, solicitar que descreva as características, a forma de uso e o(s) local(is) onde o(s) objeto(s) ficava(m) guardado(s).

9. **Investigar QUANDO e ONDE ocorreram os fatos**.

9.1 Se a criança ou o(a) adolescente apresentar dificuldade em localizar temporalmente os eventos, auxiliá-lo com os seguintes tópicos.:

9.1.1 Perguntar se os fatos aconteceram perto de alguma data específica.

9.1.2 Explorar como e quando a violência teve fim

Exemplo: "Isso aconteceu uma ou mais de uma vez?"*[1]

9.1.3 Explorar algum outro evento adicional que a criança ou adolescente mencionar.

9.2 Perguntar onde acontecia, inclusive local geográfico para fins de encaminhamento posterior para o fórum respectivo.

10. Investigar a existência de outras vítimas do(a) suposto(a) agressor(a).

10.2 "Em caso afirmativo, perguntar o que está acontecendo e como soube".

10.3 Verificar se a criança ou o(a) adolescente, conhecidos ou familiares ainda estão expostos a algum risco ou se mantém contato com o(a) agressor(a).

11. Conhecer o processo de Revelação

11.1 Perguntar para a criança ou o(a) adolescente para quem ele contou e em quais circunstâncias. Exemplo:"Algo te impediu de contar antes?"

12. Levantar informações sobre a atitude daqueles que tomaram conhecimento sobre a violência.

12.1 Investigar o que fizeram quando souberam.

12.2 Explorar o que aconteceu depois que houve a revelação.

13. Identificar possíveis testemunhas.

13.1 Questionar se havia mais alguém no local do fato.

13.2 Investigar o que esta(s) pessoa(s) estava(m) fazendo e se presenciou(aram) o fato noticiado.

14. Buscar informações sobre qualquer objeto que esteja relacionado ou tenha sido utilizado na conduta do(a) agressor(a), como cintos, chinelos, fios, ou qualquer outro utilizado para o cometimento da violência

14.1 Em caso positivo, questionar onde e como tais objetos estão armazenados.

Fase 7: Fechamento
Objetivos: Esclarecer as possíveis dúvidas da criança ou do(a) adolescente
1. Realizar as seguintes perguntas para obtenção de informações adicionais. 1.1 Perguntar se a criança ou o(a) adolescente tem algo mais a acrescentar para o depoimento. 1.2.Indagar se a criança ou o(a) adolescente tem alguma dúvida. 1.3. Questionar se já aconteceu alguma outra coisa que a criança ou o(a) adolescente gostaria de relatar. **2. Avaliar a necessidade de encaminhamento à rede de proteção.** **3.Agradecimento** 3.1.Agradecer pela confiança e disponibilidade em conversar, e colocar a delegacia à disposição, caso a criança ou adolescente necessite de algo futuramente.
Fase 8: Tópico neutro
Objetivos: conversar ou realizar uma atividade que não tenha qualquer relação com o tema abordado
1. Levantar assuntos diversos, iniciar uma atividade de interesse ou uma conversa que a criança ou o(a) adolescente goste.

27 Preditores de eficácia de intervenções para promoção do perdão: lições para o desenho de novas intervenções

José Marcelo Oliveira da Luz
Sheila Giardini Murta
Anne Marie Germaine Victorine Fontaine
Júlio Rique Neto

Introdução

O perdão é um construto milenar, cuja expressão é encorajada pelas principais tradições religiosas, para as quais o perdão é potente para alcançar numerosos benefícios emocionais e espirituais, além de possibilitar uma transformação radical na vida de quem o pratica (McCullough, Pargament, & Thoresen, 2000). Além disso, de acordo com os valores e crenças difundidos por essas tradições religiosas, perdoar significa cumprir o plano de Deus ou ainda melhorar o seu relacionamento com o sagrado.

Essa forte vinculação entre perdão e religião pode ser um dos fatores responsáveis pela atenção tardia aos estudos do perdão, por parte das ciências sociais (Worthington, 2006). De fato, o conceito de perdão não recebeu atenção sistemática dos teóricos da psicologia na maior parte de sua curta história enquanto ciência. Mesmo entre os precursores da psicologia humanista foram encontradas poucas referências sobre esse fenômeno humano (McCullough et al., 2000). Outro fator que reforçou essa postura dentro da psicologia foi a dificuldade de se obter dados confiáveis sobre o perdão uma vez que, enquanto psicologia científica, em seus anos iniciais o seu foco esteve voltado para os comportamentos observáveis (McCullough et al., 2000). A despeito desse cenário inicial, um aumento significativo nos estudos sistemáticos sobre o perdão ocorreu entre as décadas de 1980 e 1990, notadamente na psicologia social, psicologia do desenvolvimento e psicologia clínica (McCullough et al., 2000; Worthington, 2005; 2006).

O perdão é interpretado como a capacidade de ultrapassar a mágoa, o ressentimento ou a vingança dirigidas ao ofensor, a partir de uma atitude empática e benevolente (North,

1987), atuando diretamente no sistema de regulação emocional. Segundo Seligman (2004), o perdão representa um conjunto de alterações benéficas que ocorrem dentro de um indivíduo que foi ofendido ou magoado por outro. Diante de experiências ofensivas, as pessoas magoadas podem vivenciar emoções negativas e responder inicialmente às transgressões com outras formas de comportamento negativo.

Ao contrário, quando as pessoas perdoam, as suas motivações básicas ou tendenciais de ação em relação ao ofensor tornam-se mais positivas (benevolentes, bondosas e generosas), possibilitando uma melhora na saúde física (os sentimentos de cólera provocam um aumento da pressão sanguínea e prejudicam o coração) e psíquica (libertamos o espírito de pensamentos negativos, povoando-o de pensamentos positivos), além de preservar boas relações sociais (Oliveira, 2004). Pensando em termos de processo interno de regulação de emoções, o perdão busca reduzir ou eliminar essas emoções negativas e desejos de vingança (Enright et al., 1998; McCullough, Fincham, & Tsang, 2003).

Mesmo com a expansão dos estudos sobre o perdão e da compreensão de sua natureza, não há ainda uma definição consensual do construto. Para McCullough et al. (2000) o perdão sugere um redirecionamento nas motivações negativas e o desenvolvimento de motivações benevolentes dirigidas ao ofensor. Ampliando essa compreensão, Worthington (2006) estabeleceu uma diferença entre perdão decisional, em que há uma mudança nas motivações para perdoar, e o perdão emocional, onde as emoções negativas são substituídas por emoções positivamente orientadas ao outro. Em uma outra direção, o conceito proposto por Enright, Freedman e Rique (1998), sustenta que "o perdão é uma ação voluntária, na qual o sujeito considera abrir mão do direito ao ressentimento e à retaliação, em função de uma injustiça sofrida, ao mesmo tempo em que busca nutrir a compaixão e o amor incondicional em direção ao autor da mágoa" (pp. 46-47).

Embora não haja consenso, é possível perceber elementos comuns nas descrições, sugerindo um avanço na compreensão conceitual. Há certa concordância entre os teóricos e pesquisadores de que perdoar é diferente de absolver, tolerar, ignorar, fazer vistas grossas, desculpar, esquecer, negar, fingir que nada aconteceu e reconciliar. Nessa perspectiva, é consensual que pode haver perdão sem reconciliação (Coyle & Enright,

1997; Enright et al., 1998; McCullough & Witvliet, 2002). A compreensão mais apurada do que é e do que não é perdão contribui para diminuir possíveis mal-entendidos que podem favorecer o não-perdão.

A ampliação dos estudos sistemáticos sobre o perdão foi acompanhada do surgimento de diversos modelos teóricos com o intuito de explicar a ocorrência desse fenômeno, bem como dar suporte a novos estudos sobre formas de mensurá-lo e estratégias utilizadas em sua promoção. Serão apresentados a seguir alguns modelos que servem de base para o desenvolvimento de intervenções para a promoção do perdão, com destaque para aqueles mais utilizados nos estudos encontrados na literatura internacional.

Modelo de Enright

Enright and *The Human Development Study Group* (1991) desenvolveram um modelo teórico em que o processo de perdão pode ser descrito ao longo de 20 etapas, divididas em quatro diferentes fases: fase de descoberta da raiva, fase de decisão, fase de trabalho e fase de resultados. No entanto, o modelo não deve ser visto como uma sequência rígida, mas um conjunto flexível de passos que as pessoas que perdoam podem experimentar parcialmente ou na sua integralidade, podendo dispensar mais tempo a uma ou outra fase, bem como retornar a etapas já vivenciadas. Isto sugere que o caminho para o perdão seja complexo e que cada pessoa o experiencia de maneira diferente, baseada em suas experiências e modelos prévios (Enright et al., 1998). Diversos estudos têm contribuído na validação do modelo proposto por Enright. Foram conduzidos estudos com mulheres idosas, vítimas de injustiças variadas (Hebl & Enright, 1993); adultos sobreviventes de incesto (Freedman & Enright, 1996); mulheres com fibromialgia que sofreram abuso emocional, físico ou sexual e negligência emocional ou física, na infância por um dos pais (Lee & Enright, 2014), dentre outros. Os resultados desses estudos revelaram uma melhora na disposição para o perdão e na saúde emocional como um todo, além da diminuição de ansiedade e depressão, na comparação com o grupo controle. A descrição completa do modelo desenvolvido por Enright e colaboradores está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1
Modelo de processo do perdão, de acordo com Enright et al. (1991)

Fases	Passos
Fase de Descoberta	1. Exame das defesas psicológicas 2. Confrontação da raiva; o objetivo é liberar a raiva, e não, nutri-la 3. Admissão da vergonha, quando apropriado 4. Consciência da catexia, ou, dito de outro modo, de estar tendo suas energias drenadas pela mágoa 5. Consciência do ensaio psicológico da ofensa (ou ruminação da ofensa) 6. *Insight* de que a vítima pode estar comparando sua situação à situação do ofensor 7. Conscientização de que a ofensa pode causar mudanças adversas e permanentes em si mesmo 8. *Insight* da possibilidade de alterar a visão de mundo naquele momento em relação à situação de mágoa
Fase de Decisão	9. Novos insights sobre o fato de que as estratégias para lidar com a ofensa e a dor relacionada não estão sendo eficazes 10. Disposição para considerar o perdão como uma opção 11. Comprometimento de se perdoar o ofensor
Fase de Trabalho	12. Reenquadramento da situação da ofensa, com o objetivo de que a vítima veja o ofensor de maneira contextualizada 13. Empatia em relação ao ofensor 14. Consciência de compaixão, à medida que surge, em relação ao ofensor 15. Aceitação e absorção da dor
Fase de Resultados / Benefícios **(Aprofundamento)**	16. Percepção de sentido para si e para os outros sobre o processo de perdão, e mesmo sobre o sofrimento 17. Conscientização de que o próprio self já necessitou do perdão de outros no passado 18. Percepção de que não se está sozinho (universalidade e apoio) 19. Percepção de que o self pode ter um novo propósito de vida em função da ofensa 20. Conscientização do decréscimo de afetos negativos, e talvez, do aumento de afetos positivos em relação ao ofensor; consciência de maior liberdade emocional e interior

Modelo Reach

Worthington (2006) desenvolveu um modelo psicoeducacional enfatizando a interrelação entre os componentes motivacional e emocional, classificando o perdão em dois tipos: (a) o perdão decisional, que sugere uma mudança na intenção do indivíduo de se comportar em relação ao ofensor e (b) o perdão emocional, caracterizado pela superação das emoções negativas, substituindo-as por outras emoções positivamente orientadas. Este modelo é conhecido pelo acróstico *Reach* e segue uma sequência de cinco passos: (*R-Recall of the hurt*) recordar a mágoa gerada pela ofensa; (*E-Empathize with the person who hurt you)* desenvolver sentimentos de empatia, compaixão e até mesmo amor para com o ofensor; (*A-Altruistic gift of forgiveness*) fomentar atitudes altruístas dirigidas ao ofensor, oferecendo-lhe como presente o perdão; (*C-Commit to the emotional forgiveness that was experienced*) assumir publicamente o compromisso com o progresso alcançado e (*H-Hold on to forgiven*) manter a escolha de perdoar ao longo do tempo. Cada passo é dirigido à ofensa específica que a pessoa elegeu como objeto do perdão.

O modelo Reach tem sido adotado em intervenções implementadas em contextos gerais, dirigidas, por exemplo, a adolescentes pertencentes a grupos envolvidos em conflitos culturais (Shechtman, Wade, & Khoury, 2009), estudantes universitários com queixas de ofensas interpessoais (Harper et al., 2014; Wade, Worthington, & Haake, 2009; Worthington et al., 2000), adultos em geral (Lin et al., 2014) e adultos idosos (Allemand, Steiner & Hill, 2013). Os resultados sugerem que o modelo utilizado nas intervenções tem potencial para ajudar as pessoas a lidar com transgressões interpessoais, resultando em menos falta de perdão, vingança, reações negativas e aumentando empatia e perdão em relação ao ofensor.

Modelo de Luskin

Luskin (2002) também desenvolveu um modelo processual que consiste em nove passos: (a) o primeiro passo requer que o indivíduo dedique tempo pensando e articulando claramente como se machucou e como se sente em relação a essa experiência; (b) o segundo passo envolve o compromisso de se sentir melhor e reconhecer que o processo de perdão é para o benefício da vítima e não do ofensor; (c) no terceiro passo, os

indivíduos aprendem a diferença conceitual entre o perdão, que é um processo intrapsíquico, e a reconciliação, que é um processo interpessoal e relacional; (d) no quarto passo, a vítima é estimulada a manter sua perspectiva no presente e compreender a distinção entre sua experiência passada e o momento presente; (e) o passo seguinte envolve aprender técnicas de manejo de estresse para modular a excitação fisiológica, ocasionada pela memória do evento doloroso, permitindo desta forma o surgimento de experiências mais positivas; (f) no sexto passo, o indivíduo aprende que, embora tenha determinadas expectativas em relação ao ofensor, essas não serão necessariamente atendidas, pois fogem ao seu controle, por exemplo: esperar um pedido de desculpas ou reparação não significa que isso ocorrerá, uma vez que depende da atitude do ofensor, cabendo à vítima apenas engajar-se no processo de perdão, espontaneamente; (g) o foco, no sétimo passo, é direcionado aos ganhos potencialmente positivos, advindos da experiência de mágoa; (h) o oitavo passo reforça o senso de poder pessoal no perdão, enquanto o (i) último passo reenquadra a história da vitimização em uma nova perspectiva, de resistência e sucesso.

Harris at al., (2006) conduziram estudo com o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção de perdão, baseada no modelo de Luskin, em três desfechos: (a) o perdão específico para a ofensa, (b) a possibilidade de perdão em novas situações, e (c) variáveis psicossociais relacionadas à saúde. Os resultados apontaram redução nos pensamentos e sentimentos negativos sobre a transgressão alvo e produziu efeitos significativos para a autoeficácia do perdão e perdão generalizado para novas situações.

Outros modelos

Baseados em estudos anteriores, Malcolm e Greenberg (2000) articularam um modelo de perdão derivado da terapia focada na emoção. Segundo eles, são necessários cinco componentes para que o perdão ocorra: (1) a aceitação consciente de emoções fortes como raiva e tristeza; (2) o abandono das necessidades interpessoais não satisfeitas previamente; (3) a mudança na imagem que se tem do ofensor, sob o ponto de vista da pessoa que perdoa; (4) o desenvolvimento de empatia pelo transgressor; e (5) a construção de uma nova narrativa sobre si e sobre o outro. Greenberg, Warwar e Malcolm (2010) conduziram estudo de intervenção com vinte casais, com o objetivo de tratar a

raiva não resolvida, advinda de traição, abandono ou insulto. Os participantes da intervenção apresentaram melhora significativa na satisfação diádica, confiança e perdão. Ao fim do tratamento, onze casais relataram ter perdoado completamente seus parceiros e seis relataram progressos em direção ao perdão. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo anterior, conduzido com indivíduos adultos (Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2008).

Inspirados na Terapia Familiar, Sells e Hargrave (1998) postularam um modelo teórico de perdão, no qual identificaram quatro estágios que podem ser o ponto de partida para o perdão, mas não como um processo sequencial, contrariamente aos outros modelos. O Estágio 1 estabelece o *insight*, que envolve o reconhecimento da dinâmica da ofensa; no Estágio 2 dá-se o entendimento, momento em que se busca a compreensão do porquê a ofensa ocorreu; o Estágio 3 é caracterizado pela compensação, permitindo uma consideração em relação ao comportamento do ofensor e, por fim, no Estágio 4, ocorre o perdão explícito, que considera a expressão do perdão da vítima ao ofensor, bem como as respostas deste para com a vítima. Ainda podem ser encontrados modelos teóricos de perdão menos utilizados, que foram desenvolvidos a partir de abordagens cognitivo-comportamentais (Harris et al., 2006; Rye & Pargmant, 2002; Rye et al., 2012) ou ainda inspirados nos modelos apresentados anteriormente (DiBlasio, 1998).

O modelo teórico é um elemento fundamental no planejamento e desenvolvimento de uma intervenção, apontando quais mecanismos de mudança são necessários e sinalizando quais aplicações práticas se ajustam à população da intervenção e ao contexto onde a intervenção será implementada. É também vital para avaliar como a intervenção funciona na prática e em que medida esse modo de funcionamento é consistente com os pressupostos teóricos (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2016).

Considerando o avanço teórico acerca do perdão e o papel crucial da teoria no desenho e potencial eficácia de intervenções, o propósito central deste estudo foi examinar o papel preditor de modelos teóricos da eficácia das intervenções para promoção de perdão. Objetivos secundários deste estudo foram investigar características da intervenção e da população-alvo como potenciais preditoras de eficácia dessas intervenções.

Método

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*), abordagem metodológica proposta por Arksey e O'Malley (2005) e aperfeiçoada por Peters et al. (2015), cujos objetivos englobam mapear os principais conceitos que dão suporte a determinada área de conhecimento; examinar a extensão, alcance e natureza da atividade de pesquisa; resumir e disseminar achados de pesquisa e identificar lacunas de pesquisas na literatura existente. A questão norteadora foi: o que relatam as revisões sistemáticas de literatura sobre preditores de eficácia das intervenções para a promoção do perdão?

Procedimentos de busca

Os artigos foram localizados nas bases de dados eletrônicos: Lilacs, Medline, PsycInfo, PsycArticles, Scopus (Elsevier), Web of Science, Academic Search Ultimate, Open Dissertations, Eric e Scielo. Foram utilizadas as palavras chave: "forgiveness", "intervention", "program", "therapy", "treatment", "strategy", "systematic review", "meta-analysis" e "integrative review", com a seguinte estratégia de busca: [forgiveness AND (intervention OR program OR therapy OR treatment OR strategy) AND (systematic review OR meta-analysis OR integrative review)].

Em seguida, foi realizada uma segunda etapa, que consistiu numa busca ativa nas referências dos artigos já recuperados, com o objetivo de maximizar o alcance dos estudos publicados disponíveis

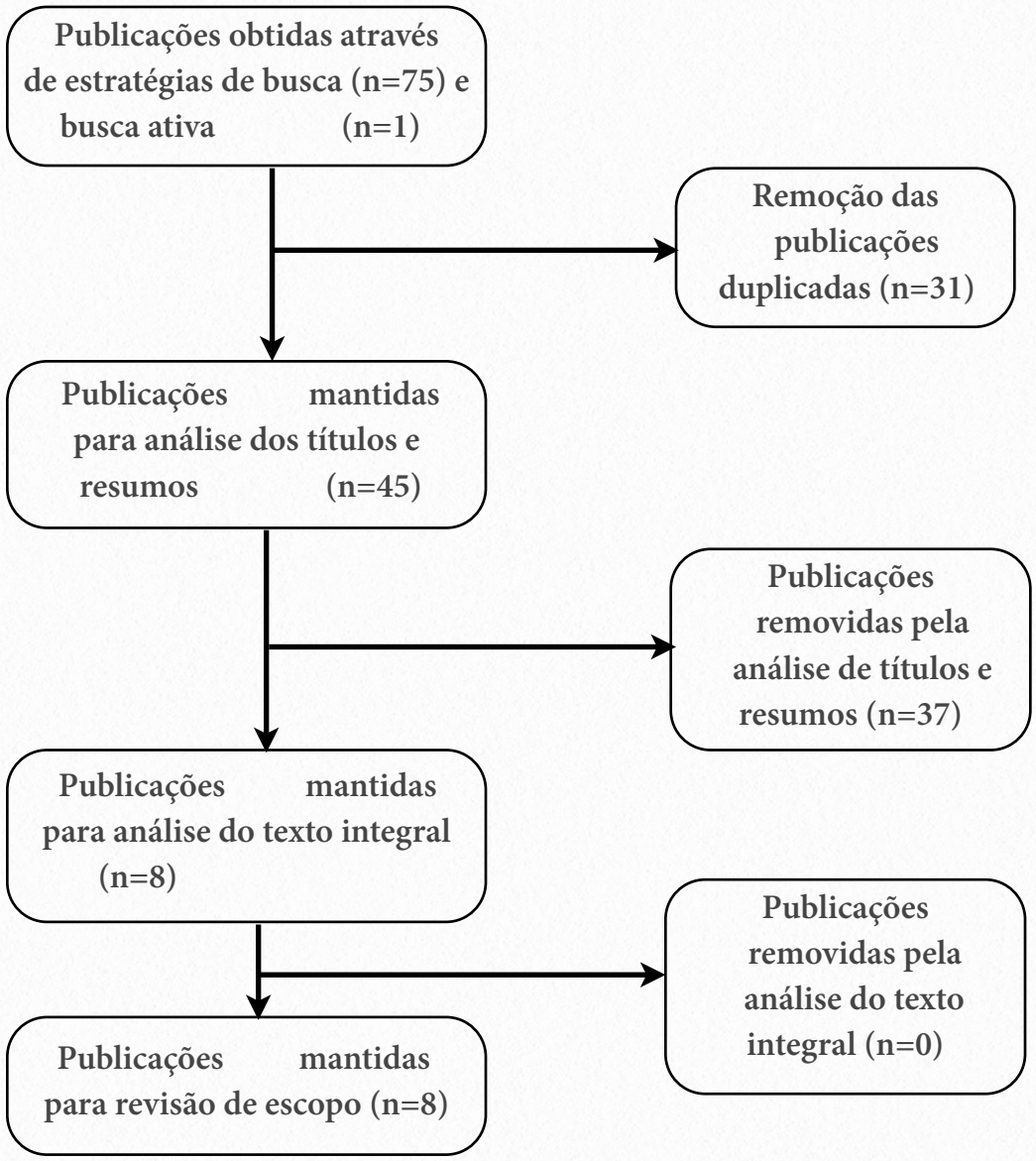
Critérios de seleção

Para esta revisão, os critérios de inclusão utilizados foram: (i) artigos, teses, dissertações, livros e/ou capítulos de livros que apresentassem resultados de revisão sistemática, meta-análise, metassíntese ou revisão integrativa de literatura sobre intervenções para promoção do perdão; (ii) publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol e (iii) com acesso disponível eletronicamente, sem delimitação de período de publicação. Foram considerados critérios de exclusão: (i) estudos realizados com base nos resultados de revisões sistemáticas, com ou sem meta-análises ou revisões integrativas de literatura e (ii) revisões sistemáticas, meta-análises ou revisões integrativas de literatura que abordassem aspectos teóricos relacionados ao tema do perdão.

Processo de seleção dos estudos

Nas etapas de busca e triagem foram identificados 75 registros, distribuídos nas bases de dados da seguinte forma: Lilacs (0), Medline (11), PsycInfo (22), PsycArticles (3), Scopus (Elsevier) (12), Web of Science (8), Academic Search Ultimate (14), Open Dissertations (3), Eric (2) e Scielo (0). Desses, foram excluídas 31 publicações em duplicidade, restando um total de 44 referências, das quais, após aplicar os critérios de inclusão definidos, resultaram num total de sete estudos. A esse número, somou-se um outro estudo, localizado a partir de uma busca ativa nas referências dos estudos recuperados, perfazendo uma amostra de final de oito estudos, incluídos nesta revisão de escopo. O diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos está representado na Figura 1.

Figura 1
Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos



Resultados

A base documental desta revisão de escopo foi composta por oito estudos de revisão sistemática, publicados entre os anos de 2004 e 2018, abrangendo um total de 94 intervenções descritas em 68 estudos. A maioria dos estudos estabeleceu comparação entre grupo de tratamento, grupo controle e/ou placebo e, ainda, tratamentos alternativos às intervenções específicas para promoção do perdão. Os critérios de inclusão, os aspectos avaliados e o quantitativo de intervenções incluídas em cada uma das revisões sistemáticas recuperadas estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2
Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo

Autores	Critérios de inclusão	Bases de dados consultadas	Número de Intervenções Abrangidas	Eixos de Análise
Baskin & Enright (2004)	Estudos empíricos com medidas quantitativas de perdão, publicados em periódicos referenciados	Não informado	9	•Modelo teórico de perdão •Modalidade de entrega da intervenção
Wade, Worthignton, & Meyer (2005)	Estudos que descrevessem programas em grupo para promoção do perdão e relatassem análise de resultados de medidas que diminuíssem a falta de perdão e aumentassem o perdão	PsycInfo	39	•Tamanho de efeito • Duração da intervenção
Lundahl, Taylor, Stevenson & Roberts (2008)	Estudos que descrevessem intervenções para promoção do perdão; que incluísse ao menos duas sessões presenciais; que relatassem estatísticas suficientes para calcular tamanho de efeito; que tivessem ao menos cinco participantes em cada um dos grupos tratamento e controle e que tenham sido publicados em revistas revisadas por pares	PsycInfo, Eric, Medline, Psychology and BehavioralScience Collection	15	•Características do participante •Características da intervenção •Modelo teórico do perdão • Rigor metodológico
Rainey (2008)	Estudos publicados em inglês; conduzidos na América do Norte; que incluíssem participantes maiores de 18 anos; cuja intervenções fossem entregues individualmente ou em grupo; que relatassem transgressões relacionais reais e com estatísticas suficientes para calcular o tamanho de efeito	Blackwell Synergy, Dissertation Abstracts International, FirstSearch, InfoTrac, ISI Web of Science, MedLine, Nexus-Lexus, PsycFirst, PsycInfo, PsycLit, PubMed, Sage Publications e Florida State University Library	26	•Modalidade de entrega da intervenção • Duração da intervenção • Medidas de resultados para o perdão •Severidade da ofensa •Características do participante •Características do facilitador • Modelo de tratamento

Tabela 2
Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo (final)

Rainey, Readdick & Thyer (2012)	Estudos publicados em inglês, entre os anos 1993 e 2006; conduzidos nos EUA; que incluíssem participantes maiores de 18 anos e que fossem realizados em um contexto de terapia de grupo	Blackwell Synergy, Dissertation Abstracts International, FirstSearch, InfoTrac, PsychFirst, Psyclnfo, PsycLit, PubMed, and Sage Publications	21	•Modelo teórico do perdão • Duração da intervenção •Características do participante
Wade, Hoyt, Kidwell & Worthington (2014)	Estudos que examinassem o efeito psicoterapêutico de intervenções específicas para promoção do perdão; oferecidas por um facilitador treinado; que usassem medidas quantitativas de perdão para ofensa específica; escritos em inglês e implementadas antes de 2012	PsycInfo	57	• Duração da intervenção •Modelo teórico do perdão •Modalidade de entrega da intervenção •Severidade da ofensa.
Pinho e Falcone (2015)	Estudos com acesso ao texto integral; que apresentassem método para promoção do perdão; com desenho experimental; entregues ao indivíduo ou ao grupo e com as palavras chaves inseridas no título e/ou resumo	Pepsic, Lilacs, Pubmed e PsycInfo	20	•Resultados da intervenção •Modelo teórico do perdão • Duração da intervenção •Modalidade de entrega da intervenção
Akhtar & Barlow (2018)	Estudos escritos em inglês; que usassem teste controlado e aleatório; que avaliassem intervenções para promoção do perdão baseado no processo; entregues de forma individual ou em grupo e que avaliassem a eficácia para resultados em bem-estar e saúde mental	Medline, PsycInfo, Education Resources Information Center e Psychology Behavioral Science Collection	15	•Resultados da intervenção •Características do participante • Duração da intervenção

Aspectos teóricos

As intervenções abrangidas nos estudos em análise foram baseadas nos modelos teóricos desenvolvidos por Worthington (40%), Enright (37%), Luskin (8%), Greenberg (4%) e outros (11%). Segundo Akhtar e Barlow (2018), quando comparados a grupos de não tratamento, todos os modelos mostraram diferenças estatisticamente significativas, com maior tamanho de efeito encontrado nas intervenções baseadas no modelo de Enright, em relação ao de Worthington e demais modelos, semelhantes a resultados de estudos prévios (Lundahl, Taylor, Stevenson, & Roberts, 2008; Wade, Hoyt, Kidwell, & Worthington, 2014). No geral, ao comparar as intervenções para promoção do perdão com tratamentos alternativos, somente as que utilizaram o modelo de Enright apresentaram sempre diferenças significativas. No entanto, também foram encontrados resultados significativos em uma intervenção baseada no modelo proposto por Luskin, quando aplicada a uma amostra maior.

Outros achados igualmente importantes dizem respeito à fidelidade dos modelos. Intervenções que foram fiéis aos modelos, utilizando-os integralmente, tiveram melhores resultados que as intervenções que utilizaram o modelo parcialmente (Rainey, 2008; Rainey, Readdick, & Thyer, 2012), e essas, mesmo adaptadas, reportaram melhores efeitos em comparação com grupos de não tratamento e listas de espera (Wade, Worthington, & Meyer, 2005).

Ainda de acordo com Wade et al.. (2005), alguns elementos comuns aos modelos teóricos parecem ser eficazes na promoção do perdão: a empatia em relação aos ofensores, o comprometimento pessoal com o perdão, a superação de sentimentos de falta de perdão e a recordação da ofensa, com atenção plena para com os pensamentos e sentimentos vivenciados.

População-alvo

O público-alvo das intervenções para promoção do perdão abrangidas nestes estudos mostrou-se bem diversificado. As intervenções foram implementadas em adolescentes, adultos e idosos, mas não é possível investigar efeitos adicionais associados a essas e a outras características, como gênero e contexto cultural, devido ao número limitado de

estudos (Akhtar & Barlow, 2018). O que os estudos parecem mostrar é que tanto idade quanto gênero e estado civil parecem não limitar a eficácia de intervenções para promoção do perdão (Lundahl et al., 2008).

Especificamente em relação ao gênero, alguns estudos analisados por Rainey (2008) mostram que mulheres e homens são igualmente tolerantes e disponíveis para o perdão, mas são afetados de forma diferente. Em estudo de meta-análise conduzido por Rainey et al., (2012), as intervenções com 100% de participantes do gênero feminino apresentaram tamanhos de efeito clínica e estatisticamente significativos, e que foi significativamente maior do que as intervenções com uma menor participação de mulheres. Esses achados sugerem que na composição dos grupos, a proporção entre homens e mulheres pode ser um dos fatores responsáveis por essa diferença.

Igualmente diversos são os contextos e as ofensas para os quais as intervenções têm sido desenvolvidas. Violência sexual, aborto, conflitos conjugais, conflitos civis, relações parentais e outras experiências de conflitos interpessoais são alguns dos focos das intervenções abrangidas nas revisões sistemáticas encontradas (Akhtar & Barlow, 2018; Baskin & Enright, 2004; Lundahl et al., 2008; Wade et al., 2014). Tais temáticas apontam para um outro aspecto importante, que está diretamente relacionado com o tamanho de efeito das intervenções: os níveis de severidade das ofensas relatadas pelos participantes. De acordo com Lundahl et al. (2008), amostras com participantes que relataram níveis de sofrimento e angústia mais elevados reportaram mais benefícios que as amostras cujos relatos dos participantes eram sobre menor sofrimento. Do mesmo modo, participantes que relataram ofensas específicas apresentaram maiores efeitos do que aqueles que reportaram ofensas gerais. Análise com resultados semelhante foi realizada por Rainey (2008).

Características da intervenção

A maioria das intervenções descritas nas revisões analisadas foi implementada na modalidade de grupo (81,7%). As intervenções entregues individualmente corresponderam a 9,7%, e para casais, 8,6% (Pinho & Falcone, 2015; Wade et al.., 2014, 2005). Segundo Raynei (2005) as intervenções implementadas individualmente

demonstraram índices mais elevados de melhoras clínica e estatisticamente significativas nos escores de perdão, comparadas aos tratamentos de grupo. Tais achados são suportados por outra meta-análise conduzida por Baskin e Enright. (2004).

A duração da intervenção também foi objeto de análise em algumas revisões. Dentre as intervenções analisadas por Baskin e Enright (2004), as baseadas na decisão variavam entre uma e oito sessões, enquanto que as baseadas no processo tinham de seis a oito sessões (grupos) e de 12 a 60 sessões (individuais, em contexto terapêutico). As intervenções mais longas alcançaram melhores efeitos nos escores de perdão, mesmo entre aqueles que não receberam a intervenção específica para a promoção do perdão (Baskin & Enright, 2004; Wade et al., 2014). Análises de regressão indicaram que uma intervenção em grupo, com seis sessões de duração, pode ser considerada adequada, embora não seja de longa duração (Wade et al., 2014).

Os resultados apontados nas revisões sistemáticas, referentes a participantes de intervenções com seis ou mais sessões de duração demonstraram tamanho de efeito moderado ou grande, contrapondo-se aos participantes de intervenções com menos de seis sessões de duração, que apresentaram tamanho de efeito não significativo. Esses resultados sugerem que há uma relação direta entre efeitos e duração da intervenção (Baskin & Enright, 2004; Lundahl et al.., 2008). Contudo, cabe aqui, a ressalva de que algumas populações específicas, onde se aborde ofensas com maior grau de severidade, podem necessitar de um tratamento com duração mais longa (Raynei et al., 2012). As intervenções que adotaram o modelo de Enright, com duração média de seis sessões, mostraram resultados com significância estatística, combinada com bom tamanho de efeito. Já o modelo de Rye, como a mesma duração mostrou tamanho de efeito moderado (Raynei, 2008).

Resultados alcançados

As intervenções para a promoção do perdão têm se mostrado mais eficazes para aumentar níveis de perdão e reduzir ansiedade e depressão, quando comparadas a grupos controle e tratamentos alternativos (Pinho & Falcone, 2015; Wade et al., 2014). Essas intervenções mostraram-se também potentes para reduzir estresse e angústia, além de

promover emoções positivas (Akhtar & Barlow, 2018; Wade et al., 2014). Esses resultados se assemelham a achados de estudos prévios (Baskin & Enright, 2004; Wade et al., 2005), sugerindo que o perdão seja um importante fator de melhora em saúde mental. Outros estudos são mais cautelosos quando se referem à diminuição da ansiedade como resultado dessas intervenções, pois embora tenham produzido efeitos significativos os tamanhos de efeito correspondentes podem ter sido influenciados pela pequena amostra, necessitando, portanto, de estudos adicionais que permitam sustentar tal informação (Akhtar & Barlow, 2018).

Discussão

A presente investigação teve como objetivo mapear os estudos de revisão sistemática e meta-análise sobre intervenções para promoção do perdão, sumarizando os principais achados que pudessem servir de referência para o desenvolvimento de novas intervenções ou adaptação de intervenções já existentes.

Os resultados encontrados sugerem inicialmente que intervenções desta natureza são viáveis e têm grande potencial na diminuição de problemas em saúde mental e na promoção do bem-estar subjetivo das pessoas, podendo ser aplicadas a uma variedade de contextos. Associados a esses achados, os estudos alcançados por esta revisão de escopo apresentam alguns elementos que podem nortear o planejamento de novas intervenções para promoção do perdão, de forma a ampliar suas possibilidades de sucesso.

Embora o modelo teórico de Enright tenha apresentado tamanho de efeito maior que o modelo Reach, ambos mostraram resultados estatisticamente significativos. Assim, os dois modelos parecem ser viáveis como base teórica de novas intervenções em detrimento dos demais modelos. O modelo de Enright tem sido mais utilizado em intervenções voltadas para ofensas específicas e consideradas de maior severidade, duas características contextuais que parecem também estar associadas aos tamanhos de efeito encontrados nas meta-análises. Intervenções desenhadas para ofensas consideradas mais graves, aquelas que são reportadas como geradoras de maior impacto emocional negativo, apresentaram tamanho de efeito significativamente maior em relação às outras. O mesmo ocorreu com as ofensas mais específicas, em detrimento das ofensas mais gerais.

Outro elemento importante que parece estar associado à eficácia da intervenção é a modalidade de entrega. Embora as intervenções entregues individualmente tenham apresentado maior tamanho de efeito em relação às entregues em grupo, ambas se mostraram potentes, com resultados estatisticamente significativos. Vale ressaltar que as intervenções individuais foram implementadas em contextos onde as ofensas reportadas eram mais específicas, mais severas e, consequentemente, mais longas, todas características associadas a melhores tamanho de efeito.

Apesar das intervenções mais longas apresentaram melhores resultados, os achados sugerem também que intervenções de média duração, com o mínimo de seis encontros, são efetivas, levando em consideração a severidade das ofensas reportadas e a modalidade de entrega. Dessa forma, as relações entre tais variáveis devem ser consideradas no planejamento e desenvolvimento de novas intervenções.

Intervenções que mantiveram fidelidade em relação aos modelos teóricos apresentaram melhores resultados do que aquelas que utilizaram o modelo parcialmente. Embora os dados não sejam conclusivos, isso parece indicar que oferecer uma intervenção bem estruturada, desenhada especificamente para promover perdão seja uma estratégia mais eficaz do que a simples oferta de um conjunto de ações desarticuladas.

Em síntese, os achados desta revisão sugerem que, no planejamento ou adaptação de intervenções para promoção do perdão, sejam priorizados os modelos de Enright e Reach, a implementação individual ou em grupos não heterogêneos, as ofensas mais severas e específicas e duração igual ou superior a seis encontros. Considerando as limitações dos estudos alcançados pelas meta-análises, estudos futuros podem ser planejados de forma a comparar os diferentes modelos teóricos existentes, as modalidades de entrega e a duração das intervenções. É necessário também implementação de intervenções desta natureza em novos ambientes como escolas, universidades, centros de saúde e ambientes organizacionais, com o intuito de avaliar sua eficácia em contextos preventivos e de promoção de saúde, uma vez que a grande maioria das intervenções encontradas na literatura foram implementadas em contextos de tratamento.

Referências

Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, *19*(1), 107–122. https://doi.org/10.1177/1524838016637079

Allemand, M., Steiner, M., & Hill, L. P. (2013). Effects of a forgiveness intervention for older adults. *Journal of Counselling Psychology, 60*(2), 279–286.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, *8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S. , Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2016) *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Baskin, T., & Enright, R. (2004). Intervention studies on forgiveness a meta analysis. *Journal of Counseling and Development*, *82*, 70–90.

Coyle, C. T., & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1042–1046.

DiBlasio, F. A. (1998). The use of decision-based forgiveness intervention within intergenerational family therapy. *Journal of Family Therapy, 20,* 77-94.

Enright, R. D., Freedman, S., & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. In R. D. Enright & J. North (Eds.), *Exploring forgiveness* (pp. 46–62). Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Enright, R. D., & The Human Development Study Group. (1991). The moral development of forgiveness. In W. Kurtines & J. Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development* (pp. 123-152). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Luskin, F. (2002). *Forgive for good: A proven prescription for health and happiness*. New York: HarperCollins.

Freedman, S., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 983-992.

Greenberg, L. S., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(2), 185–196. https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185

Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 28– 42.

Harper, Q., Worthington, E. L., Griffin, B. J., Lavelock, C. R., Hook, J. N., Vrana, S. R., & Greer, C. L. (2014). Efficacy of a workbook to promote forgiveness: A randomized controlled trial with university students. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(12), 1158–1169. https://doi.org/10.1002/jclp.22079

Harris, A. H. S., Luskin, F., Norman, S. B., Standard, S., Bruning, J., Evans, S., et al. (2006). Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 715-733

Hebl, J. H., & Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal withelderly females. *Psychotherapy,30*, 658–667

Lee Y. R, & Enright, R. D. (2014) A forgiveness intervention for women with fibromyagia who were abused in childhood: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice, 1*, 203-217

Lin, Y., Worthington, E. L., Griffin, B. J., Greer, C. L., Opare-Henaku, A., Lavelock, C. R., …& Muller, H. (2014). Efficacy of REACH forgiveness across cultures. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(9), 781–793. https://doi.org/10.1002/jclp.22073

Lundahl, B. W., Taylor, M. J., Stevenson, R., & Roberts, K. D. (2008). Process-based forgiveness interventions: A meta-analytic review. *Research on Social Work Practice*, *18*(5), 465–478. https://doi.org/10.1177/1049731507313979

Malcolm, W. M., & Greenberg, L. S. (2000). Forgiveness as a process of change in individual psychotherapy. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 179-202). New York: Guilford Press.

McCullough, Fincham, & Tsang. (2003). Forgiveness, forbearance, and time: the temporal unfolding of transgression-related interpersonal motivations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84: 540–557.

McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. E. (2000). The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 1-14). New York, NY, US: Guilford Press.

McCullough, M. E., & Witvliet, C. V. (2002). Psychology of forgiveness. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446-458). London: Oxford University Press.

North, J.(1987). Wrongdoing and forgiveness. *Philosophy*, 62,499-508.

Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Asa.

Peters M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):141–146.

Pinho, V. D., & FaIcone, E. M. O. (2015). Intervenciones para la promoción del perdón y la inserción de la empatía: revisión de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *24*(2),111-120.

Rainey, C. A. (2008). *Are individual forgiveness interventions for adults more effective than group intervention? A meta-analysis* (PhD Thesis; Florida State University). Retrieved from http://diginole.lib.fsu.edu/etd/2160/

Rainey, C. A., Readdick, C. A., & Thyer, B. A. (2012). Forgiveness-based group therapy: A meta-analysis of outcome studies published from 1993-2006. *Best Practice in Mental Health*, *8*(1), 29–51.

Rye, M. S., Fleri, A. M., Moore, C. D., Worthington, E. L., Wade, N. G., Sandage, S. J., & Cook, K. M. (2012). Evaluation of an intervention designed to help divorced parents forgive their ex-spouse. *Journal of Divorce and Remarriage*, *53*(3), 231–245. https://doi.org/10.1021/am404995h

Rye, M. S., & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 419–441.

Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Sells, J. N., & Hargrave, T. D. (1998). Forgiveness: A review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy*, *20*(1), 21–36. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00066

Shechtman, Z., Wade, N., & Khoury, A. (2009). Effectiveness of a forgiveness program for arab israeli adolescents in Israel: An empirical trial. *Peace and Conflict*, *15*(4), 415–438. https://doi.org/10.1080/10781910903221194

Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(1), 154–170. https://doi.org/10.1037/a0035268

Wade, N. G., Worthington, E. L., & Haake, S. (2009). Comparison of explicit forgiveness interventions with an alternative treatment. *Journal of Counseling and Development*, *87*(2), 143–151.

Wade, N. G., Worthington, E. L. J., & Meyer, J. E. (2005). But do they work? A meta-analysis of group interventions to promote forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 423–440). New York: Brunner-Routledge.

Worthington, E. L. Jr. (2005). Initial questions about the art and science of forgiving. In E. L. Worthington Jr. (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 1–14). New York: Routledge.

Worthington, E. L., Jr. (2006). Models of forgiveness. In E. L. Worthington Jr. (Ed), *Forgiveness and reconciliation: Theory and practice*. New York: Brunner-Routledge.

Worthington, E. L. Jr., Kurusu, T, Collins, W, Berry, J. W., Ripley, J. S. & Baier, S. N. (2000). Forgiving usually takes time: a lesson learned by studying interventions to promote forgiveness. *Journal of Psychology and Theology*, *28,* 3–20.

28 Desafios para a adesão ao tratamento antirretroviral na perspectiva das pessoas vivendo com HIV e usuários do sistema de saúde de Moçambique

Larissa Polejack Brambatti
Augusto Joaquim Guambe
Ana Cláudia Almeida Machado
Isália Gabriel Licença Mate
Alfredo Júlio Maposse
Bento Saloio Daniel Mazuze
Carine de Souza Santos

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids) foi identificada na década de 1980 em decorrência dos efeitos da ação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) sobre o sistema imunológico humano. Com o advento da terapia anti-retroviral (Tarv), a Aids passou a ser considerada uma doença crônica, e não mais aguda (Polejack & Seidl, 2010).

Moçambique, local de realização do estudo, está na região sul da África subsaariana, onde a epidemia de Aids é generalizada (Fedatto, 2017). Em 2017, estavam infectadas pelo HIV 36,9 milhões de pessoas no mundo, dentre as quais mais da metade (aproximadamente 53%), residiam nas regiões leste e sul da África. Três países (Moçambique, África do Sul e Tanzânia) contabilizaram mais da metade das novas infecções e mortes por doenças relacionadas ao HIV no ano de 2017 nessa parte do mundo (Unaids, 2018).

No Brasil, estima-se que cerca de 830 mil indivíduos vivam com HIV e cerca de 136 mil não sabem que são portadores do vírus. Nos últimos anos tem-se observado registro de cerca de 40 mil novos casos a cada ano, sendo que a taxa de prevalência na população geral mantém-se estável, em torno de 0,40% (Brasil, 2018).

Na Ásia Central, América Latina, Oriente Médio e Norte da África, apesar dos esforços para conter a infecção pelo HIV, houve elevação do número de casos anuais (Unaids, 2019). Apesar da pobreza ter sofrido redução entre os anos 1990 e 2015, mais de 40% da população ainda vivia em situação de extrema pobreza, o que significa renda inferior a US$ 1,25 por dia (UN, 2015). O problema é mais grave em países em desenvolvimento pelo fato de haver poucos recursos para a oferta de serviços de saúde de qualidade (Vieira, Rocha, Head, & Casimiro, 2014).

Em Moçambique, todos os grupos populacionais foram afetados significativamente pelo HIV (Moçambique, 2015). Do total de recursos gastos em saúde pública no país em 2017, 17% foram destinados ao enfrentamento dessa epidemia. Grande parte da resposta nacional ao HIV em Moçambique ainda depende de recursos internacionais. Segundo a Unaids (2018), caso os subsídios financeiros oriundos dos doadores estrangeiros para o combate à epidemia fossem cortados em 20%, o gasto de Moçambique para tratar do problema por meio de recursos próprios chegaria a representar 98% do seu orçamento total, o que inviabilizaria a iniciativa.

Adesão ao tratamento para o HIV/Aids

Considerando a epidemia do HIV/Aids, a adesão ao tratamento é tema central e está diretamente relacionada à qualidade de vida de pessoas soropositivas. A adesão facilita a aceitação do esquema terapêutico e pressupõe a participação da pessoa que está sob tratamento nas decisões sobre o mesmo (Brasil, 2008b).

Apesar de não ser suficiente para garantir adequada adesão, é fundamental que haja uma boa resposta aos fármacos prescritos para o tratamento (Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015). A Tarv é a combinação de ao menos duas, mas geralmente três classes de medicamentos que suprimem a replicação viral do HIV (Günthard et al, 2014). Para uma boa adesão, é importante assegurar o uso da Tarv conforme recomendado e a adoção de hábitos de vida saudáveis, formulados com respeito aos aspectos individuais, sociais, culturais e sistêmicos presentes na vida da pessoa vivendo com HIV/Aids (Georgette et al, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, aderir significa algo além da ingestão de medicamentos, uma vez que deve-se considerar

> o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/Aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV". (Brasil, 2008, p.14)

Se, por um lado, a adesão relaciona-se à manutenção de práticas de prevenção e vinculação ao serviço de saúde ao longo do tempo (Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007), a não-adesão é considerada um dos perigos mais ameaçadores para a efetividade do tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids (Colombrini, Lopes & Figueiredo, 2006).

Para Polejack (2007), a adesão se relaciona a comportamentos tais como: práticas de atividade física, busca por uma alimentação saudável, não fumar, fazer uso adequado da medicação, práticas de autocuidado e uma boa vinculação ao serviços. A baixa adesão, por sua vez, pode ser influenciada pela falta de conhecimento e pela escassez de informações sobre os medicamentos em uso (Souza et al, 2019). Cabe ressaltar a existência de barreiras estruturais, sobretudo em países pobres, para provimento das necessidades ligadas à adesão. Artigo de revisão de literatura aponta haver fatores que influenciam a adesão que estão ligados ao sujeito, relacionados à doença, ligados ao tratamento, e de natureza interpessoal (Brambatti & Carvalho, 2005).

O uso de dispositivos de Informação e Educação em Saúde (IES), a qualidade da informação transmitida aos pacientes e a percepção de suporte social também são considerados fatores importantes para a adesão. Segundo Guambe, Gastalho, Polejack e Machado (2019), os dispositivos de IEC presentes em materiais instrucionais e educativos devem facilitar a transmissão de informações e se mostram potencialmente capazes de contribuir para índices adequados de adesão ao tratamento. Da mesma forma, Teixeira, Paiva e Shimma (2000) informam que o tipo e o grau de informação sobre o tratamento e

seus efeitos colaterais são fatores importantes para ampliar a possibilidade de haver boa adesão.

Outro aspecto que influencia a adesão está ligado ao suporte social percebido pelo indivíduo em tratamento, uma vez que quanto maior a disponibilidade e a satisfação do paciente em relação ao suporte social, melhor será sua adesão ao tratamento (Lenzi, Tonin, Souza, & Pontarolo, 2018).

A adesão ao tratamento para o HIV/Aids também deve considerar aspectos psicológicos e emocionais relevantes, além de questões relacionadas ao estigma em torno da soropositividade, o qual pode demandar uma especial atenção para que a pessoa em tratamento consiga lidar com preconceitos e inseguranças relacionados à infecção.

Temas que incluem a vida social, sexual e emocional do paciente também não devem ser negligenciados no tratamento, pois é relevante que se ampliem as medidas de combate ao estigma e à discriminação (Andrade & Iriart, 2015).

A elaboração de políticas públicas deve considerar as reais vivências presentes em uma população, os sentidos produzidos em torno da vivência da doença e os aspectos culturais relacionados com o diagnóstico, de forma que se alcance uma efetiva promoção de saúde por meio da melhoria da qualidade de vida da população (Polejack, 2007). O medo do estigma por parte do paciente pode dificultar com que haja uma comunicação clara sobre a enfermidade e sobre o tratamento, o que irá requerer dos profissionais uma especial atenção em relação às repercussões negativas que o diagnóstico pode trazer a essa clientela, em especial a respeito das dificuldades relacionadas à adesão (Guerra & Seidl, 2009).

Para Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002), além da pauperização da epidemia, pessoas com baixa escolaridade também estão mais sujeitas a sofrerem os efeitos da epidemia. Segundo Vieira et al (2014), a epidemia de HIV/Aids em países como Brasil e Moçambique deve ser entendida como um subproduto da desigualdade social e da pobreza, o que requer intervenção do Estado.

A pobreza em Moçambique é considerada um entrave para o desenvolvimento e para a saúde da população (Mitano, Ventura, & Palha, 2016). De modo indireto, a pauperização do país pode influenciar com que algumas pessoas recorram à prática do

sexo transacional como modo de sobrevivência, o que pode trazer uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Estavela & Seidl, 2015). Além disso, a marginalização econômica de alguma regiões moçambicanas agrava a situação de pobreza, tornando as pessoas ainda mais vulneráveis à infecção (Raimundo, 2011). Esse autor ressalta que aspectos ligados à migração precisam ser considerados quando se pretende conter o avanço da epidemia (Raimundo, 2011).

Diante deste cenário, o objetivo do estudo foi compreender quais os principais desafios para adesão ao tratamento antirretroviral na perspectiva dos usuários em saúde, pacientes do sistema de saúde moçambicano que vivem com o HIV em diferentes províncias moçambicanas.

Método

O estudo tem delineamento qualitativo, de natureza exploratória. As províncias e distritos que participaram da pesquisa foram definidos pelo Ministério da Saúde de Moçambique com base nas informações sobre taxas de retenção aos cuidados e tratamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais e em grupo com pessoas vivendo com HIV, usuárias do sistema público de saúde em Moçambique, visando a compreensão de possíveis problemas relacionados à adesão ao tratamento.

Participantes

Este capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa nacional realizada no ano de 2018 em diversas províncias de Moçambique, intitulada "Estudo sobre estratégias de apoio à adesão ao tratamento anti-retroviral no âmbito comunitário". Foram convidados a participar do estudo gestores do programa de HIV/Aids e Tuberculose, profissionais de saúde e usuários atendidos em unidades de saúde cujos locais apresentam os números mais elevados de pacientes inscritos e, em segundo lugar, aqueles com as taxas de desistência ou abandono mais altas. O recorte feito para fins de apresentação deste capítulo refere-se aos resultados alcançados junto ao grupo de usuários.

Os participantes foram acessados pela equipe de pesquisa em unidades de saúde de Moçambique para o tratamento de HIV/Aids ou tuberculose, nas três regiões do país: Sul, Centro e Norte. As entrevistas foram conduzidas nesses mesmos locais.

Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter no mínimo 18 e no máximo 59 anos de idade, e aceitar fazer parte da pesquisa, cuja concordância era oficializada por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os participantes não alfabetizados, o documento foi lido na íntegra pelo pesquisador e a concordância foi registrada por meio de coleta de impressão digital, conforme especificam as normas locais sobre ética em pesquisa.

Foram excluídos do estudo crianças, pacientes que não tinham completado 18 anos de idade no início da pesquisa, pacientes idosos, mulheres grávidas, e pacientes com deficiência de fala e audição.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em sete províncias, incluindo zonas urbanas (cidades capitais), rurais e/ou periféricas das cidades capitais. As províncias onde os dados foram coletados foram: Nampula e Cabo Delgado (Região Norte), Sofala, Manica, Zambézia (Região Centro), Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza (Região Sul). Foram realizadas, no total, 19 entrevistas individuais e sete em grupo, cuja média foi de seis participantes em cada um. Em todas as províncias participantes foram realizadas entrevistas individuais e grupais.

Procedimentos de coleta e análise de dados

A pergunta disparadora foi: "Na sua opinião, quais são as principais barreiras para fazer o tratamento para HIV/Sida?".

Como método de análise de dados, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em uma análise do material verbal coletado por meio de perguntas abertas, junto a um conjunto de indivíduos representativos de uma coletividade, para produzir discursos a partir da expressão livre dos sujeitos. Os discursos coletados são processados até que se chegue a um único discurso do grupo social investigado, que é o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito (Duarte, Mamede, & Andrade, 2009).

Foram desenvolvidas as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais, ancoragens e discurso do sujeito coletivo (DSC). A aplicação desta técnica em

Psicologia é bastante pertinente, tendo em vista que o principal material de trabalho do psicólogo é a fala do outro, o sentido dado às próprias experiências e sua visão de mundo (Polejack, 2007).

As expressões-chave são trechos do discurso considerados partes essenciais da análise (descrições literais dos depoimentos). Ideias centrais dizem respeito ao sentido presente nos depoimentos e servem para agrupar os discursos por meio da descrição do sentido com a utilização das palavras proferidas pelo entrevistado. Já ancoragens referem-se à manifestação de uma teoria, ideologia ou crença professada pelos entrevistados, ou autores do discurso (a ancoragem é sempre redigida de forma afirmativa, mantendo os valores embutidos na fala). Finalmente, o Discurso do Sujeito Coletivo traz uma síntese, e é apresentado em termos de um discurso único que seja representativo do grupo. O DSC deve ser redigido na primeira pessoa do singular e trazer expressões-chave que apresentem ideias centrais ou ancoragens semelhantes (Duarte, Mamede & Andrade, 2009).

Os dados foram agrupados segundo cada uma das três regiões geográficas do país para facilitar a síntese de informações. Em especial, tal separação foi realizada para que os resultados possam auxiliar gestores locais, uma vez os mesmos atuam regionalmente na tomada de decisões.

Considerações éticas

Todas as garantias éticas ao participante de pesquisa preconizadas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil sobre ética em pesquisa foram seguidas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Bioética local sobre o registro número 46CNBS2017.

Resultados

Os dados foram organizados de acordo com o local de atendimento nas regiões de Moçambique: Sul, Centro e Norte.

Região Sul

A análise do DSC das entrevistas com pacientes da Região Sul de Moçambique permitiram formular quatro ideias centrais (IC): "Só que tinha me ausentado" (IC1); "Problema é de horário" (IC2); "A vergonha de ser HIV positivo"(IC3); e "Há pessoas que não têm dinheiro de comida" (IC4).

IC1: Só que tinha me ausentado

DSC1: "O meu maior desafio, sempre aderi, porque sempre cumpri com os tratamentos, só que tinha me ausentado, tinha ido em uma clínica dos meus familiares, eles saíram durante a guerra, eles não estiveram... tive que atravessar para a África do Sul, então só agora que voltei".

IC2: Problema é de horário

DSC2: "Cumprir com a medicação, aquele horário que dizem pra pessoa tomar (...) pra mim o problema é de horário. Quando costuma haver trabalho e, por exemplo, segunda feira pra mim buscar medicamento, eu não consigo vir aquela hora, tem que primeiro chegar apresentar meu trabalho e depois sair a ver o hospital".

IC3: A vergonha de ser HIV positivo

DSC3: "Para mim o problema é vergonha. É coisa de não querer partilhar com os outros. Chegar aqui no hospital, ver uma família que não pode, não, não, ter a informação que tais tá afetado".

IC4: Há pessoas que não têm dinheiro de comida

DSC4: "Há outros que têm apoio, alimentar, e sei que há outras pessoas que não tem dinheiro para comprar esses tipos de coisas. Porque essa doença requer algumas coisas. Essas comidinhas assim, assim...".

Região Centro

A análise do discurso do sujeito coletivo das entrevistas realizadas com pacientes atendidos na Região Centro de Moçambique também conduziu ao estabelecimento de quatro ideias centrais (IC), quais sejam: "Muitos dizem: Ah, não é nada'" (IC1); "Temos

que ficar o dia todo" (IC2); "Há pessoas que não conseguem se sustentar" (IC3); e "Tem pessoas que não compreendem a doença do outro" (IC4).

IC1: Muitos dizem: "Ah, não é nada"

DSC1: "Se você souber que foi detectado o HIV e ignorar, cedo ou tarde aquilo vai lhe provocar danos, então você terá de voltar ao hospital, ou seja, receber o diagnóstico e não tratar lhe trará problemas. Se tivesse aderido ao hospital, feito testes e cumprido o tratamento, então, teria outro aspecto. Muitos dizem "Ah, não é nada...", mas isso vai trazer consequências. Por exemplo, suponhamos que no mesmo dia detectou-se o HIV em mim e no outro. Eu aceitei, ele não. Amanhã ele há de voltar no colo de alguém, por não poder andar. Ou seja, sabia das consequências e não aceitou. Ainda, há a ignorância das pessoas e algumas acabam abandonando o tratamento por causa da morte. Somos guerreiros de nossa saúde, então se você abandona, é sua responsabilidade...".

IC2: Temos que ficar o dia todo

DSC2: "Os hospitais são poucos e principalmente pobres. Aqui só tem um, mas imagina quando vamos lá nas unidades, que são cheias de pessoas. Quando chega o dia de vir ao hospital, tenho a preocupação de chegar tarde no serviço, porque tem que chegar e ficar o dia todo, então fica difícil. O hospital e os centros de saúde começaram a se paralisar".

IC3: Há pessoas que não conseguem se sustentar

DSC3: "Há vezes que esses que recebem são pessoas que às vezes têm alguma condição de conseguir se alimentar. Há pessoas mais carenciadas, que não conseguem se sustentar. Pode ver que essa pessoa está muito mal, a vida dela já está indo. Dava para ajudar com um prato de alimentação, aquelas coisas mais nutritivas, como a soja".

IC4: Tem pessoas que não compreendem a doença do outro

DSC4: "Tem pessoas que não entendem, não compreendem a doença do outro. No hospital somos ditos coisas difíceis. Às vezes nos tratam sem paciência e muitas vezes nos olham com estigma e discriminação".

Região Norte

A análise do DSC das entrevistas realizadas com pacientes atendidos na Região Norte de Moçambique levaram ao estabelecimento de três ideias centrais, quais sejam: "A comunicação entre as pessoas precisa ser boa" (IC1); "Tornar o atendimento rápido" (IC2) e "Muitas pessoas não têm como se alimentar" (IC3).

IC1: A comunicação entre as pessoas tem que ser boa

DSC1: "Eu acho que o aconselhamento e a comunicação entre as pessoas através das palestras... Para mim essas coisas precisam ser boas".

IC2: Tornar o atendimento rápido

DSC2: "As pessoas devem ser atendidas com muita rapidez, como sabe, as pessoas aqui percorrem longas distâncias. Então, para mim é preciso flexibilizar-se o processo. Depois da pessoa ser testada, examinada, ela não pode ficar muito tempo sem iniciar o tratamento, porque ela pode se desesperar".

IC3: Muitas pessoas não têm como se alimentar

DSC3: "O aspecto negativo é o facto de muitas pessoas não terem com o que se alimentar. Era bom que existisse uma forma de se ajudar as pessoas com alimentação, assim como o esquema de alimentação para as pessoas seguirem para terem boa saúde. Falta a abertura".

Discussão

Há dois fatores relacionados à não adesão que apareceram nos resultados das três regiões pesquisadas.

O primeiro refere-se a dificuldades ligadas à alimentação dos pacientes (DSC 4 na Região Sul, DSC 3 na Região Centro e DSC 3 na Região Norte). É comum que os usuários recebam dos profissionais de saúde orientações sobre uma boa nutrição. Entretanto, para garantir alimentação adequada, é necessário, antes de tudo, uma certa estabilidade socioeconômica da população que a retirasse da situação de pobreza extrema, ou então a existência de programas sociais capazes de prover os subsídios necessários para evitar os efeitos negativos da falta de alimentação adequada. Também foi apontado por Polejack

(2007) que a busca por uma alimentação saudável é fator ligado a uma boa adesão, porém em um cenário onde sequer a alimentação básica é assegurada à população, falar em hábitos alimentares adequados torna-se um dificultador para a adesão se a orientação dada pelos profissionais colocar a boa alimentação como requisito para o tratamento.

Os dados coletados para fins deste estudo estão em consonância com a literatura sobre a temática, que afirma que a situação socioeconômica e, em especial, a desigualdade social e a pobreza vividas em Moçambique são componentes intrinsecamente relacionados a uma maior suscetibilidade da população à infecção pelo HIV e suas consequências, conforme fora assinalado por Vieira et al (2014), Estavela e Seidl (2015), Raimundo (2011), Mitano, Ventura e Palha (2016), Bastos e Szwarcwald (2000) e Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002).

O segundo diz respeito a aspectos relacionados ao atendimento nas unidades de saúde, em especial nos dias em que os usuários para lá se dirigem para retirada da medicação de uso mensal (DSC 2 na Região Sul, DSC 2 na Região Centro e DSC 2 na Região Norte). O horários das consultas agendadas para tal finalidade, assim como o tempo de espera até a entrega da medicação, foram apontados como fatores que prejudicam a adesão. Isso ocorre, em especial, em virtude de transtornos provocados aos pacientes em seu trabalho, já que a longa espera requer aos mesmos que se afastem do local de trabalho por um longo período de tempo. Esse dado encontra respaldo no estudo de Polejack e Carvalho (2005), que afirma que fatores ligados à organização dos serviços, além daqueles ligados ao indivíduo, influenciam nos níveis de adesão.

Problemas ligados ao estigma que sofre a população soropositiva também apareceram nos resultados de duas regiões (DSC 3 na Região Sul e DSC4 na Região Centro). O receio de terem seu diagnóstico revelado justifica-se pela alta discriminação, tanto por parte das pessoas que vivem nas suas comunidades (DSC 3 Região Sul), como na própria unidade de saúde (DSC 4 na Região Centro). É importante combater o estigma e discriminação vividos pelas pessoas infectadas pelo HIV de forma a ampliar os níveis de adesão (Andrade & Iriart, 2015). Uma discussão sobre a estigmatização e sua influência sobre a adesão também foi realizada por Guerra e Seidl (2009). O estigma e o preconceito são barreiras estruturais de acesso ao cuidado e tratamento.

A falta de informação das pessoas que se descobrem soropositivas também foi apontada como fator que dificulta a adesão na região Centro (DSC2). Tal aspecto se relaciona com a qualidade das palestras oferecidas aos usuários da região Norte (DSC1), cujas informações foram consideradas insuficientes pelos mesmos, o que atrapalha a adesão, em consonância com o que afirmam Teixeira, Paiva e Shimma (2000). Além disso, geralmente as palestras ficam concentradas em aspectos muito técnicos, ou então as informações são dadas de forma demasiadamente prescritiva, sem considerar a subjetividade, a vivência de cada sujeito e, em especial, as questões culturais, as quais são de grande relevância na forma como uma pessoa vai se relacionar com seu processo saúde-doença.

Cabe ressaltar que em Moçambique, como em vários outros países, a etiologia das doenças encontra fundamentação na medicina tradicional. O termo medicina tradicional foi introduzido na década de 1970 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando o reconhecimento e o resgate das tradições de saúde ancestrais e a importância com a articulação deste saber com os programas oficiais de saúde, uma vez que é este sistema que é mais valorizado culturalmente. De acordo com Assis et al (2018),

> no contexto moçambicano, para se falar em saúde e doença é necessário ampliar tais conceitos e transportá-los para o seio da comunidade e das relações sociais, inclusive as que se dão entre os vivos e os mortos, nas quais o binômio saúde-doença implica-se pois, para a maior parte dos moçambicanos, boa saúde é sinônimo de harmonia dos seres humanos com o meio ambiente, com seus antepassados, com seus familiares, vizinhos e das relações destes entre si e o meio (p. 22).

Assim sendo, a medicina tradicional é tão ou mais valorizada do que a biomedicina ou medicina ocidental no contexto moçambicano, e negligenciar essa poderosa influência quando se deseja elevar os índices de adesão é fortemente desaconselhável.

O DSC 1 na Região Sul levanta um problema comum na região sul de Moçambique, tendo em vista a vasta fronteira existente com o vizinho África do Sul, o que facilita a circulação de pessoas entre os países. Esse tema merece ser estudado com atenção, uma

vez que a migração nesse continente é fator que pode relacionar-se com a adesão e com o avanço da epidemia (Raimundo, 2011).

Conclusões

Apesar das particularidades de cada região, os desafios reportados pelos grupos de usuários atendidos nas três regiões pesquisadas contêm similaridades, assim como corroboram com o que vem sendo preconizado pela literatura da área. Em especial, destacam-se como problemas centrais para adesão por parte dos usuários os fatores socioeconômicos, o estigma e a discriminação, assim como fatores relacionados ao atendimento.

O estudo mostrou uma radiografia da visão das pessoas vivendo com HIV em Moçambique a respeito dos fatores que interferem na sua adesão do tratamento. Pelo fato de que as pessoas entrevistadas estavam sendo atendidas em uma unidade de saúde, as razões associadas à não adesão podem ter outras causas que não essas que foram aqui mencionadas. Seria interessante realizar um estudo semelhante com pessoas soropositivas que não frequentam as unidades de saúde, muito embora as mesmas sejam de difícil identificação em contextos que não sejam o da saúde.

O fato da pesquisa ter sido realizada nas três regiões de Moçambique é um fator positivo para desvelar os problemas nacionais relacionados à adesão, dada a grande abrangência alcançada. As dificuldades de locomoção dos pesquisadores desde Maputo até as demais províncias foram desafiadoras, porém puderam ser vencidas por meio de ações que demonstram o alto comprometimento da equipe de trabalho.

A parceria entre pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), localizada em Maputo, Moçambique, mostrou-se eficaz e capaz de contribuir para a produção de resultados que podem ser levados em conta no desenvolvimento de ações voltadas à melhoria na qualidade do atendimento em saúde de soropositivos em Moçambique.

Ressalta-se, porém, que a cooperação entre esses países em torno da temática não se limita às iniciativas científicas, uma vez que o Brasil tem por tradição histórica auxiliar o país africano por meio de transferência de tecnologia para produção de medicamentos

anti-retrovirais, além de cooperar com a capacitação de profissionais em várias áreas relacionadas ao combate à epidemia.

Os profissionais que atuam na área no Brasil anseiam para que as mudanças no cenário político nacional não intervenham de forma negativa nessa cooperação, uma vez que combater a epidemia do HIV/Aids fora das fronteiras brasileiras beneficia toda a humanidade. Ademais, as diferenças culturais entre Brasil e os países da África de colonização portuguesa são compensadas pelas similaridades nos costumes e pelas facilidades que o idioma traz em termos da garantia de uma adequada comunicação.

A descrição dos DSC respeitou a comunicação dos participantes, todos moçambicanos, inclusive pelo fato dessa ser uma das exigências da teoria. Acredita-se que, se por um lado, a linguagem não é idêntica àquela utilizada no Brasil, por outro, as diferenças não acarretaram perdas no conteúdo, considerando as similaridades já citadas.

Espera-se que os resultados aqui apresentados sejam capazes de inspirar o desenvolvimento de novas pesquisas que apontem caminhos originais para o aumento da adesão ao tratamento anti-retroviral e possam, assim, fortalecer a contribuição da Psicologia para o campo das políticas públicas na saúde ao redor do globo.

Referências

Andrade, R. G. & Iriart, J. A. B. (2015). Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivas nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cadernos Saúde Pública*, *31*(3), 565-573. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00565.pdf

Assis, J. T.; Conceição, M. I. G.; Licença, I. G.; Campos, N.; Reis, M.; Fialho, L. A., & Polejack, L. (2008). Medicina tradicional no Brasil e em Moçambique: definições, apropriações e debates em saúde pública. *O Público e o Privado, 31*, 13-21. Disponível em m

http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=3331&path%5B%5D=2533

Bastos, F. I., & Szwarcwald, C. L. (2010). AIDS e pauperização: principais concentos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública, 16*(Supl. 1), 65-76. Disponível emHttp://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf

Brambatti, L. P., & Carvalho, W. M. E. S. (2005). A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/Sida: barreiras e possibilidades. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, *16*(3/4), 7-21.

Brasil (2008a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2008b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília : Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-0547-9

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – HIV/Aids* Julho de 2017 a junho de 2018. Brasília: Ministério da Saúde.

Colombrini, M. R. C.; Lopes, B. M., & Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40*(4), 576-581. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033288018.pdf

Costa, M. M. R.; Vilaça, D. H. V.; Pereira, A. M. C.; Tavares, A. V. S.; Menezes, H. L.; Queiroz, W. S.; Maciel, R. F. M.; Torquato, K. D. S.; & Martins, A. G. S. (2019). Qualidade de vida de indivíduos com HIV: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, *2*(3), 1833-1842. Disponível em http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1490/1566

Duarte, S. J. H.; Mamede, M. V.; & Andrade, S. M. O. (2009). Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. *Saúde e Sociedade, 18*(4), 620-626. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf

Estavela, A. J.; & Seidl, E. M. F. (2015). Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e Infecção pelo HIV em Maputo. *Psicologia & Sociedade, 27*(3), 569-578. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00569.pdf

Fedatto, M. S. (2017). Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, *22*(7), 2295-2304. http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2295.pdf

Fonseca, A. F. & Corbo, A. D. (2007). *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26572/2/Livro%20EPSJV%20005909.pdf

Fonseca, M. G. P.; Szwarcwald, C. L.; & Bastos, F. I. (2002). Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1987. *Revista de Saúde Pública, 36*(6), 678-685. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13521.pdf

Georgette, N.; Siedner, M. J.; Petty, C. R.; Zanoni, B. C.; Carpenter, S.; & Haberer, J. E. (2017). Impact of a clinical program using weekly Short Message Service (SMS) on antiretroviral therapy adherence support in South Africa: a retrospective cohort study. *BMC Medical Informatics and Decision Making,* 17:18. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319177/pdf/12911_2017_Article_413.pdf

Guambe, A. J., Gastalho, P. P. G., Polejack, L. & Machado, A. C. (2019). Informação, Educação e Comunicação em saúde para a população de homens que fazem sexo com homens em Moçambique. *Sexualidade e Política*, *1*(1): 275-292. Disponível emhttps://revista.todxs.org/wp-content/uploads/2019/09/13/-Informa%C3%A7%C3%A3o-Educa%C3%A3o-e-Comunica%C3%A7%C3%o-em-sa%C3%BAde.pdf

Guerra, C. P. P.; & Seidl, E. M. F. (2009). Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paideia, 19(42), 59-65. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/3054/305423764008.pdf

Günthard, H. F., Aberg, J. A., Eron, J. J., Hoy, J. F., Telenti, A., Benson, C. A., Burger, D. M., Cahn, P., Galant, J. E., Glesby, M. J., Reiss, P., Saag, M. S., Thomas, D. L., Jacobsen, D. M., & Volberding, P. A. (2014. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014

recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *Journal of American Medical Association, 312*(4), 410-425.

Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. C. (2005). *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

Lenzi, L.; Tonin, F. S.; Souza, V. R.; & Pontarolo, R. (2018). Suporte social e HIV: relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento (2018). *Psicologia: Teoria e Pesquisa [online], 34* (e34418), 1-11. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ptp/v34/1806-3446-ptp-34-e34422.pdf

Mitano, F.; Ventura, C. A. A.; & Palha, P. F. (2016). Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 26*(3), 901-915. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/physis/2016.v26n3/901-915/pt

Moçambique (2015). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015–2019*. Disponível em http://cncs.co.mz/wp-content/uploads/2016/02/PEN-IV-2015-2019-Vers%C3%A3o-Aprovada-pelo-Conselho-de-Ministros-1.pdf

Polejack, L. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento Anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8307/1/2007_LarissaPolejackBrambatti.pdf

Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(Suppl. 1), 1201-1208. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/029.pdf

Raimundo, I. M. (2011). Migração e HIV/SIDA em Moçambique: desafios da região centro de Moçambique. *Espaço e Tempo, 29*(n. Especial), 43-55. Disponível em http://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/74204

Seidl, E. M. F.; Melchíades, A.; Farias, V.; & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(10), 2305-2316. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n10/2305-2316-pt

Silva, J. A. G.; Dourado, I.; Brito, A. M. D.; & Silva, C. A. L. D. (2015). Fatores associados à não-adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses de terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Publica*, *31*(6), 1188-1198. Disponível em http://www.scielo.br/pdfcsp/v31v6/0102=311X-csp-31-6-188.pdf

Souza, H. C.; Mota, M. R.; Alves, A. R.; Lima, F. D.; Chaves, S. N.; Dantas, R. A. E.; Abdelmur, S. B. M.; & Mota, A. P. V. S. (2019). Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(5), 1361-1369. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n5/pt_0034-7167-reben-72-05-1295.pdf

Teixeira, P., Paiva, V. & Shimma, E.(2000). *Tá difícil de engolir? Experiência de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo.* São Paulo: Nepaids. Disponível em http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/ta_dificil.pdf

Unaids (2015). *The Millenium Development Goals Report 2015*. Disponível em https://www.un.org/milleniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf

Unaids (2018). *Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices*. Disponível em https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf

Unaids (2019). *Global AIDS Update: communities at the centre. Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services*. Disponível em https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf

Vieira, A. C. S.; Rocha, M. S. G.; Head, J. F.; & Casimiro, I. M. A. P. C. (2014). A epidemia de HIV/AIDS e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Katálysis*, *17*(2), 196-206. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf