

Carmen Amorim-Gaudêncio
Fátima Fernandes Catão
(Organizadoras)

ESTUDOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

FUNDAMENTOS,
PRÁTICAS
E REFLEXÕES



EJ Editora
UFPB



Universidade Federal da Paraíba

Terezinha Domiciano Dantas Martins

Reitora

Mônica Nóbrega

Vice-Reitora



Editora UFPB

Geysa Flávia Câmara de Lima Nascimento

Diretora Geral da Editora UFPB

Rildo Coelho

Coordenador de Editoração

**ESTUDOS
EM PSICOLOGIA
CLÍNICA**

**FUNDAMENTOS, PRÁTICAS
E REFLEXÕES**

1ª Edição - 2025

E-book aprovado para publicação através do Edital 001/2023 - Publicação de E-books - Editora UFPB

Direitos autorais 2025 - Editora da UFPB



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.

O CONTEÚDO DESTA PUBLICAÇÃO, SEU TEOR, SUA REVISÃO E SUA NORMALIZAÇÃO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

**Os direitos de propriedade
desta edição são reservados à:**



Cidade Universitária, Campus I - Prédio da Editora Universitária, s/n

João Pessoa - PB CEP 58.051-970

Site: www.editora.ufpb.br

Instagram: @editoraufpb

E-mail: atendimento@editora.ufpb.br

Fone: (83) 3216.7147

Editora filiada à



Associação Brasileira
as Editoras Universitárias

Carmen Amorim-Gaudêncio
Fátima Fernandes Catão
(Organizadoras)

**ESTUDOS
EM PSICOLOGIA
CLÍNICA**
FUNDAMENTOS, PRÁTICAS
E REFLEXÕES

Editora UFPB
João Pessoa, 2025

CONSELHO EDITORIAL

Cristiano das Neves Almeida (Ciências Exatas e da Natureza)

José Humberto Vilar da Silva (Ciências Agrárias)

Julio Afonso Sá de Pinho Neto (Ciências Sociais e Aplicadas)

Márcio André Veras Machado (Ciências Sociais e Aplicadas)

Maria de Fátima Alcântara Barros (Ciências da Saúde)

Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)

Elaine Cristina Cintra (Linguística e das Letras)

Regina Celi Mendes Pereira da Silva (Linguística e das Letras)

Ulrich Vasconcelos da Rocha Gomes (Ciências Biológicas)

Raphael Abrahão (Engenharias)

Catálogo na fonte: **Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba**

E79 Estudos em psicologia clínica : fundamentos, práticas e reflexões [recurso eletrônico] / Carmen Amorim-Gaudêncio, Fátima Fernandes Catão (organizadoras). – Dados eletrônicos - João Pessoa : Editora UFPB, 2025.

E-book

ISBN **978-65-5942-293-7**

Modo de acesso: editora.ufpb.br/sistema/press/

1.Psicologia - Estudos. 2. Psicologia Clínica. 3. Saúde mental. I. Amorim-Gaudêncio, Carmen. II. Catão, Fátima Fenandes. III. Título.

UFPB/B

CDU 159

Como citar a publicação no todo (ABNT 6023:2018):

AMORIM-GAUDÊNCIO, Carmen; CATÃO, Fátima Fernandes (org.). **Estudos em psicologia clínica: fundamentos, práticas e reflexões**. João Pessoa: Editora UFPB, 2025. E-book (300 p.).

ISBN 978-65-5942-293-7. Disponível em: _____

Acesso em: ____ / ____ / ____.

*“A saúde mental é de vital importância
para todos, em todos os lugares”*

Organização Mundial da Saúde

Este livro está dedicado a todos os profissionais da Psicologia e áreas afins que trabalham no contexto clínico, cuidando da saúde mental de pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos nosso compromisso de sermos pessoas dedicadas ao cuidado do outro, independente das circunstâncias. Agradecemos aos colegas professores que fazem parte do colegiado do Mestrado Profissional em Psicologia Clínica da Universidade Federal da Paraíba e seus colaboradores pelo esforço conjunto para a produção deste livro. Agradecemos à UFPB pelas oportunidades que nos proporciona na condição de docentes, discentes e colaboradores desta instituição.

**Mestrado Profissional
em Psicologia Clínica – MPPSICLI**

SUMÁRIO

PREFÁCIO **10**

- » Carmen Amorim-Gaudêncio
- » Fátima Fernandes Catão
- » Sandra Souza da Silva
- » Adriano de León

PRIMEIRA PARTE **16**

A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA DESENVOLVIDA EM CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA 17

- » Carmen Amorim-Gaudêncio
- » Gisele Suminski Mendes
- » Gerlane da Silva Vieira Torres

HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTOS DE SAÚDE/DOENÇA E DE TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM PSICOLOGIA NO BRASIL 39

- » Fátima Fernandes Catão
- » Tatianne Silva Ferreira

DEVIRES DA CLÍNICA: PSICOLOGIA, CLÍNICA AMPLIADA E O APOIO ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO NO SUS E NA REDE INTERSETORIAL 59

- » Anselmo Clemente
- » Victor Arruda Marinho
- » Laura Gabryelle Fernandes de Medeiros
- » Alice de Fatima Veras de Almeida Brito
- » Rayssa Medeiros dos Santos Cavalcante
- » Maria Luiza Ferreira Dantas

**SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-1978**

- » Marísia Oliveira da Silva
- » Gabriela Ferreira dos Santos Tinoco
- » Fábio Fernandes Pires Filho
- » Jonióstenes de Souza Vicente
- » Mayane Maia Rodrigues

**A INVENÇÃO PSICÓTICA A PARTIR DO TRABALHO
CRIATIVO: UMA EXPERIÊNCIA PSICANALÍTICA
NO TRABALHO INSTITUCIONAL97**

- » Cleide Pereira Monteiro
- » Filipe Walasse Lira de Oliveira
- » Regileide de Lucena Fernandes

**RELAÇÃO ENTRE AFETIVIDADE
E APRENDIZAGEM: CONCEPÇÕES
DE PSICÓLOGAS ESCOLARES EDUCACIONAIS 110**

- » Mônica de Fátima Batista Correia
- » Andressa Dávila da Silveira Galvão

SEGUNDA PARTE

127

**SAÚDE MENTAL E IDENTIDADE DE GÊNERO
NO PLANTÃO PSICOLÓGICO *ON-LINE*128**

- » Sandra Souza
- » Mayane Maia Rodrigues
- » Eder Oliveira Teixeira
- » Vitoria Silva Felix
- » Maria Carolina Felício Silva

**RASTREIO DE SOFRIMENTO PSICOLÓGICO
EM POPULAÇÃO ADULTA COM AUTOPERCEPÇÃO
DE ANSIEDADE.....150**

- » Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino
- » Shirley de Sousa Silva Simeão
- » Thaísy Campos da Nóbrega Rangel

**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE AO COMPORTAMENTO SUICIDA
EM CONTEXTO HOSPITALAR..... 174**

- » Bernardino Fernández-Calvo
- » Maianna Costa-Fernandes

**AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA DE LITERATURA194**

- » Isabel Cristina Vasconcelos de Oliveira
- » Yuren Costa Silva

**O LAÇO FRATERO NA PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....213**

- » Ieda Franken
- » Camilla Maria Lima Silva

**A ÚLTIMA DANÇA: A CONSTITUIÇÃO DO CORPO
NA PSICOSE A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME CISNE NEGRO 239**

- » Zaeth Aguiar do Nascimento
- » Cleide Pereira Monteiro
- » Amanda Oliveira Magalhães

CONFISSÃO E CULPA: OS MODOS DE EXISTÊNCIA HOMOSSEXUAL..... 259

- » Adriano de León

SOBRE OS AUTORES

282



PREFÁCIO

- » **Carmen Amorim-Gaudêncio**
- » **Fátima Fernandes Catão**
- » **Sandra Souza da Silva**
- » **Adriano de León**

O tema desta coletânea é a Psicologia Clínica –fundamentos, práticas e reflexões. Por questão de organização, os capítulos são apresentados em duas partes, ainda que ambas as partes se inter-relacionam. Na primeira parte, destacam-se estudos que sinalizam as dimensões da atuação e fundamentos da Psicologia Clínica: saúde mental, humanização, clínica ampliada, levando em consideração indivíduos, grupos, instituições e a comunidade de forma geral. A segunda parte reúne estudos que focam em determinadas práticas da Psicologia Clínica: avaliação e intervenção psicológica (saúde/doença), promoção da saúde, empoderamento do sujeito. Seis capítulos compõem a primeira parte, e sete capítulos, a segunda parte.

A Psicologia Clínica não é tratada aqui unicamente como um conjunto de saberes, mas, sobretudo, como uma finalidade, um compromisso com a prevenção, com a promoção da saúde, com o bem-estar de indivíduos, grupos, instituições e da sociedade, desenvolvendo pesquisas e práticas articuladas, produzindo tecnologias do cuidado para a solução dos problemas vivenciados em diversos contextos sociais. Além disso, tem como foco o empoderamento dos sujeitos, na perspectiva da atenção integral em saúde e do cuidado humanizado e da assistência a populações em risco e em vulnerabilidade. Nesse sentido, a Psicologia Clínica busca contribuir para o contexto da clínica contemporânea a partir da avaliação e da intervenção psicológicas, do acolhimento, da escuta qualificada, do trabalho em equipe, da educação em saúde, nas interconsultas, nas situações críticas de saúde pública, nas crises humanitárias contemporâneas – suicídio, pandemias, desastres e catástrofes. Para tanto, levar-se-ão em consideração o estudo do real, do cotidiano vivido, as demandas locais e regionais relacionadas às políticas públicas de saúde, de educação, de assistência social em sua relação com a Psicologia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) constituem-se na expressão máxima da saúde pública no Brasil, contando com o apoio indispensável dos profissionais da Psicologia, para que os

sistemas funcionem adequadamente, contemplando as mais distintas áreas da população, em suas complexidades e profundidades. Essa relação entre a Saúde e a Psicologia é tão valiosa que sistemas como o SUS e o SUAS têm se tornado os maiores empregadores de psicólogos(os) no país, de modo que as Instituições de Ensino Superior devem se adequar a essa realidade.

No Brasil, a construção da política pública de saúde tem, na criação e implantação do SUS, a revelação de um processo democrático e participativo, visando a transformar o acesso à saúde e a possibilitar um cuidado integral a toda a população brasileira. Para isso, torna-se imprescindível a mudança de posição dos saberes envolvidos no cuidado à saúde, de uma lógica exclusivamente médica biologizante e medicamentosa para uma lógica clinicamente ampliada, assimilando práticas e técnicas que compreendam os determinantes biopsicossociais da saúde, com foco no sujeito e nas suas relações com os diversos contextos em que está inserido, apresentando recursos terapêuticos tanto avaliativos quanto interventivos.

A Psicologia brasileira, que teve sua prática inicial voltada para o atendimento individual, no consultório privado, disponível apenas para uma pequena parcela da população e com o objetivo de “curar” os sujeitos, procura superar o desafio de como ingressar nessa lógica de cuidado à saúde

proposta por políticas públicas como a do SUS. Ao longo dos anos, esse sistema se configurou e adentrou os mais diversos espaços do vasto território brasileiro, construindo tecnologias de avaliação e intervenção condizentes com cada realidade e aproximando a população de uma experiência real garantidora de direitos. Com ações nos três níveis de complexidade da saúde, o SUS busca alcançar o maior nível de resolutividade para quem o acessa. Em conjunto com a Psicologia, popularizou-se o entendimento sobre a importância desse saber no dia a dia das pessoas, que deixou de ser uma ferramenta de avaliação e intervenção apenas no nível da assistência e passou a estruturar práticas nos campos da prevenção e promoção da saúde.

Com base nesses conhecimentos, processos avaliativos e intervenções psicológicas, com a finalidade da promoção da autonomia, devem buscar a participação efetiva e afetiva da comunidade, parcerias com instituições, com movimentos sociais e ações comprometidas com o bem-estar, com a diversidade e com as subjetividades de todos e todas. Considera-se que a formação em Psicologia Clínica, atualmente, carece de uma formalização do conteúdo de clínica ampliada às complexidades das políticas públicas. Entende-se que, embora tal conteúdo possa ser apresentado ao longo da formação, a ausência de um es-

paço próprio para a sua discussão e prática abre brechas para uma atuação profissional alienada e pouco efetiva.

Esse compromisso ético-político coloca-se como objetivo do Mestrado Profissional em Psicologia Clínica (MPPSICLI), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), comprometido com uma formação de excelência, e propõe-se a atravessar o cotidiano de desigualdades e violências às diversas populações. Ademais, visa ao enfrentamento e à superação das vulnerabilidades, investindo na apropriação do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos.


Os profissionais de Psicologia precisam estar cientes do compromisso ético-político em que devem pautar sua atuação, sendo capazes de distinguir as demandas que são de sua competência, a partir da função que exercem, exigindo seus direitos e exercendo seus deveres na entrega impecável dos produtos decorrentes dos serviços ofertados aos sistemas supracitados. Para tanto, é de valia ímpar uma formação continuada que englobe todas essas variedades e complexidades individuais, socioculturais e socioinstitucionais, integrando as teorias e técnicas da Psicologia Clínica voltadas aos contextos contemporâneos.

Vamos terminar ressaltando a intencionalidade presente em todos os capítulos desta coletânea, proporcionando subsídios para a reflexão e para a práxis comprometidas com a assistência integral, com a prevenção e a promoção da

AGRADECIMENTOS

saúde, com o bem-estar e com o empoderamento dos sujeitos, à luz da finalidade, dos princípios, dos fundamentos das práticas de avaliação e de intervenção da Psicologia Clínica.

PRIMEIRA PARTE



A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA DESENVOLVIDA EM CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA

- » Carmen Amorim-Gaudêncio
- » Gisele Suminski Mendes
- » Gerlane da Silva Vieira Torres

INTRODUÇÃO

De acordo com a última revisão global sobre saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a saúde mental é de vital importância para todos, independentemente do lugar, etnia ou condição socioeconômica. Em todo o mundo, as necessidades de saúde mental são grandes, mas a “resposta é insuficiente e inadequada”. Até 2019, cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo possuíam algum transtorno mental, sendo que 14% delas eram adolescentes. A OMS informa que os distúrbios psicológicos foram os principais responsáveis pelas situações de incapacidade, reduzindo em até 20 anos o tempo de vida das pessoas acometidas por condições psicológicas mais graves em comparação com a população em geral. As evidências

apontaram um aumento de 25% nos índices de ansiedade e depressão após o primeiro ano da pandemia, com destaque para o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação como principais causas dos transtornos depressivos. O relatório ressalta que os fatores agravantes à saúde mental estão relacionados à existência de desigualdade social e econômica, emergências de saúde pública, tensões de guerra e crise climática. A OMS propõe como objetivos fundamentais para os próximos anos: (1) promover a saúde mental para todos; (2) proteger as pessoas expostas a riscos, realizando a prevenção ao suicídio, principalmente em relação a crianças, adolescentes e saúde mental no trabalho; e (3) prestar atenção à saúde mental por meio de serviços comunitários, tanto para problemas de saúde mental comuns quanto para os mais graves, fora dos hospitais psiquiátricos.

Na mesma direção, dados nacionais do Ministério da Saúde (MS) revelam que aproximadamente 30% da população apresenta um quadro clínico definido ou alguma propensão ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, principalmente associados à ansiedade, síndrome do pânico e depressão (Brasil, 2023). As principais consequências desses problemas estão relacionadas ao sofrimento ou incapacidade dos envolvidos, com prejuízos significativos para as relações sociais, profissionais e outras atividades importantes (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Sob essa perspectiva, os agravos à saúde mental constituem um importante problema de saúde pública que demanda assistência dos serviços de saúde. No âmbito universitário, essa alta demanda por assistência à saúde mental é percebida nas Clínicas-Escola de Psicologia brasileiras. Os usuários desses serviços queixam-se de um variado conjunto de problemas emocionais e comportamentais que afetam as interações familiares, escolares, sociais e profissionais, com sintomatologia aguda e crônica de ansiedade, depressão, psicose, insegurança e déficits de aprendizagem (Amorim-Gaudêncio, 2022a; Bolconte, 2014; Borsa et al., 2013). Esse cenário variado de problemas de saúde mental suscita o desenvolvimento de pesquisas sociodemográficas e clínicas para melhor entendimento da população usuária e realização de tratamentos mais adequados à realidade local.

As Clínicas-Escola de Psicologia surgiram no Brasil desde 1962, a partir da Lei 4.119 de regulamentação da profissão do Psicólogo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), com o objetivo de proporcionar ao estudante a experiência da prática clínica. Por meio desses serviços, é possível que o futuro profissional aplique o conhecimento teórico aprendido ao longo da academia, conduzindo tratamentos psicoterapêuticos, principalmente fornecendo atendimentos psicológicos estruturados e completos as populações mais desfavorecidas economicamente e socialmente. No geral,

populações menos favorecidas não dispõem de recursos para arcar com os custos de um tratamento em clínicas particulares ou aguardar em filas de serviços públicos (Couto, 2022). Existe um consenso na literatura de que as funções desempenhadas pelas Clínicas-Escola nos cursos de psicologia visam o cumprimento de três objetivos primordiais, a saber: (1) ensino, capacitando profissionais para a atuação em diferentes contextos regionais e culturais, integrando redes públicas as redes privadas de saúde, comunidades carentes, organizações, instituições; (2) Extensão, atendimento à comunidade, mediante a promoção de melhorias para a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo dos sujeitos, fundamentando sua atuação em conhecimentos teóricos e em preceitos éticos e humanizados; (3) Pesquisa, promovendo o desenvolvimento de investigações de grande pertinência para a sociedade e comunidade científica (Cerioni; Herzberg, 2016).

De modo geral, observa-se que os usuários, frequentemente, procuram as clínicas-escola por iniciativa própria ou indicação de um profissional. Em decorrência de estarem enfrentando impasses que causam algum nível de sofrimento psíquico e para os quais não conseguem uma resolução individual. A queixa relatada pelo cliente assim como as suas expectativas de atendimento são o ponto de partida para o trabalho clínico do profissional no psicodiag-

nóstico; incluindo o oferecimento de uma escuta atenta acerca das dificuldades relatadas na queixa, esclarecimento dos objetivos e limites do processo. Além da verificação do engajamento e interesse do cliente em dar continuidade ao tratamento e, em casos favoráveis, finalmente, o estabelecimento do contrato terapêutico (horário, lugar, objetivos e papéis) para início das intervenções (Aguirre *et al.*, 2000).

É válido salientar que apesar do reconhecimento sobre os seus impactos positivos para a sociedade, as Clínicas-Escola de Psicologia apresentam limitações e problemas importantes relacionados à complexidade das suas funções que necessitam atenção. Os principais eixos de dificuldade são os relativos à elaboração de práticas interventivas variadas, integração entre pesquisa, ensino e extensão, índice elevado de evasão dos usuários, longas filas de espera e pouco preparo dos estagiários que atendem diretamente a população usuária (Boeckel *et al.*, 2010). Consonante ao último relatório mundial sobre saúde mental da Organização Mundial da Saúde (2022), considera-se a necessidade de fomentar melhorias que possibilitem a superação das dificuldades nos serviços de atenção a saúde mental das clínicas-escolas, com ampliação de conhecimentos e identificação das necessidades singulares para o estabelecimento de novas formas de intervenção, bem como, o monitoramento dos serviços prestados (Amaral *et al.*, 2012).

Apesar do exposto, é visto que embora os novos parâmetros para a formação do profissional da psicologia tornem necessária a verificação da efetividade das Clínicas-Escola na perspectiva de estabelecer uma articulação entre teoria e prática, existe carência na produção científica, derivada das atividades de formação acadêmica nesse âmbito (Silvares, 2006). Adicionalmente, destaca-se a dificuldade da realização do psicodiagnóstico antes das intervenções psicológicas, muitas vezes por ausência ou número reduzido de técnicos e professores habilitados para esta atividade, apesar da reconhecida importância e necessidade de fundamentar a prática clínica em processos avaliativos para melhor encaminhamento dos casos, já que se trata de um processo de análise científica minuciosa global sobre cada indivíduo e suas demandas.

CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA E A PESQUISA CIENTÍFICA

O desenvolvimento de pesquisas exploratórias tem sido enfatizado nas clínicas-escola de psicologia, com o objetivo de promover o aperfeiçoamento dos serviços prestados na atenção das demandas da população atendida. Esses estudos permitam uma ampla compreensão da dinâmica existente entre o público-alvo e posterior elaboração de melhorias na atenção oferecida (Bolconte, 2014). A

realização de pesquisas nos diversos campos de atuação profissional do psicólogo tem sido uma prática encorajada (Conselho Regional de Psicologia, CRP6, 2010). Acredita-se que, pesquisas epistemológicas sobre o mapeamento da clientela e das ações oferecidas pelas clínicas de psicologia das universidades possibilitam o estabelecimento da articulação ideal entre pesquisa, ensino e extensão (Maravieski; Serralta, 2011). Essa concepção parte do entendimento de que, apenas por meio de tais investigações, será possível delinear ações e proporcionar correções pertinentes nos caminhos adotados pela extensão e o ensino, norteando, ainda, a construção de currículos.

Nessa perspectiva, é imprescindível mencionar a implicação de alguns dos principais estudos que foram realizados a partir do mapeamento da dinâmica presente entre o público que adquiriu atenção em saúde mental dentro de Clínicas-Escola de diferentes instituições. Os estudos investigaram questões fortemente relevantes, como as características presentes nessa clientela, em termos de perfil clínico e sociodemográfico (Bolconte, 2014; Campezzatto; Nunes, 2007; Maravieski; Serralta, 2011), a satisfação dos usuários com os serviços obtidos (Arruda *et al.*, 2021), o índice de abandono de tratamento psicoterápico por parte dos usuários (Couto, 2022); assim como, a implicação da avaliação psicológica ou psicodiagnóstico dentro desses

espaços (Borsa *et al.*, 2013). Comumente, os estudos que visam a caracterização de dados sociodemográficos dessa comunidade, investigam especificamente variáveis como gênero, idade, escolaridade, estado civil e informações sobre a composição estrutural da família. Já os principais dados clínicos que são alvo de análise envolvem a obtenção das queixas, modalidade de tratamento, número de atendimento e adesão ao tratamento (Maravieski; Serralta, 2011).

Com objetivos semelhantes, pesquisas têm sido desenvolvidas na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em articulação com o Laboratório de Intervenção Clínica-Forense (LAICF/UFPB/CNPq) e o projeto "Avaliação Psicológica na Prática Clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada (APPC). Os referidos estudos são desenvolvidos através de projetos de iniciação científica (Amorim-Gaudêncio, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023b) na investigação do perfil biopsicossocial de amostras de usuários atendidos pela instituição, incluindo a identificação de variáveis psíquicas, biológicas, comportamentais, sociodemográficas, de gênero, familiares e situacionais, que podem representar um papel crítico na sua saúde mental dos investigados. Além da descrição dos fatores destacados, buscam a identificação de associações entre as variáveis mais significativas e a compreensão psicodinâmica, para um melhor planejamento de intervenções comunitárias, funda-

mentadas em evidências científicas e não menos importante, visam estimular a atitude e a capacidade de investigação científica do discente pesquisador do ensino superior, para encontrar soluções aos problemas enfrentados na prática clínica atual. Os resultados mais recentes apontaram para uma população com média de idade de 29 anos, sendo a maioria constituída por solteiros, heterossexuais, estudantes e provenientes de famílias não numerosas, com alto índice de desestruturação. As principais queixas envolviam ansiedade, depressão, problemas interpessoais e de regulação emocional, com predominância de diagnósticos prévios e hipóteses diagnósticas em relação às confirmações. Um dado importante foi a forte expressão da agressividade e de consumo de substâncias psicoativas. Adicionalmente, as análises inferenciais indicaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis de negligência parental e abuso [$X^2(8) = 16,027$; $p < 0,042$], negligência e isolamento social [$X^2(2) = 15,593$; $p < 0,002$], tipo familiar e diagnóstico [$X^2(6) = 20,919$; $p < 0,002$] e entre insegurança e relações sociais [$X^2(1) = 4,201$; $p < 0,040$]. Esses dados são de grande importância para o planejamento de ações e intervenções que possam melhorar a prestação de serviços e a qualidade da saúde mental dos usuários (Amorim-Gaudêncio, 2022a).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Ao falarmos em pesquisa não podemos deixar de nos referirmos a própria avaliação psicológica. Esta atividade refere-se ao processo investigativo, dinâmico e estruturado, exclusivamente realizado pelo psicólogo, mediante a utilização de métodos e técnicas científicas da Psicologia, cujo objetivo é angariar informações para explicar fenômenos psicológicos. Tal processo pode ser realizado de forma individual ou coletiva, conforme as demandas ou finalidades específicas; no qual o psicólogo ou psicóloga utiliza-se de fontes fundamentais de informação (entrevistas psicológicas e anamneses, testes psicológicos, protocolos ou registros de observação de comportamentos obtidos individualmente ou por meio de processo grupal e/ou técnicas de grupo) e de fontes complementares de informação (técnicas e instrumentos não psicológicos que possuam respaldo da literatura científica da área, que respeitem o Código de Ética Profissional do Psicólogo e as garantias da legislação da profissão; documentos técnicos, tais como protocolos ou relatórios de equipes multiprofissionais) para embasar sua tomada de decisão no diagnóstico psicológico e tratamento psicológico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, solução de problemas, encaminhamentos, entre outros (Brasil, 1962; 2022a; 2022b).

Segundo Cohen, Swerdlik, Sturman (2014, p.3), a avaliação psicológica pode ser compreendida como “coleta e integração de dados relacionados à psicologia [...], que é realizada por meio de instrumentos como testes, entrevistas, estudo de caso, observação comportamental [...]”. Este processo volta-se para a resolução de uma questão, de um problema ou tomada de decisão centrada em como o sujeito processa suas vivências, para além dos resultados deste processamento (Cohen, Swerdlik, Sturman *et al.*, 2014).

A avaliação psicológica tem uma relevância histórica para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão no Brasil, uma vez que a história da avaliação psicológica no Brasil se confunde com a própria história da Psicologia como ciência e profissão no país, pois ocorre antes mesmo da sua profissionalização com a criação dos cursos de graduação e a previsão de ensino de avaliação psicológica. É possível perceber que o caminho da área de avaliação psicológica no Brasil passou por algumas fases: primeiro um grande interesse pelos testes psicológicos, em seguida um certo descrédito e críticas em virtude da falta de qualidade e de estudos de normatização dos instrumentos usados e a mais atual onde surge um novo florescimento da área. [...] O Conselho Federal de Psicologia vem empreendendo esforços no sentido de regulamentar a área através de diversas ações e atuação do SATEPSI, bem como diminuir a lacuna ainda encontrada nos aspectos éticos que envolvem a atuação em avaliação psicológica. [...]. Constata-se assim, que a Psicologia e a área de avaliação psicológica vêm passando por importantes mudanças que

tem em vista a qualificação da formação profissional, a valorização das práticas baseadas em evidências científicas e atenção às demandas sociais (Hasbun; Formiga; Estevam, 2021, p. 149).

Como informado anteriormente, para realizar o processo de avaliação, o psicólogo ou a psicóloga deve selecionar métodos e técnicas científicas a serem utilizadas, dispondo das fontes fundamentais de informação e de fontes complementares (CFP, 2022b). Os testes psicológicos e as entrevistas psicológicas se destacam no processo de avaliação psicológica como fontes fundamentais.

Os testes psicológicos são instrumentos de avaliação de características psicológicas, que abarcam testes, escalas, inventários, questionários, métodos projetivos e expressivos; os quais visam mensurar variáveis psicológicas como afeto, emoção, personalidade, inteligência, cognição, memória, atenção, percepção, motivação, valores, atitudes, entre outras. Visam comparar os resultados com padrões sociais e/ou culturais em relação a uma determinada faixa etária e níveis de escolaridade. Os testes psicológicos diferem em relação ao conteúdo, formato, procedimentos de administração, pontuação, interpretação e solidez psicométrica. Sendo um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo ou psicóloga (Brasil, 1962; Cohen *et al.*, 2014; CFP, 2022b).

A entrevista psicológica para obtenção de informações no processo de avaliação psicológica requer habilidade

do profissional de psicologia, pois visa analisar e descrever aspectos do indivíduo, de sua história de vida, de suas relações, de sua forma de ser e estar no mundo. Portanto, não se restringe a análise do conteúdo verbal, mas estende-se para o não verbal (vestimentas, gestos, comportamentos, expressão facial, grau de cooperação e contato visual e reações às perguntas do entrevistador). No intuito de coletar informações, as formas de entrevistas mais efetivas são as semiestruturadas ou livres, sendo as estruturadas de pouca utilidade, tendo em vista seu caráter rígido/fechado, que não estimula o diálogo (Cunha, 2008; Cohen *et al.*, 2014).

Outra fonte fundamental é a observação comportamental, segundo Cohen *et al.* (2014), caracteriza-se pelo monitoramento das ações do avaliado, a qual pode realizar-se de forma quantitativa (frequência de repetição comportamental) ou qualitativa (descrição e/ou análise dos comportamentos emitidos), podendo ou não ser associada à entrevista.

Para Primi, Nascimento e Souza (2004, p. 40) a avaliação psicológica além de ser uma atividade mais complexa que a testagem psicológica é uma “busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas [...]”, cuja finalidade é orientar a tomada de decisão para solucionar problemas específicos. Sendo, portanto,

um processo amplo, que inclui a testagem psicológica, mas não se reduz a esta.

Assim, torna-se ingênua a redução da avaliação psicológica a testagem psicológica, tendo em vista que a primeira se refere a um processo complexo de integração de informações provenientes de fontes diversas, que abarcam entrevistas, testes psicológicos, observação comportamental, entre outras. A testagem psicológica é “uma das etapas da avaliação psicológica” (CFP, 2022a) que pode inclusive ser, em ocasiões, descartada.

Após o processo de avaliação psicológica alguns documentos escritos pelos profissionais de psicologia podem ser elaborados (Atestado psicológico e Laudo psicológico), desde que possuam qualidade técnica e científica e sigam as diretrizes descritas na Resolução CFP nº 6/2019 (CFP, 2019a). A tomada de decisão deve ser obrigatoriamente fundamentada em métodos, instrumentos e técnicas psicológicas (fontes fundamentais e complementares) reconhecidas cientificamente, referenciando-se o material técnico/teórico utilizado, com todas as laudas numeradas e rubricadas, com exceção da última que deverá conter a assinatura do profissional ou profissionais responsáveis por sua confecção, acompanhada do número do registro profissional no Conselho Regional de Psicologia, ao qual o psicólogo ou psicóloga está vinculado (CFP, 2022b).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA PRÁTICA CLÍNICA: UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO QUALIFICADA - APPC

Avaliação Psicológica na Prática Clínica: Uma Proposta de Formação e Intervenção Qualificada – APPC (Amorim-Gaudêncio, 2023a) é um projeto guarda-chuva de ensino, extensão e pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que já vai em sua sexta edição. Tem como objetivo geral, a capacitação de estudantes de psicologia e de psicólogos na realização do processo de avaliação psicológica e atenção das demandas de avaliação psicológica dos usuários da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB. Para tanto, os extensionistas participantes são capacitados para a realização de um protocolo de avaliação psicológica por meio de estudos teóricos, discussão de textos com a temática avaliação psicológica, treinamentos (habilidades de entrevistador; técnicas de observação; processos básicos e exame do estado mental; critérios diagnósticos, entre outros) e técnicas de simulação de eventos reais (*roleplays*), realizados em encontros semanais sob a supervisão permanente em todas as fases. Posteriormente à fase de capacitação, os extensionistas passam à fase de execução do processo avaliativo; momento em que aplicarão os conhecimentos adquiridos na etapa de ensino e de capacitação. Median-

te contato com os usuários que estão na lista de espera da Clínica-Escola da UFPB para atenção psicológica, lhes convidam a participar de um processo de avaliação psicológica ou psicodiagnóstico. Neste segundo momento, há continuidade nos encontros semanais para supervisão da prática clínica avaliativa, elaboração do laudo psicológico e entrevista devolutiva. O terceiro momento do projeto volta-se para os estudos técnicos científicos, pesquisa e produção científica como artigos, estudos de caso, entre outros produtos. Baseado no tripé de ensino, extensão e pesquisa o projeto já contribuiu para a formação ética e técnica na realização do processo de avaliação psicológica ou psicodiagnóstica de aproximadamente oitenta discentes, além de beneficiar mais de cem usuários da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB, com processos avaliativos gratuitos. O projeto já realizou uma publicação internacional (Amorim-Gaudêncio, *et al.*, 2023), além da produção de dois *Ebooks*, “Ensinando e aprendendo a realizar o exame do estado mental no contexto clínico (Amorim-Gaudêncio, *et al.*, 2022b) e, Ensinando e aprendendo a realizar o processo de avaliação psicológica no APPC, em processo de edição. Ambas os E-books, produzidos pela Editora Universitária – UFPB, servem de manual prático de auxílio na capacitação de estudantes e profissionais na realização do processo da avaliação psicológica. Portanto, além de contribuir com a

formação profissional dos futuros psicólogos e psicólogos em reciclagem, o APPC contribui para a produção científica da área da avaliação psicológica e, como não podia deixar de ser, para a promoção e prevenção da saúde mental e qualidade de vida da comunidade contemplada com as ações do projeto.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, A. M. B. *et al.* A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. **Psicologia USP**, [S. l.], v. 11, p. 49-62, set./2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/4RChbgBJWm9fHpdb3VxSzm-d/?lang=pt>. Acesso em: 10 de set. 2023.

AMARAL, A. E. V. *et al.* Serviços de Psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco – SP – Brasil. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 62, n. 136, p. 37-52, jun./2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432012000100005&sc_ript=sci_arttext. Acesso em: 10 set. 2023.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na prática clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada**. PIBIC/CNPq. PVB9787-2019. Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. 2019.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na prática clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada**. PIBIC/CNPq. PVB11701-2020. Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. 2020.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na prática clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada**. PIBIC/CNPq.

PVB13966-2021. Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. 2021.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na prática clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada.** PIBIC/CNPq. PVB15641-2022. Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. 2022a.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na prática clínica: uma proposta de formação e intervenção qualificada.** PIBIC/CNPq. PVB17035-2023. Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. 2023a.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. **Avaliação psicológica na Prática Clínica: Uma proposta de formação e intervenção qualificada.** Projeto Probox (6ª Edição). 2023b. Disponível em: <https://sigaa.ufpb.br/sigaa/public/departamento/extensao.jsf?id=1351>. Acesso em: 17 set. 2023.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. *et al.* **Ensinando e aprendendo a realizar o exame do estado mental no contexto clínico.** 1ª. ed. João Pessoa: Editora UFPB, 2022. E-book. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/book/641>. Acesso em: 24 set. 2023a.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C.; MENDES, G. S.; SILVEIRA, L. J. B. Psychosocial Traumatic Environments: A Clinical Case of Childhood Abuse. **Sexes**, 2023, 4, pp. 402-410. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2411-5118/4/3/26>. Acesso em: 09 de set. 2023b.

ARRUDA, A.; METRO; C. *et al.* Servicios de Psicología en la Clínica Escolar de la UEPB: Un Análisis de la Satisfacción de los Usuarios. Identificación en Línea. **Revista Psicología**, Campina Grande, v. 15, n. 57, out., 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3263/5131>. Acesso em: 13 set. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOECKEL, Mariana Gonçalves *et al.* O papel do serviço-escola na consolidação do projeto pedagógico do curso de Psicologia. **Psicologia Ensino & Formação**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 41-52, abr./2010.

BOLCONTE, S. I. **Perfil do público das clínicas-escola de Psicologia do Brasil**: uma revisão. 2014, 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia), UEPB, Campina Grande, 2014. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8250/1/PDF%20-%20lara%20Soares%20Bolconte.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BORSA, Juliane Callegaro; OLIVEIRA, Sérgio Eduardo Silva de; YATES, Denise Balem; BANDEIRA, Denise Ruschel. Centro de Avaliação Psicológica-CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. **Psicologia Clínica**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, jun./2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/kvH7SqhMXSzyrBPRK7sXmYg/>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo**. [S.l.; s.n.], 1962. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4119.htm. Acesso em: 09 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Janeiro branco**: um convite ao cuidado com a saúde mental e com as emoções. Brasília, DF: Ministério da saúde, 23 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/abin/pt-br/centrais-deconteudo/imagens/newsletter/010/janeiro-branco-um-convite-ao-cuidado-com-saudemental-e-emocoes>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CAMPEZATTO, P.; NUNES, M; L; T. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, jan./2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/5H69JChkXXf-NGHmwmP9V4wn/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

CAMPOS ARRUDA, A. M.; *et al.* Serviços de Psicologia da Clínica Escola da UEPB: Uma Análise da Satisfação dos Usuários. Id on Line. **Revista de Psicologia**, Campina Grande, v. 15, n. 57, out./2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3263/5131>. Acesso em: 10 set. 2023.

CERIONI, R. A. N.; HERZBERG, E. Expectativas de Pacientes acerca do Atendimento Psicológico em um Serviço-Escola: da Escuta à Adesão. **Psicologia, Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 36, n. 3, set./2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/JYZ5hF6NWwsQQ8pJ96s94hy/>. Acesso em: 10 set. 2023.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. Testagem e Avaliação Psicológica: **Introdução a Testes e Medidas**. 8ª. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. 724p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 6, de 29 de março de 2019a. **Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela (o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 7/2003 e a Resolução CFP nº 4/2019**. [S.l.; s.n.], 2019b. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n-06-2019-comentada.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 17, de 04 de setembro de 2019. **Altera a Resolução CFP nº 03/2017, que define e regulamenta a Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica**. [S.l.; s.n.], 2019b. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-17-2019-altera-a-resolucao-cfp-n-032017-que-define-e-regulamenta-a-comissao-consultiva-em-avaliacao-psicologica?origin=instituicao>. Acesso em: 09 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Cartilha avaliação Psicológica. **Conselho Federal de Psicologia e Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica**, 2022a. Brasília: 3ª Ed. 68p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/cartilha-avaliacao-psicologica-2022/>. Acesso em: 09 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº 31, de 15 de dezembro de 2022. **Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018**. [S.l.; s.n.], 2022b. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do->

[-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018?origin=instituicao](#). Acesso em: 09 set. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP6). Recomendações aos serviços-escola de psicologia do estado de São Paulo: compromisso ético para a formação de psicólogos, 2010. São Paulo: 1. ed. 16p. Disponível em: https://www.crp6.org/uploads/impresso/1426/Vma120ro-ZYDQ7c_y2I3kzW1sPgXvv03.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

COUTO, T. **Desistência e abandono dos atendimentos psicológicos em uma Clínica escola de psicologia no Vale do Paraíba**. Atendimentos psicológicos em uma Clínica-escola de psicologia no Vale do Paraíba. 2022, 82f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade de Taubaté, São Paulo, 2022.

CUNHA, J. A. Psicodiagnóstico, Porto Alegre, v. 5. ed. rev. e ampl., **Art-med**, [S. l.], 2008, 678 p.

HASBUN, A; FORMIGA, N; ESTAVAM, I. Os caminhos da avaliação psicológica no Brasil e no mundo: reflexões para um estado da arte. **Psicologia e Saúde em Debate**. [S. l.], v. 7, n. 1, Jan., 2021. Disponível em: <https://psicodebate.dpg.psisfpm.com.br/index.php/periodico/article/view/727/473>. Acesso em: 10 set. 2023.

MARAVIESKI, S.; SERRALTA, F. B. Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. **Temas em psicologia**, Canoas, v. 19, n. 2, p. 481-490, dez.,2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751438011.pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial de la Salud: **Transformando la salud mental para todos**. Genebra: OMS, 2022.

PRIMI, R. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Campinas,

v. 26, n. spe. 25–35, dez./2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500003>. Acesso em: 09 set. 2023.

PRIMI, R.; NASCIMENTO, R. S. G. F.; SOUZA, A. S. **Critérios para avaliação de testes psicológicos**. Em Conselho Federal de Psicologia - CFP (Org.), *Avaliação dos testes psicológicos: relatório*. Brasília: CFP, 2004. pp. 31-55.

SILVARES, E. F. D. M. *et al.* Um estudo em cinco clínicas-escola brasileiras com a lista de verificação comportamental para criança (CBCL). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2005.



HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTOS DE SAÚDE/DOENÇA E DE TRABALHO:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
EM PSICOLOGIA NO BRASIL

» Fátima Fernandes Catão

» Tatianne Silva Ferreira

INTRODUÇÃO

Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Humanização e Bioética - exclusão/inclusão social e do humano em contextos de trabalho e de saúde/doença: revisão integrativa da literatura em Psicologia no Brasil e em Portugal”, com apoio do CNPq-UFPB e bolsa PIBIC.

Ao estudar a humanização, é necessário investigar o ser humano e as condições de sua constituição na sua humanidade (Vigotski, 2004; Sawaia, 2006; Catão, 2015). Todos os seres mutáveis possuem em si uma característica de processualidade e uma dimensão de potencialidade, ou seja, a capacidade de mudar, a potência da ação humana, não como propriedade do sujeito, mas como a possibili-

dade de se tornar, a capacidade de ser afetado pelo outro e pelos contextos, em um processo de infinitas possibilidades de criação e de entrelaçamentos. Os seres humanos são mutáveis e sua potencialidade está aberta ao novo, ao que nunca foi. É nesse movimento e na capacidade de ser afetado que o ser humano se produz, se realiza e se potencializa, se humaniza em coletividade, na relação com outros seres humanos e com o mundo (Espinosa, 2009; Vigotski, 2004, 2003).

A partir da década de 1990, o conceito de humanização passou a ser uma referência na área da saúde no Brasil, com a criação de dois programas de assistência: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar. Esses programas foram criados com base na Constituição Brasileira de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, e tinham como objetivo estimular a organização de serviços e equipes para a assistência em saúde (Alves et al., 2014).

A humanização foi estabelecida como política pública a partir de 2003, através da Política Nacional de Humanização (PNH), que envolve uma série de diretrizes para sua implementação, incluindo clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalhador, direitos dos usuários e fomento de grupidades, coletivos e redes (Brasil, 2010).

A PNH foi implantada para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, visando melhorar a qualidade da saúde pública no Brasil e promover trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2014).

A PNH é guiada pela autonomia e protagonismo dos sujeitos, pela corresponsabilidade, pelos vínculos solidários e pela participação coletiva no processo de gestão. Isso implica a valorização de diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Além disso, busca articular avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria do ambiente de cuidado e das condições de trabalho (Brasil, 2013, 2009).

A PNH baseia-se em três princípios enquanto política de saúde: a transversalidade, que busca uma interação mais igualitária entre os diferentes saberes; a indissociabilidade entre gestão e atenção, no sentido de alcançar a integralidade do cuidado; e o protagonismo, que diz respeito à corresponsabilização da tríade gestão-prestador-usuário, reconhecendo gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (Brasil, 2004).

Para que aconteça uma efetivação da PNH, faz-se necessária uma corresponsabilização pelas ações de saúde, no sentido de garantir uma assistência humanizada. A clínica

ampliada, como diretriz da PNH, leva em consideração diferentes enfoques, na perspectiva de oferecer uma abordagem mais global do processo saúde-doença, mantendo uma íntima relação com fatores sociais e afetivos. Dessa maneira, é necessária uma abordagem multidisciplinar (Brasil, 2009).

A PNH, inspirada no processo de humanização, deverá contribuir com a elaboração de ações que transformem, que impactem e que amenizem os efeitos da desigualdade social, além de impulsionar uma reflexão permanente e a desconstrução da desumanização no mundo, nas instituições, nos grupos e nas pessoas.

O estudo em epígrafe é de caráter descritivo-analítico e está estruturado nas seguintes partes: (1) Introdução; (2) Procedimentos metodológicos; (3) Resultado e discussão; (4) Considerações finais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo adota a abordagem qualitativa de pesquisa, na qual o(a) pesquisador(a) busca entender e interpretar os sentidos e significados de um conceito, contexto ou fenômeno.

Trabalha-se com o método de revisão integrativa da literatura. Trata-se de um método que proporciona a análise ampla da literatura e se propõe a entender determinado

tema ou fenômeno por meio da busca, análise crítica e síntese de estudos. Tem como objetivo elaborar conclusões gerais sobre a temática e identificar possíveis lacunas que possam direcionar futuras pesquisas. Dessa forma, a revisão integrativa possibilita generalizações precisas dos estudos analisados e permite reduzir incertezas sobre recomendações práticas, com a intenção de produzir ações mais efetivas e embasadas teoricamente (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão integrativa é realizada em 6 fases distintas e inter-relacionadas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados ou categorização dos estudos; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Será realizada, na fase interpretativa, uma análise de conteúdo dos artigos (Bardin, 1977) à luz da perspectiva socio-histórica vigotskiana. A análise de conteúdo objetiva o conhecimento crítico do sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

Inicialmente, foram identificados o tema da pesquisa e a pergunta norteadora, que partiu da seguinte questão: qual o perfil das publicações, no campo da literatura da Psicologia no Brasil, disponibilizadas nas bases de dados,

periódicos *on-line*, no período de 2010 a 2020, que abordam como objeto de estudo a categoria *humanização em contextos de saúde/doença e de trabalho*? Nessa direção, foram pré-definidos os descritores: *Humanização; Humanização AND Psicologia*.

A busca foi realizada, entre novembro de 2020 e maio de 2021, na *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil* e *SciELO – Brasil*. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos de pesquisa do Brasil foram: artigos científicos publicados nos últimos 10 anos; presença do termo *humanização* no título ou nas palavras-chave; ter, pelo menos, um autor da Psicologia.

Para a categorização dos estudos, foi elaborado um quadro contendo as seguintes informações: título, palavras-chave, revista, filiação, referencial teórico, objetivo, metodologia, resultados e evidências dos estudos. A utilização do quadro como instrumento de categorização auxiliou na identificação das informações principais de cada trabalho, facilitando a análise e interpretação dos dados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Na BVS Brasil foram encontrados 550 estudos e, na SciELO – Brasil, 75 estudos. A busca feita na BVS Brasil teve

uma quantidade de trabalhos mais significativa e escolhida para compor o material da análise deste estudo.

De acordo com os critérios de inclusão, na busca realizada na BVS Brasil, selecionaram-se 19 trabalhos sobre humanização. Foram capturados pela análise de conteúdo temática dos estudos levantados: concepções de humanização, capturada em dois eixos temáticos – (1) a humanização nos serviços de saúde: mudanças estruturais e subjetivas; (2) os espaços de trabalho da Psicologia e a PNH.

A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: MUDANÇAS ESTRUTURAIS E SUBJETIVAS

A partir da década de 1970, as lutas sociais promoveram transformações históricas na área da saúde. Marcados pelo processo de redemocratização do país, os movimentos deram origem à PNH por meio da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), “que se caracteriza pela busca da democratização da saúde e reorganização do sistema, onde se objetiva uma saúde sendo direito de todos e não um privilégio de uma minoria” (Sobreira; Abilio; Ortiz, 2016, p. 229). Desse modo, foi mediante a RSB que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e o acesso à saúde passou a ser um direito constituinte.

A PNH – também conhecida como Humaniza SUS – foi instituída pelo Ministério da Saúde, em 2003, com a

intenção de fortalecer os princípios básicos do SUS e de contribuir para a melhora da qualidade da atenção e gestão dos serviços de saúde (Lima; Martins, 2017; Romero; Pereira-Silva, 2011; Zini; Cury, 2014). O Humaniza SUS é um portal de acesso gerido por profissionais que trabalham na PNH e possui como objetivo apresentar trabalhos pioneiros de todos os estados do país, intencionando expandir o acesso para toda a população. “É, portanto, um rico e potente difusor de práticas antimanicomiais, antiburocráticas e democratizantes” (Ramos *et al.*, 2012, p. 219).

A PNH é uma construção coletiva que prioriza o fortalecimento de trocas na produção do conhecimento. Para tanto, reconhece a equipe interdisciplinar e cria redes solidárias e interativas por intermédio da humanização do atendimento que foca em “dá suporte emocional à família e ao usuário, considerando-os, mais que pacientes, uma pessoa” (Agudo; Trinca, 2012, p. 333).

A PNH é formada por princípios, diretrizes e dispositivos. Dentre os princípios, podem-se destacar: valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário; e utilização da informação, da comunicação, da educação

permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e de protagonismo de sujeitos e coletivos (Lima; Martins, 2017).

No que diz respeito às diretrizes, podem-se citar: acolhimento, cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas (Bellenzani; Mendes, 2012). Entretanto, o acolhimento e a clínica ampliada – ou clínica ampliada compartilhada (Sobreira; Sathler, 2020) – são as mais discutidas nos estudos.

A proposta do acolhimento visa não apenas à preocupação com os usuários, mas também envolve os trabalhadores. Portanto, é priorizada “a compreensão dos serviços enquanto instituições compostas por sujeitos, cuja subjetividade é inerente ao trabalho em saúde” (Bellenzani; Mendes, 2012, p. 241).

Nesse sentido, é importante entender qual definição de sujeito é preconizada pela PNH, visto que a base da política são ações que dependem de uma concepção de ser humano. É mediante o pensamento clínico ampliado que a concepção de sujeito é colocada em pauta, entendendo-o por intermédio da sua dimensão biopsicossocial e multidimensional, formado pela relação do social, mental e biológico (Sobreira; Sathler, 2020).

A Clínica Ampliada Compartilhada (CAC), por sua vez, propõe a busca pela garantia de condições para a manutenção do olhar contra-hegemônico de produção de saúde, contribuindo para uma compreensão renovada do objeto de trabalho e do deslocamento do objeto da clínica tradicional que busca uma atenção mais resolutiva e integral (Lima; Martins, 2017; Sobreira; Sathler, 2020). “A CAC propõe a corresponsabilização da tríade gestor-trabalhador-usuário no processo de produção de Saúde” (Sobreira; Sathler, 2020, p. 261).

Nessa perspectiva, o trabalho, antes centrado na doença, passa a ter como foco o usuário do serviço e seu empoderamento. Para além do usuário, a humanização da gestão preconiza mudanças na própria estrutura e formação do grupo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, “valorizando as outras categorias profissionais por meio de melhores condições de trabalho, da escuta e da valorização de suas percepções e reflexões sobre o trabalho cotidiano” (Bellenzani; Mendes, 2012, p. 251).

A humanização, portanto, é multidimensional e, por isso, é associada a diferentes ambientes de trabalho e praticada com diversos públicos.

OS ESPAÇOS DE TRABALHO DA PSICOLOGIA E A PNH

A partir das transformações trazidas pela RSB e com o surgimento de uma nova concepção de sujeito por meio da PNH, a Psicologia adentrou no contexto da saúde pública mediante um processo de reinvenção de práticas e teorias. Até então, a Psicologia servia apenas à elite e se pautava por práticas patologizantes e individualizadoras, mas, a partir da inserção nos serviços de saúde, passou a assumir um novo compromisso social e político. Dessa maneira, a Psicologia evoluiu junto às transformações sociais no campo da saúde, adequando-se cada vez mais às novas necessidades (Sobreira; Abilio; Ortiz, 2016).

É na indissociabilidade entre clínica e a política que a PNH e a Psicologia se encontram, de maneira que a Psicologia pode contribuir para o estabelecimento de relações que favoreçam a produção e a promoção de saúde; fortalecendo a autonomia e o protagonismo dos sujeitos; e contribuindo para a inclusão do modelo biopsicossocial no âmbito da saúde (Sobreira; Abilio; Ortiz, 2016, p. 229).

A humanização passa a ser norteadora para a prática da Psicologia, sobretudo a noção de humanização hospitalar. A humanização hospitalar tem como finalidade construir um ambiente acolhedor e confortável que valorize

[...] atitudes ético-estéticas, corresponsabilidade e constituição de vínculos entre profissionais do ser-

viço – e entre estes e os usuários – na produção de saúde e na promoção de um olhar de cuidado, com a liberdade do paciente ser ouvido e atendido (Mota; Martins; Vera, 2006 apud Agudo; Trinca, 2012, p. 333).

A Psicologia, então, se faz presente nos dispositivos que compõem a PNH. Um deles é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem como objetivo proporcionar a união entre instituição e sujeito considerando o contexto social, histórico e cultural que constitui a singularidade do usuário, ou seja, as especificidades deste (Silva *et al.*, 2019). A proposta do PTS, ao dar importância à singularidade e ao contexto em que o usuário está inserido, reafirma o valor de cada sujeito como portador e produtor legítimo do conhecimento, preconizado pela teoria sócio-histórica, levando em consideração as dimensões do ser que perpassam pela emoção e tomada de consciência, e os aspectos sociais e culturais que abarcam a realidade vivida (Catão; Nunes, 2020).

Outro ponto importante a se destacar é a articulação entre o acolhimento e a prática do psicólogo nos CAPS, que “constitui uma forma de percepção que emerge ao estar com o outro em seu modo de existir, por meio do respeito à alteridade e de uma escuta autêntica” (Zini; Cury, 2014, p. 42). Ademais, a atuação da psicologia junto a outras profissões, como a enfermagem, é fundamental à medida que as duas áreas se articulam e trabalham juntas na perspectiva multidisciplinar e, portanto, contribuem para uma atuação

mais humanizada na construção de uma assistência integral individualizada (Costa; Silva; Lima, 2010).

O papel do psicólogo dentro do Humaniza SUS deve ser o de “acabar com a dicotomia existente entre o individual e o social, a clínica e a saúde coletiva, o cuidado com a saúde de cada um e o cuidado com a saúde das populações” (Romero; Pereira-Silva, 2011, p. 337). Nesse sentido, percebe-se a necessidade de uma Psicologia desvinculada de práticas tradicionais descontextualizadas. Precisa-se de uma atuação crítica implicada com a promoção da saúde, entendendo-a não como responsabilidade individual, mas como responsabilidade social, destacando a necessidade da ação do Estado frente aos indivíduos.

A humanização, além de compor os serviços do SUS por meio da PNH, passa a fazer parte da atuação da Psicologia em outros espaços. Um exemplo é a inserção no Poder Judiciário que, mediante o método de Depoimento Especial (DE), busca humanizar a coleta de depoimentos de crianças e adolescentes por intermédio da ética do cuidado. “Humanizar o sistema de justiça e transformar suas práticas a partir da ética do cuidado é algo que somente pode ser realizado na interface entre saberes” (Pelisoli; Dell’Aglia, 2016, p. 418-419).

A humanização também é objeto de estudo da Psicologia na atuação de policiais na comunidade, visto que

incentiva um olhar humanizado e uma maior aproximação entre a instituição e o corpo comunitário, com o objetivo de iniciar novas relações (Freitas; Peres; Filho, 2015). Já no campo da psicoterapia, a logoterapia de Viktor Frankl defende a proposta de humanização do campo terapêutico e da própria ciência psicológica.

No cenário analítico, a teoria histórico-cultural torna-se ponto de partida para explicar o processo de humanização. Com origem epistemológica no materialismo dialético de Marx, a configuração do humano é analisada no movimento histórico da humanidade. O ser humano se desenvolve tanto nas dimensões filogenéticas como ontogenéticas. É nesse movimento que ocorre a ruptura entre homens e animais, não sendo possível explicá-la apenas por aparatos biológicos (Moretti; Asbahr; Rigon, 2011).

Além dos serviços da saúde, algumas pesquisas se propõem a estudar o termo associado à área da educação, ancoradas nos princípios da teoria de Paulo Freire (Queiroz; Pontes, 2012; Souza Neto, 2012; Sutil; Carvalho; Alves, 2013). A humanização também é analisada do ponto de vista do discurso, sendo importante atributo para a comunicação nas organizações (Brandão, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo fazer uma análise descritiva exploratória sobre humanização em contextos de saúde/doença e de trabalho a partir das publicações *on-line* disponíveis no campo da Psicologia no Brasil. Para tanto, foram capturados dois eixos temáticos: a humanização nos serviços de saúde: mudanças estruturais e subjetivas; os espaços de trabalho da Psicologia e a PNH. Tais eixos articulam-se com o objetivo do estudo posto.

Considerando a análise dos artigos selecionados, a questão da humanização coloca-se como evidente no Brasil, devido às conquistas históricas da RSB e à construção da PNH do SUS, que defende um olhar contra-hegemônico para os usuários e trabalhadores dos serviços públicos e luta por qualidade e dignidade do cuidado (Lima; Martins, 2017; Sobreira; Sathler, 2020).

No que diz respeito às evidências trazidas pelos estudos na Psicologia, percebe-se a importância da atuação profissional em diversos espaços, como CAPs ad, CAPSi, USF, UTI, Educação, Polícia Militar e Poder Judiciário, e como esses estudos são importantes para entender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, a exemplo do despreparo ocasionado pela falta de capacitação das equipes. Tornam-se relevantes, ainda, estudos sobre a PNH e sobre a rede que compõem o SUS na formação profissional acadêmica de Psi-

ciologia e novas investigações que trabalhem a temática da humanização em contextos de saúde/doença e de trabalho.

Dessa forma, foi possível perceber que a transformação de sistemas enrijecidos na área da saúde só é possível por meio de políticas públicas que possam garantir o básico para a população, superando carências individuais e coletivas que passam pela fome, pobreza e exclusão social e dificultam o acesso aos serviços e às práticas de saúde. Além disso, é importante entender o trabalho humanizado como central para a promoção de saúde, possibilitando uma ampliação do que se entende por sujeito, dando prioridade à prática do que é posto na PNH. Nessa direção, este trabalho contribuiu para a expansão de pesquisas da Psicologia na promoção de debates interdisciplinares das Ciências Humanas, Sociais e da Saúde relacionados à humanização. A humanização implica em valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção em saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

REFERÊNCIAS

AGUDO, C. O.; TRINCA, A. M. T. Era uma vez: o universo do contar estórias e sua inserção no hospital. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, [S. l.], v. 32, n. 83, p. 331-352, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94624915007.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ALVES, R. F. *et al.* Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. **Psic., Saúde & Doenças**,

Lisboa, v. 15, n. 1, p. 77-95, mar. 2014. Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/pdf/362/36231157008.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELLEZANI, R.; MENDES, R. de F. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 239-253, 2012. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/627>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRANDÃO, N. G. A comunicação interna estratégica como reforço da valorização das pessoas e seus níveis de *engagement* nas organizações. **Media & Jornalismo**, [S. l.], v. 18, n. 33, p. 91-102, nov. 2018. Disponível em: https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462_33_6. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. 1 ed. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza Sus**: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do Sus. 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 08 set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publi/cacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 18 março 2024.

CATÃO, F. F.; NUNES, R. Bioética enquanto emoção e consciência em atos eo contexto de exclusão/inclusão do humano. **Revista Psicologia Política**, Florianópolis, v. 20, n. 49, p. 688-701, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1519-549X2020000300017. Acesso em: 12 jun. 2023.

CATÃO, F. F. Psicologia Sócio-Histórica e pesquisa/intervenção: constituição do sujeito e transformação social. In: MARTINS, S. T. F. (org.). **Psicologia Sócio-Histórica e pesquisa/intervenção**: constituição do sujeito e transformação social. Goiânia: Ed. da PUC, 2015, p. 143-155.

COSTA, V. A. D. S. F.; SILVA, S. C. F. D.; LIMA, V. C. P. D. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a10.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ESPINOSA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

FREITAS, M. D. F. Q. de.; PERES, M. R. de. S.; FILHO, V. G. Dimensões da prática cotidiana e (des) humanização do policial militar. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 41, p. 51-64, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752015000200004. Acesso em: 5 mar. 2023.

LIMA, F. M. D.; MARTINS, C. P. Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. **Saúde Redes**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 207-213, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/858>. Acesso em: 5 abr. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720080004_00018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MORETTI, V. D.; ASBAHR, F. D. S. F.; RIGON, A. J. O humano no homem: os pressupostos teórico-metodológicos da teoria histórico-cultural. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 477-485, 2011. Disponível em: <https://scielo.br/j/psoc/a/mYNCmXkpFG4gKdXG6Tp5NLF/>. Acesso em: 5 jun. 2023.

PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D. D. A humanização do sistema de justiça por meio do depoimento especial: experiências e desafios. **Psico-USF**, Campinas, SP, v. 21, n. 2, p. 409-421, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/9MhhqLpNhLWMBKvX9nyMMfM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 abr. 2023.

QUEIROZ, P. P. DE.; PONTES, C. M. Significados das ações educativas de enfermagem centradas na amamentação na perspectiva das nutrizes e familiares. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 8, p. 95-103, dez. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967018.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2023.

RAMOS, C. G. M.; TEIXEIRA, I.; NUNES, J. R.; MENEZES, M. P.; MELO, V. M. A arte (en) cena: humanização & loucura. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 208-221, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40328>. Acesso em: 2 abr. 2023.

ROMERO, N. S.; PEREIRA-SILVA, N. L. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 332-339, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4VgXWK8YYBwY5LPbcKppJ5f/>. Acesso em: 5 jun. 2023.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade**. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 97-119.

SILVA, J. R. da.; GUAZINA, F. M. N.; PIZZINATO, A.; ROCHA, K. B. O singular do projeto terapêutico:(im)possibilidades de construções no CAPSi.

Polis e Psique, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 127-146, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S-2238-152X2019000100008. Acesso em: 12 jun. 2023.

SOBREIRA, F. A. G.; ABILIO, E. S.; ORTIZ, C. C. L. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. **Saúde Redes**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 227-233, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087288>. Acesso em: 5 jun. 2023.

SOBREIRA, F. A. G.; SATHLER, C. N. Uma narrativa autobiográfica sobre a graduação e pós-graduação em psicologia na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 259-273, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2415>. Acesso em: 5 jun. 2023.

SOUZA NETO, J. C. de. O compromisso ético do educador social. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 22, p. 55-67, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/349/34926381004.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SUTIL, N.; CARVALHO, L. M. O. de.; ALVES, J. A. P. Formação de professores e pesquisa em ensino de Física em perspectiva freiriana: considerações sobre processo de problematização da prática educacional. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 24, p. 107-122, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34929705007>. Acesso em: 12 jun. 2023.

VIGOTSKI, L. S. **La imaginación y el arte en la infancia**. Madrid: Ediciones Akal, 2003.

VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ZINI, R. L.; CURY, V. E. Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. **Memorandum**, [S. l.], v. 27, p. 39-60, 2014. Disponível em: <http://repositorio.sis.puccampinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/15642>: Acesso em: 18 de março de 2024.



DEVIRES DA CLÍNICA:

PSICOLOGIA, CLÍNICA AMPLIADA E O APOIO ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO NO SUS E NA REDE INTERSETORIAL

- » Anselmo Clemente
- » Victor Arruda Marinho
- » Laura Gabryelle Fernandes de Medeiros
- » Alice de Fatima Veras de Almeida Brito
- » Rayssa Medeiros dos Santos Cavalcante
- » Maria Luiza Ferreira Dantas

INTRODUÇÃO

O conceito de “clínica” tem origem etimológica nos termos gregos klinê (leito) e klinicos (visita ao enfermo em sua cama) e faz referência à atuação médica que dispunha de cuidados à cabeceira do doente (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007). No entanto, no século XVII, com novas descobertas da ciência, a atividade médica é alterada e assume o hospital como ambiente privilegiado para o tratamento dos doentes, estabelecendo assim uma certa concepção de homem saudável, referenciando-o enquanto “normalidade” (Foucault, 1998).

Segundo Figueiredo (2012), o espaço psicológico, enquanto formador de subjetividade e prática científica independente, foi estabelecido no século XIX na Europa e é resultado de um longo processo histórico que remonta a séculos anteriores e tem até a contemporaneidade. Assim, embora tenham ocorrido variações nesse espaço ao longo do tempo, essa forma de atuação foi moldada por fortes influências políticas, sociais, culturais e econômicas, resultantes do liberalismo, romantismo e regime disciplinar característicos da época (Figueiredo, 2012).

Tendo em vista esse contexto e todas as implicações envolvidas, o termo “Psicologia Clínica” passou a ser utilizado apenas no final do século XIX, referindo-se a processos de avaliação utilizados em crianças com atraso no desenvolvimento (Teixeira, 1997). Sua consolidação no Brasil ocorreu inicialmente com foco individualista, visando ao ajustamento psicológico, por meio do psicodiagnóstico e da terapia individual em consultórios particulares, com enfoque intrapessoal, considerando o indivíduo como alguém atemporal e abstrato (Teixeira, 1997). Essa abordagem conferiu ao consultório o papel central na prática clínica, os usuários dos consultórios privados foram tratados como clientela e o modelo de trabalho dos profissionais liberais foi considerado o ideal da profissão (Teixeira, 1997).

No entanto, no contexto das reformas Sanitária (RSB) e Psiquiátrica brasileiras (RPB), no estabelecimento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os psicólogos modificaram seu *setting* terapêutico “clássico”, assim como a população atendida por suas intervenções. Surgiram então estratégias de tratamento que antes eram distantes dos consultórios particulares, como o cuidado em rede, a Clínica Ampliada, a atenção multiprofissional e a abordagem interdisciplinar.

Atualmente, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007), a Psicologia Clínica constitui-se como uma das diferentes áreas de atuação do profissional psicólogo, inclusive reconhecida pelo órgão como especialidade. Trata-se de uma atuação em vários contextos, objetivando, fundamentalmente, reduzir o sofrimento humano, considerando sua complexidade e subjetividade. Isto pode ocorrer em vários níveis e consideram vários dispositivos clínicos, em perspectiva de prevenção, promoção ou recuperação (CFP, 2007).

Muito além dos consultórios privados individuais, a(o) psicóloga(o) clínica(o) se insere em equipes multiprofissionais e realiza intervenções institucionais, tanto em hospitais e unidades básicas de saúde como nas políticas de saúde mental (CFP, 2007). Clemente (2019), em relação à atuação da Psicologia Clínica no âmbito da RPB, afirma que

ao tratar de saúde mental, atualmente, contempla-se um sentido intrínseco de oposição ao modelo de saúde/doença curativo, patologizante e hospitalocêntrico. Para Yasui (2011), essa postura advém do pós-Segunda Guerra Mundial cujo funcionamento dos hospícios, a noção de doença mental e a lógica asilar de tratamento passaram a ser amplamente revistas no contexto europeu e estadunidense.

No Brasil, a partir de tais experiências internacionais, no escopo da RSB, no final dos anos 1970, especialmente sob a influência das propostas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, a RPB ganhou consistência teórico-metodológica, alcançando a práxis na articulação com o SUS, fundamentalmente a partir da implantação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua conseqüente articulação com as redes locais de saúde.

A Lei 10.216 de 2001, reorienta o modelo assistencial brasileiro, migrando do isolamento e da excludência manicomial, para serviços substitutivos de base comunitária, atualmente nomeado Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse sentido, a Portaria nº 4.279 é instituída para fins de estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Essas diretrizes visam superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aprimorando o funcionamento político-institu-

cional do SUS, com o objetivo de garantir aos usuários um conjunto efetivo e eficiente de ações e serviços necessários.

Em 2011, outras redes foram priorizadas, a saber: a Rede Cegonha, com foco na atenção à gestante e à criança até 24 meses; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Tal investimento visa o fortalecimento das RAS e a garantia dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, promovendo o modelo circular de atenção em contraposição à organização piramidal dos serviços. Para isso, é essencial articular um conjunto de serviços, ofertas e cuidados em saúde, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e vigilância em saúde. Seu foco deve ser a integralidade do cuidado, considerando as necessidades das(os) usuárias(os), seus territórios vivenciais e o acompanhamento longitudinal da Atenção Primária em Saúde (APS).

Para além destas redes instituídas pelo SUS, deve-se assumir aspectos que são da micropolítica do trabalho em saúde, os quais se dão na realidade cotidiana. Assim, faz-se útil basear-se no acúmulo teórico-prático da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2007), que enfatiza a corresponsabilização do cuidado entre os serviços de saúde, a autonomia e a participação da população, a indissociabi-

lidade entre atenção e gestão, e a valorização dos arranjos clínicos e institucionais desenvolvidos pelas RAS.

Em consonância com essa discussão teórica, destaca-se historicamente o surgimento de profissionais realizando a função de Apoio em Saúde no contexto das redes locais do SUS. Dentre suas várias dimensões, destaca-se o Apoio Institucional (AI), Apoio Matricial (AM) e o Apoio para Articulação da rede de saúde.

O AI, auxilia a gestão e os trabalhadores com os processos relacionais nos serviços de saúde, visando a facilitação da escuta, do diálogo, da análise reflexiva e da elaboração de propostas e acompanhamento de ações voltadas à gestão, atenção e implementação de políticas (Kobel, 2019). O AM é um arranjo organizacional e uma metodologia de compartilhamento de saberes que busca o suporte técnico, pedagógico e institucional na forma de uma “retaguarda especializada” para as Equipes de Referência (ER), promovendo maior resolutividade nos serviços (Lazarino; Silva; Dias, 2019). E por fim, o Apoio para articulação da rede de saúde melhora a comunicação entre os serviços da rede, de acordo com as necessidades e demandas das equipes e das(os) usuárias(os) visando qualificar o processo de cuidado e garantir a integralidade do cuidado à saúde (Kobel, 2019).

Diante de tal cenário e alinhado com tais perspectivas, surge o projeto de Extensão da Universidade Fede-

ral da Paraíba (UFPB) Devires da Clínica: Transversalidade, Clínica Ampliada e Apoio às práticas de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. Seu interesse principal é ofertar as três modalidades de apoio às/aos profissionais de saúde que atuam, especificamente nesse caso, em três serviços do SUS e rede intersetorial. Em paralelo, uma pesquisa foi posta em curso e seu principal objetivo é analisar as práticas de apoio clínico e institucional realizadas nos cenários de atuação do projeto.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De natureza qualitativa, nível exploratório e caráter analítico, a pesquisa em questão baseia-se no método da cartografia. Advindo da Esquizoanálise, este método tem por foco a análise da micropolítica das relações desejantes e de poder (Rolnik, 1989). Também conhecida por Filosofia da Diferença, a Esquizoanálise articula uma diversidade de conhecimentos e opera sob uma série de deslocamentos metodológicos, até então cristalizados. É produto de um conjunto de saberes e práticas transdisciplinares produzidas a partir do encontro de Gilles Deleuze e Félix Guattari ao final da década de 1960 (Hur, 2021). Para Hur (2021), ela se assume enquanto método questionando o lugar do pesquisador e da ciência e convocando-os a uma reinvenção, eminentemente, ética-estética-política.

Para Passos, Kastrup e Escóssia (2009) a realidade cartografada se apresenta como um mapa móvel, ao que Hur (2021, p. 278) representa como “[...] um sistema aberto com múltiplas entradas e saídas, havendo uma conexão e entrelaçamento com o real, [...] mapa aberto a seu tracejar, à construção de processos”. Para os fins desta pesquisa, ela se faz útil em sua afirmação como ferramenta de “acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexões de redes ou rizomas” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009, p. 10). Tratando-se de um procedimento que “[...] conecta, agencia e compõe com o real, produz a realidade e não meramente a representa” (Hur, 2021, p. 278).

Os locais pelos quais nos propomos a acompanhar a elaboração de tais processos são três serviços da rede do SUS e rede intersetorial que funcionam no município de João Pessoa-PB e que estão vinculadas ao projeto de extensão: a USF Funcionários I, localizada no bairro do Oitizeiro; o Centro de Cidadania LGBT, situada no parque Solon de Lucena, no centro da cidade; e a Coordenação de Apoio Institucional em âmbito estadual que funciona nas instalações da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), situada no bairro da Torre. Em tais cenários foram convidados a participar da pesquisa as(os) alunas(os) extensionistas e as(os) trabalhadoras(es) de saúde de diferentes núcleos profissionais que atuam em algum desses três serviços.

Os métodos de investigação empregados incluem entrevistas abertas e diários de campo elaborados pelas(os) extensionistas em suas análises das experiências vivenciadas (Flores; Souza, 2014). Além disso, em colaboração com as/os profissionais dos serviços, utiliza-se de Ferramentas Analisadoras, isto é, ferramentas gráficas destinadas a captar a dinâmica do trabalho em saúde, incorporando o processo de trabalho e a produção do cuidado em sua dimensão micropolítica (Franco; Merhy, 2013). Por fim, a Análise Documental (Gil, 2017), instrumento útil na identificação de informações relacionadas às ações do Apoio, permitindo a análise de um histórico de práticas e a comparação dos possíveis efeitos dessas ações.

Quanto à análise de dados, uma vez assumida a cartografia enquanto método, conforme Passos e Barros (2009, p. 17), pressupõe-se uma orientação do trabalho do pesquisador que “[...] não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos”. Levando isso em consideração, não se tem aberto mão do rigor da pesquisa, mas sim resignificado. Portanto, a “precisão” do método e suas respectivas análises não são tomadas como exatidão, mediante a conformação de elementos prévios, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

DO TATEAR DE UMA NOVA FORÇA

Todos os cenários do Projeto são campos de atuação inaugurados pelas(os) estagiárias(os) na Área Clínica e da Saúde do curso de Psicologia da UFPB. Concomitantemente se tornaram espaços compartilhados, também, pelas(os) extensionistas, que somaram forças, desde então, para realização de atividades que se comunicavam perante um certo princípio ético de cuidado (Barros; Gomes, 2011).

De partida, os primeiros encontros de supervisão clínico-institucional se propuseram ao compartilhamento/ análise junto às/os participantes sobre as formas, forças e limitações inerentes à experiência de inserção nesses espaços. A intenção inaugural foi seguir com uma atenção cartógrafa (Kastrup, 2009), ou seja, acompanhando os processos de trabalho, mapeando e tateando o devir que se manifestava nas vivências e encontros, observando aquilo que era da ordem do acontecimento.

Sob tais circunstâncias, lidou-se com relações de forças que confluíam e reverberavam. Assim, expectativas de agregar novos esforços, reforços e desmanches emergiram em todos os cenários. Esforços por compreender o emprego de energia e tempo na criação de linhas possíveis de aprimo-

ramento das relações. Reforço por compreender um fôlego que age no resgate da finalidade das ações. E desmanches, pois adentrando ao que já estava posto, sentia-se na pele o instituído, podendo expor o cristalizado das relações que, na repetição das ações, incrustava-se indesejadamente.

Assim, sob o paradigma da Clínica Ampliada e suas respectivas revoluções relacionais, refutando a disposição do ingresso da Psicologia no Brasil e alinhando-se à um outro fazer clínico, ético e político, intervenções foram sendo propostas pelas/os extensionistas com os serviços e seus atores sob análise de momentos coletivos de supervisões clínicas e institucionais, abrindo passagem ao instituinte e operando diálogos entre os cenários e as funções de Apoio em Saúde.

DOS ANÚNCIOS, FORMAS E EFEITOS DE UMA CLÍNICA AMPLIADA

Na PNH (Brasil, 2007), o conceito de Clínica Ampliada é assumido enquanto uma postura, uma responsabilidade e, sobretudo, um compromisso radical e ético em defesa da vida. Assim sendo, todos os arranjos e dispositivos de cuidado que dessa lógica derivam, devem centralizar o sujeito no processo de cuidado, suportando e compondo com as diferenças que emergem nos processos relacionais

do trabalho em saúde e ampliar-se dialogando com tudo aquilo que produz vida.

Para Campos *et al.* (2014) a Clínica Ampliada se faz mediante a ampliação do objeto de trabalho, dos seus objetivos e dos meios do trabalho em saúde, isto é, respectivamente: assumir as redes sociais e as fragilidades subjetivas; apoiar o desenvolvimento de um maior grau de autonomia e autocuidado dos sujeitos; e construir ações em rede, incorporando a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e a intersetorialidade. Nas atividades do “Devires da Clínica”, em seus respectivos cenários, buscou-se operar sob tais ampliações enquanto exercício das funções de apoio em saúde.

Mediante arranjos em dupla, por exemplo, ofertou-se na USF Funcionários I, enquanto suporte assistencial do AM (Campos *et al.*, 2014), uma modalidade de acolhimento à demanda espontânea que buscou, sob a ferramenta da escuta, apreender um sujeito para além de um padecer fisiológico. De mesmo modo no Centro de Cidadania LGBT, que assim o fez, principalmente, para fins de diluição da fila de espera e qualificação das ofertas do serviço, operando, sobretudo, como um dispositivo articulador de rede.

Diante de espaços coletivos, como rodas de conversa e práticas grupais de promoção à saúde - que convocavam os sujeitos não pelo prescritivo, com recomendações

pastorais ou culpabilizantes (Brasil, 2007) - apostou-se no vínculo e no afeto como ferramentas de corresponsabilização do cuidado. No Centro LGBT, em uma atividade grupal para debater a prevenção ao suicídio no Setembro Amarelo, realizou-se um momento de diálogo que buscava compartilhar espaços de produção de vida, lazer e cultura. Assim, agenciou-se junto a população acompanhada pelo espaço, um outro lugar do cuidado, assumindo a cidade como território de manifestação autêntica de vida e do viver, legitimando direitos, variando o grau de autonomia e criando possibilidades frente ao instituído.

DAS MUDANÇAS E DA CAPACIDADE DE COMPOR NA “DIFERENÇA”

A agenda de AI em âmbito estadual, desde 2023, concentrou seus esforços no fortalecimento da APS, especialmente na primeira infância. Guiando-se pelo princípio da humanização em saúde e da indissociabilidade entre atenção e gestão, visando fortalecer a regionalização das ações em saúde, a democratização da gestão e os princípios do SUS. Tais mudanças foram incorporadas no corpo-extensionista e puderam viabilizar um diálogo efetivo com as atividades que se realizavam com APS na USF.

Sob a ampliação dos meios de trabalho, “[...] diversificando o repertório de ações, reformulando as relações

clínicas e os processos de Educação em Saúde” (Campos *et al.*, 2014, p. 990) o “Devires da Clínica” integrou a agenda de puericultura da USF Funcionários I. Assim, mediante o suporte técnico-pedagógico à ER, realizou-se atividades de interconsulta e acompanhamento dos marcos do desenvolvimento das crianças, atuando, desta feita, na função de vigilância e ampliando as possibilidades de diálogo entre o AI e a nova agenda deste setor.

Estas atividades e arranjos, por vezes tão inventivos – diga-se de passagem –, cuja abertura dá condições de inserção da Psicologia, inclusive sob a função de Apoio em Saúde, dão notícias de um certo grau de transversalidade que a política pública de saúde brasileira assumiu como princípio metodológico com a PNH (Passos; Carvalho, 2015).

Para Campos *et al.* (2014, p. 989), “[...] o processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva mediada pela estrutura das organizações em saúde e das instituições sociais”. Neste sentido, se faz questão de registrar a natureza irreduzível da diferença entre profissionais e usuárias, ou entre os que estão na ponta dos serviços de uma USF e os que atuam na função de AI em âmbito estadual, ou ainda entre as identidades que se manifestam dentro da comunidade LGBT e podem ser acolhidas no Centro de Cidadania LGBT.

Por mais horizontal e aberta que seja a relação, na comunicação entre esses atores há de haver diferenças; e estas foram sentidas, invariavelmente, pelas(os) extensionistas durante as experiências do projeto. A aposta que se faz na transversalidade se dá no entendimento de que esse princípio provoca a “[...] desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum” (Pedroso; Vieira, 2009, p. 696).

No projeto de extensão “Devires da Clínica”, considerando os resultados colhidos e as experiências registradas e relatadas até o momento, tem-se confirmado a ausência de paridade entre os atores sociais e institucionais dos processos de trabalho em saúde, sendo esta diferença o espaço de intervenção.

Contudo, também se tem registrado a possibilidade de formulação de “contratos entre os envolvidos” (Campos *et al.*, 2014, p. 986), pelos quais as funções de apoio em saúde ocupam posições estratégicas. Isto visa viabilizar um diálogo menos obstruído pelas relações de poder e suas respectivas dinâmicas sociais, aumentar a qualificação dos serviços de saúde e a garantia dos princípios constitutivos do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas e experiências aqui expostas se distanciam das intervenções elitistas, individualistas e normativas, preponderantes na Psicologia Clínica desde sua constituição no Brasil. Com base nos movimentos das reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileira, assumiu-se nesse estudo o SUS enquanto campo possível e necessário para intervenção, pelo qual buscou-se operar a partir de uma Clínica Ampliada, que prioriza ações de caráter interdisciplinar e transversal.

Logo, diante de uma formação acadêmica ainda atrelada aos saberes eurocêntricos, heteronormativos e à uma Clínica Individualista, garantir um espaço de extensão-ensino-pesquisa, tal qual proposto pelo Devires da Clínica, é uma subversão ética da micropolítica das relações de saber-poder.

A inserção discente nos cenários apresentados e o produto das relações ali construídas, demonstra a importância do conhecimento, ainda na graduação, de temas como as funções do Apoio em Saúde e dos métodos para cogestão de coletivos. Criando, desta feita, possibilidades de formação crítica e política, que ressaltam a inventividade necessária para o trabalho em equipe, comprometendo-se com a democracia, os Direitos Humanos e a emancipação popular.

As revoluções do instituído dentro da Academia, promovidas, nesse caso, pelo contato com uma nova forma de compreender o processo de saúde-doença, alcançam aquilo que está para além da Universidade. Pelo seu caráter extensionista, em diálogo com a comunidade e em construção com ela, em/nos seus territórios, as práticas realizadas puderam aprimorar a resolutividade da RAS de João Pessoa, propondo linhas de fuga às práxis cristalizadas, fortalecendo, assim, a integralidade, equidade e universalidade do SUS e demais redes intersetoriais.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B. DE .; GOMES, R. DA S.. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641–658, set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 983-995, 2014.

CLEMENTE, A. Diálogos entre saúde mental e homossexualidade: notas sobre produção de subjetividade, sofrimento e opressão. **Rebeh-Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 01, p. 42-58, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução Administrativa/Financeira nº 13/2007. Brasília, de 14 de setembro de 2007.

FIGUEIREDO, L. C. **A Invenção do Psicológico**: Quatro Séculos de Subjetivação 1500-1900. 7. ed. São Paulo: Escuta, 2012.

FLORES, E. T. L.; SOUZA, D. O. G. O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia. **Interface (Botucatu)**, [S. l.] v. 8, n. 48, p. 197-210, 2014

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

HUR, D. U. Cartografia das intensidades: pesquisa e método em Esquizaanálise. **Revista Práxis Educacional**, Goiânia, v. 17, n. 46, p. 275-292, jul., 2021.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KOBEL, J. S. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no Município de São Bernardo do Campo**. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde). Universidade de São Paulo, 2019.

LAZARINO, M. S. A.; SILVA, T. L.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, [S. l.], v. 44, 2019.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da

prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 92-101, 2015.

PASSOS, E.; BARROS, R. D. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.


PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface**, Botucatu, v. 13, p. 695 - 700, 2009.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 51-62, 1997.

YASUI, S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2011.



SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

- » Marísia Oliveira da Silva
- » Gabriela Ferreira dos Santos Tinoco
- » Fábio Fernandes Pires Filho
- » Jonióstenes de Souza Vicente
- » Mayane Maia Rodrigues

INTRODUÇÃO

Em meados de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o estado de pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov-2), alertando a população mundial acerca da sua alta transmissibilidade e riscos à vida. O forte impacto causado à humanidade e as sérias consequências à saúde e à vida dos indivíduos daí decorrentes suscitaram uma mobilização da comunidade científica no conhecimento, enfrentamento e combate ao referido vírus (Aquino *et al.*, 2020).

Percebeu-se, então, que a partir dos desafios estruturais do convívio coletivo nos centros urbanos, emergiram diversas formas de enfrentamento das organizações sociais comunitárias e periféricas, embora ficasse evidente, ainda, a necessidade de intervenção do Estado na normatização de relações sociais, na criação de políticas sociais e, dentre outras coisas, nas medidas sanitárias essenciais para combater a proliferação do vírus entre populações que são diferentemente afetadas, e que vivem em situação de precarização e vulnerabilidade (Barreto *et al.*, 2020).

Entretanto, cabe salientar que as famílias em situação de baixa renda possuem saberes e um jeito de cuidar das enfermidades a partir de suas experiências e valores socioculturais (Hoga, 2008). Ao mesmo tempo, observa-se a existência de uma grande limitação na possibilidade de utilização das estratégias de cuidado, que possam ser resolutivas, tendo em vista a escassez de recursos financeiros. Diante de tal realidade, essas famílias acabam por recorrer a possibilidades que utilizam seus próprios conhecimentos na busca de soluções para os seus problemas de saúde, e, assim, diferindo bastante dos cuidados desenvolvidos pelo sistema de saúde propriamente dito (Hoga, 2008).

Cabe ressaltar que essas famílias, em sua maioria, são chefiadas por mulheres que estão vivendo em situação de pobreza, e que aprenderam por conta própria a lidar

com seus processos de saúde e enfermidade, sejam estes físicos ou mentais. E, que nesse contexto, as pessoas necessitam estar em boa condição de saúde para conseguir seu “ganha-pão” diário. Assim, quando estão acometidas de alguma doença física, acabam por se sentirem ansiosas e preocupadas por não saberem se vão conseguir dar conta da sua demanda de sobrevivência. A doença, que antes era unicamente física, acaba por atingir também o âmbito psíquico (Hoga, 2008).

O fato de ter que lidar com as doenças físicas, que as impossibilitam de agir com a produtividade que geralmente agem, e de ter que lidar com a situação de pobreza e da incerteza do amanhã leva essas mulheres ao estado de constante ansiedade.

Frente ao exposto, e considerando o contexto da pandemia da Covid-19, fez-se necessário desenvolver um olhar mais atento para as condições de saúde física e mental das mulheres da comunidade em que atuamos por meio da extensão universitária, por considerar incontestável o agravamento, principalmente, das condições de sua saúde mental, dada a crescente desigualdade de gênero aguçada por esta nova realidade de crise sanitária e econômica.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou investigar sobre a saúde mental das mulheres da comunidade Santa Bárbara, durante o período de pandemia da Covid-19

e, assim, identificar as estratégias de cuidado desenvolvidas. Definiu-se como objetivos específicos: 1. Compreender como se sentem as mulheres da comunidade em termos de sua saúde psíquica em tempos de pandemia da Covid-19; 2. Identificar as vivências de sofrimento psíquico das mulheres da comunidade em tempos de pandemia da Covid-19; 3. Compreender os fatores subjacentes ao sofrimento psíquico vivenciado pelas mulheres; 4. Identificar as possíveis estratégias de cuidado desenvolvidas pelas mulheres na comunidade no enfrentamento da pandemia da Covid-19; e 5. Refletir sobre as possibilidades de cuidado com a saúde mental das mulheres a partir das suas vivências.

Partiu-se da seguinte hipótese: Em decorrência da pandemia da Covid-19, a saúde mental das mulheres da comunidade Santa Bárbara se encontra bastante afetada, evidenciando o aumento do sofrimento psíquico. Paralelamente, algumas estratégias de cuidado com a saúde mental estão sendo utilizadas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico, em que se buscou compreender os sentidos e significados atribuídos à experiência vivida naquela realidade social, em sua dinâmica individual e coletiva. Para

alcançar os significados dos fenômenos investigados, levou-se em conta as vivências subjetivas dos sujeitos. Nessa perspectiva, utilizou-se os processos metódicos da Redução Fenomenológica, que se deu a partir das fases da pesquisa fenomenológica descrita por Holanda (2001), para compreensão do diálogo entre sujeito e objeto, entendendo que a fala do indivíduo sobre o contexto em que se insere é a forma mais qualificada para apresentar o fenômeno vivido.

A comunidade Santa Bárbara, localizada no setor periférico da cidade de João Pessoa-PB, como local escolhido para a realização da pesquisa, é um contexto que apresenta diversas dificuldades e limitações relativas à sua infraestrutura e às condições de vida das pessoas., por ser um espaço que acolhe vários projetos da extensão universitária, orientados pela educação popular e a psicologia humanista rogeriana, os quais vêm estabelecendo vínculo de parceria com a Universidade Federal da Paraíba.

A pesquisa contou com a colaboração de cinco mulheres, moradoras da comunidade Santa Bárbara, que contemplaram os critérios de inclusão definidos: ser mulher, residir na comunidade Santa Bárbara e, terem idades que podiam variar dos 15 aos 70 anos. As participantes foram denominadas como: P1, P2, P3, P4 e P5. Essas mulheres eram, em sua maioria, autônomas, pois desenvolviam ofícios ou meios de vida para produzir sua renda mensal. Além disso,

encontravam-se numa faixa etária dos 45 aos 65 anos, com o nível de escolaridade do primeiro grau incompleto.

Foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas. As entrevistas foram marcadas através do WhatsApp, combinando as datas e os horários mais adequados a ambas as partes. O tempo médio das entrevistas foi de 52 minutos. Atentas aos cuidados preventivos, foram utilizadas máscaras, álcool em gel, e respeitado o distanciamento social. Com as devidas autorizações dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição, como modo de manter a fidelidade do que foi relatado.

Após a coleta de dados foi feita a transcrição das entrevistas, e iniciado o processo de análise que envolveu os seguintes passos: o primeiro passo se deu através da visão do todo, que, como discorre Holanda (2001), é a etapa onde acontece a tentativa de compreensão da totalidade do que foi percorrido pelos indivíduos em suas subjetividades. O segundo passo se deu pelo método da redução fenomenológica, onde o conteúdo das entrevistas de cada sujeito foi organizado de modo que o essencial de suas falas foi agrupado em eixos de sentidos. A terceira etapa foi a compilação dos eixos de sentido para formular uma síntese.

Observando os aspectos éticos da pesquisa, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurou-se a confidencialidade, a privacidade, a não stig-

matização e a proteção da imagem de todos os envolvidos, certificando que os dados obtidos não serão utilizados de modo a causar qualquer tipo de prejuízo (CNS, 2012). Todas as entrevistas foram arquivadas com um código de segurança restrito aos pesquisadores envolvidos no estudo. O projeto foi devidamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Humana, possuindo o CAAE 47664321.1.0000.5188.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EXPERIÊNCIAS COM A COVID-19 E SEUS ATRAVESSAMENTOS SOCIAIS

Algumas mulheres relataram ter contraído a Covid-19, mas de forma leve:

Eu tive COVID, mas foi no ano passado e só assintomática. Nada grave, só perda do paladar e olfato mesmo e dor de cabeça, mas tudo tranquilo. Me recuperei em casa direitinho. Fiz o isolamento, que pedia e deu tudo certo, graças a Deus (P5).

Apesar de relatarem ter sofrido casos mais brandos da Covid-19, umas das participantes perdeu três familiares para a doença, demonstrando a sua alta letalidade e a necessidade de tomar as devidas medidas de biossegurança, assim como a vacina:

Durante essa pandemia eu perdi só dois tios, uma tia minha que morreu agora faz um mês, que ela era bem velhinha e tava no abrigo dos idosos, e lá ela pegou a primeira vez, levaram ela e internaram, aí voltou pra o abrigo de novo, aí depois ela teve a segunda vez, aí levaram ela e intubaram, aí ela já tinha quase 90 anos, aí de lá ela não escapou (P2).

Os seguintes resultados conversam com o estudo realizado pelo IPEA (IPEA, 2021), que discute como os brasileiros de diferentes classes sociais foram afetados pela crise associada à pandemia da Covid-19 e aponta os diferentes impactos em relação à crescente desigualdade social e econômica. Segundo os dados do PNAD (IBGE, 2021), as mulheres já apresentavam grande desvantagem nos indicadores sociais e econômicos e a desigualdade ficou ainda mais exposta, em 2020. Os reveses sofridos nesses indicadores sociais acentuaram ainda mais a desigualdade, considerando as questões relativas a sexo, raça/cor e condição econômica, que revelam uma extensa desvantagem e vulnerabilidade em um momento de crise sanitária.

As consequências da Covid-19 têm refletido diretamente no aparecimento e agravamento de diferentes transtornos mentais. Elas colocam em xeque a capacidade humana e da sociedade, de extrair sentido do sofrimento, tornando difícil manejar os impactos da experiência da

pandemia e a pressão psicológica intensa que houve na saúde mental da população.

SOFRIMENTOS PSÍQUICOS

Em seus depoimentos, todas as participantes relataram diversas experiências negativas e de sofrimento psíquico durante a pandemia. Desse modo, ainda que estivessem inseridas em contextos familiares e vivências distintas, pode ser observado como as situações vividas durante esse período suscitaram mudanças comportamentais capazes de impulsionar este intenso sofrimento psíquico, podendo gerar consequências severas na saúde mental do indivíduo. Os relatos das participantes revelaram, assim, experiências de sofrimento psíquico, trazendo vivências de perda, luto, tristeza, ansiedade, angústia e depressão:

Estando parada, a mente não procura raciocinar muita coisa boa não, sabe? Eu tenho uma filha, ajudo a cuidar do meu pai e também eu tinha a minha mãe, mas ela faleceu fez um ano. Então assim, veio tudo junto: o falecimento da minha mãe, a Covid, meu marido também teve e ficou muito grave, passou por um acidente depois. Eu tive todo um ano muito conturbado de 2021.

(...). Estava com mais ansiedade, ficava pensando besteira. Acho que por conta da perda da minha mãe, né?

É uma perda assim que não tem mais, nada preenche esse vazio (P 5).

O isolamento social e os danos causados pela doença da Covid-19 culminaram em um sério problema de saúde mental global. Estima-se que até um terço da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas pós-pandemia (Ornell, 2020). Esse impacto se tornou ainda mais crítico na população em fragilidade social e econômica, pois as mulheres, nesse contexto, tendem a assumir ainda mais responsabilidades e uma sobrecarga de tarefas decorrentes das alterações na dinâmica familiar, no funcionamento das instituições, como a interrupção das atividades nas creches, escolas, o aumento do desemprego, dentre outros aspectos.

O agravamento do sofrimento psíquico e dos adoecimentos já existentes foi evidenciado a partir dos relatos das participantes, a exemplo do impacto e efeitos da depressão na vida do sujeito P2:

Faz uns vinte anos que eu me trato disso, e tem dia que eu amanheço que misericórdia, eu digo pro psiquiatra que vou deixar de tomar o remédio, que não tem mais jeito mesmo, é ruim demais.

De acordo com Barros e colaboradores (2020), em um estudo realizado no país, as mulheres estão entre os grupos em que sentimentos de tristeza, problemas do sono

e ansiedade mais apresentaram prevalências elevadas durante o período pandêmico.

Um estudo realizado com 45 mil brasileiros, durante a pandemia, verificou que cerca de 40% referiram tristeza e depressão; 52% se sentiram ansiosos ou nervosos a maior parte do tempo; 43,5% apresentaram problemas de sono e 48% deles tiveram seus problemas psicológicos agravados. Além disso, pessoas com diagnóstico prévio de depressão tiveram seus sintomas potencializados (Barros *et al.*, 2020).

ATITUDES DE CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL

Busca por apoio social, foco nas atividades domésticas, caminhar diariamente, plantar, entre outros

As mulheres relataram algumas atitudes de cuidado com a sua saúde mental no período pandêmico. Uma delas, foi a de buscar por apoio social, principalmente, da parte do pessoal dos projetos de extensão, que passaram a atuar remotamente junto à comunidade durante esse período. No tocante a essa busca por apoio, destacou-se os contatos telefônicos estabelecidos com as professoras dos projetos de extensão: “Se vocês vissem as professoras, as professoras ligaram para mim, aí conversaram comigo, todo dia, assim [...] aí foi como eu ia melhorando mais” (P4).

Em relação aos benefícios de uma rede de apoio durante esse período, o depoimento de P4 ilustra a importância das relações entre as mulheres da comunidade como uma estratégia robusta de enfrentamento, proporcionando um alívio para suas angústias:

Às vezes tem gente que diz: ‘mas você sente um negócio que se você falar aos outros resolve?’ ‘resolver você não resolve não, mas você bota pra fora aquela coisa que tá ali te angustiando, né, você bota pra fora’.

Essas alternativas apontam para formas terapêuticas de atenção e cuidado integral à saúde, que transcendem o modelo médico hegemônico. Tais abordagens se enquadram na categoria de apoio social, como grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em associações comunitárias, movimentos sociais e grupos de promoção da saúde. O apoio social é um processo recíproco, que gera benefícios tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior controle sobre a mesma (Valla *et al.*, 2006).

Outra forma de cuidado com a saúde mental evidenciada foi a de procurar se manter ocupada: “Eu procuro me ocupar mais, porque a gente parada, a mente procura raciocinar muita coisa boa, não, sabe?” (P5).

Tendo em vista a maior vulnerabilidade emocional feminina, no contexto pandêmico, e em busca de uma me-

lhora na saúde física e mental, as mulheres da comunidade tiveram contato com momentos de atividade ao ar livre, como exercício, por exemplo:

Então assim, eu procuro ocupar, me ocupar mais. Como no momento não tô fazendo nenhuma atividade física, só caminhando, não vou pra academia. Então assim: em vez de ir buscar minha filha de moto ou carro, eu vou a pé, porque já faço alguma atividade, já venho conversando com ela, né? Procuro fazer minhas coisas de casa, procuro ocupar mais a mente, não ficar parada, pensando, porque isso piora muito o psicológico da gente (P5).

Entretanto, essas mulheres assumem e são depositadas nelas muitas atividades domésticas, além da total responsabilização da criação dos filhos (Souza, A.; Souza, G.; Praciano, 2020). Contudo, mesmo diante de um cenário árduo e limitado, foi possível desenvolver outras estratégias, como o plantar:

Eu cuido de tudinho, eu gosto de planta, toda vida eu gostei, agora antigamente eu não tinha tempo mais de cuidar, aí pronto, eu cuido da planta, eu aguo, eles brincam que vão levar tudinho daqui, mas eu deixo não, agora que tá bonito eu digo é que eles querem levar, não, não, deixe aqui, mas eu gosto, gosto mesmo, tem de erva doce, man-jericão, e esses daqui (P2).

Fé

A fé em Deus foi um dos recursos mais utilizados pelas mulheres para lidar com a situação de sofrimento psíquico. Esteve fortemente presente na vida das mulheres do estudo, seja nos momentos de enfrentamentos ou nos conflitos vivenciados em momentos de intensa dificuldade. Foi possível visualizar esse aspecto em quase todas as narrativas das mulheres entrevistadas, o que chama a atenção pelo caráter tão central:

Tive medo, fiquei, por que era mais eu assim que tinha que dar apoio para tudinho [...] e eu usava a minha fé, a minha fé em Deus, pedindo a Deus para que nenhum passasse por essa doença, mas que se passasse que sobrevivesse, né? (P3).

De acordo com Junqueira e Rocha (2021), existe uma relação importante entre a cultura religiosa e os enfrentamentos das mulheres na pandemia.

Foi possível identificar, ainda, uma relação direta entre a fé e a esperança, muito perceptível no relato da P4:

Eu tava assistindo uma reunião ali no canto, aí a mulher tava dizendo que tem países que o povo já tava tirando máscara, não é? Ai, ela disse “mas a gente, dona Nilda, infelizmente pra gente aqui, na Paraíba, não tamo ainda nesse patamar” “Mulher, mas tenha fé, a gente vai chegar”, né não? “A gente chega lá”.

Neste cenário, é crucial valorizar como as classes populares têm se organizado e desenvolvido estratégias para enfrentar problemas e dificuldades que não são resolvidos pelo governo ou políticas públicas. Essas estratégias envolvem atividades e práticas de apoio social, como a organização de grupos religiosos e a fé coletiva. O apoio através da fé e religiosidade, pode ser resultado do desejo de viver a vida da maneira mais plena possível, da busca por uma explicação ou um sentido que torne a vida mais coerente, que é uma das propostas centrais do apoio social (Valla *et al.*, 2006).

Portanto, as estratégias utilizadas pelas mulheres como forma de enfrentamento da realidade adoecedora, tanto física quanto mental, são válidas e detentoras de um profundo conhecimento experiencial, em que, a partir das vivências e cultura, elas conseguiram perceber quais as melhores maneiras de conseguir lidar com o período da pandemia da Covid-19. Além disso, tais formas de cuidado demonstram a expressão da tendência atualizante, sendo esta uma compreensão de si e da resolução das próprias questões, da forma mais eficaz e satisfatória (Rogers, 1977).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a questão da saúde mental das mulheres da comunidade Santa Bárbara, no contexto da pandemia da Covid-19, as quais passaram por desafios multifacetados, incluindo ameaças à sua saúde física pelo coronavírus, vivendo em um contexto de desigualdade socioeconômica e outras situações de vulnerabilidade exacerbadas pela pandemia.

Dessa forma, a hipótese de que a saúde mental dessas mulheres estaria significativamente afetada durante a pandemia foi confirmada. A falta de acesso a serviços básicos de saúde e infraestrutura adequada resultou em consequências negativas significativas durante a pandemia. Assim, foi possível discernir a necessidade imperativa de políticas públicas que possam estar alinhadas às necessidades dessas mulheres. Além disso, o estudo identificou a necessidade e a importância de investir em mais pesquisas e publicações acadêmicas, que abordem suas vivências.

No entanto, apesar das adversidades, as mulheres demonstraram resiliência, buscando se reinventar e enfrentar essa realidade desafiadora da melhor maneira possível, dentro de suas possibilidades. A formação de uma rede de apoio com familiares, amigos e vizinhos foi fundamental para fortalecer essas mulheres em um período repleto de dificuldades. As estratégias de cuidado com a saúde mental

dessas mulheres foram diversas e desenvolvidas pelo coletivo de mulheres gerado a partir das ações da extensão universitária. Estas estratégias emergiram como resposta a uma série de desafios e incluíram a criação de uma rede de apoio, novas atividades de lazer, autocuidado, espaços de diálogo e fortalecimento da fé.

Por fim, o estudo se mostrou crucial para o entendimento acerca do estado da saúde mental da mulher no ambiente de uma comunidade popular e as consequências que o período de pandemia teve neste contexto socialmente negligenciado. As discussões e dados trazidos pela pesquisa podem fomentar e contribuir para futuros trabalhos e discussões sobre os impactos da pandemia, saúde mental das mulheres em situação de carência social e pesquisa fenomenológica.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.] v. 25, suppl. 1, p. 2423-2446, 2020.

BARRETO, Mauricio Lima *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. e200032, 2020.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, p. e2020427, 2020.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 06 jun. 2022.

HOGA, Luiza Akiko Komura. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, p. 115-121, 2008.

HOLANDA, Adriano Furtado. **Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: Elementos para um Entendimento Metodológico, Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas.** São Paulo: Editora Ômega, 2001.

IBGE. **PNAD - Pesquisa nacional por amostra de domicílios.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Mercado de trabalho e pandemia da Covid-19: ampliação de desigualdades já existentes?** Rio de Janeiro: IPEA, 2021.

JUNQUEIRA, Lilian Cláudia Ulian; ROCHA, Fernanda Pessolo. Experiências de mulheres durante a pandemia da COVID-19: o grupo como suporte psicossocial e empoderamento feminino Experiences of women during the COVID-19 pandemic: the group as psychosocial support and female empowerment. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 5, p. 23290-23308, 2021.

ORNELL, Felipe *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 12-16, 2020.

ROGERS, Carl. **Psicoterapia e Relações humanas I.** Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; SOUZA, Gustavo Fonseca de Albuquerque; PRACIANO, Gabriella de Almeida Figueiredo. A saúde mental

das mulheres em tempos da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 20, p. 659-661, 2020.

VALLA, Victor Vincent *et al.* Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma Proposta de Investigação Voltada para as Classes Populares. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben, Araujo. **Cuidado as Fronteiras da Integralidad**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. p. 105-119.



A INVENÇÃO PSICÓTICA A PARTIR DO TRABALHO CRIATIVO:

UMA EXPERIÊNCIA PSICANALÍTICA
NO TRABALHO INSTITUCIONAL

- » Cleide Pereira Monteiro
- » Filipe Walasse Lira de Oliveira
- » Regileide de Lucena Fernandes

INTRODUÇÃO

Psicose e prática institucional são dois temas caros à psicanálise, pois trazem à tona questões e impasses da clínica psicanalítica em instituições de saúde mental. Longe de configurar o campo de uma impossibilidade, o trabalho com a psicose no âmbito institucional ratifica a experiência da descoberta freudiana que é o inconsciente e coloca em evidência os impasses que a psicose cria nos campos social e clínico, levando-nos à reflexão sobre os efeitos institucionais (a instituição, as equipes) e sobre o sujeito psicótico (interno na instituição) que a psicanálise lacaniana, com o trabalho criativo do sujeito, pode acompanhar.

O termo invenção tem sua pertinência quando nos referimos à clínica da psicose, pois destaca as soluções encontradas pelo sujeito psicótico para resolver seus problemas de ser falante ali onde ele se depara com um buraco, com um nada no psiquismo (Lacan, 2010). Sem o socorro de recursos típicos da neurose, o esquizofrênico, por exemplo, é capturado por esse problema sem dispor de nenhum discurso estabelecido. Como afirma Jacques-Alain Miller (2003, p. 11): “ele é obrigado a inventar um discurso, a inventar seus socorros para poder usar seu corpo e seus órgãos”.

No decorrer de nossa investigação, abordamos, inicialmente, o tema da invenção na clínica da psicose e suas relações com o trabalho criativo, o que nos levou a, através de um relato de experiência, pensar em como o dispositivo psicanalítico pode operar no tratamento de sujeitos psicóticos institucionalizados tendo a arte como ponto de partida para a direção do tratamento.

A partir da experiência no âmbito institucional, elegemos três eixos norteadores: 1) o manejo clínico, que é uma posição ética do analista frente à psicose - a expressão secretário do alienado; 2) êxtimo, neologismo de Lacan que nos servirá para desenvolvermos sobre a posição que a psicanálise ocupa dentro da instituição de saúde mental, posição que enfatiza um trabalho entre tensões, mas que está longe de ser atrelado à lógica do impossível, como tam-

bém longe da concepção de um trabalho institucional onde as tensões poderiam vir a ser resolvidas; 3) a construção do caso clínico como um dos diferenciais da psicanálise em relação a outras práticas de cuidado e que traz ao primeiro plano da discussão o seguinte: o Um do caso. Esse como o que há de mais singular do sujeito, ao ser extraído permite a nós nos orientarmos quanto à direção da cura. Ao mesmo tempo, amplia esse campo do conhecimento e faz avançar a teoria. Estão aí três recortes que nos levam à reflexão sobre as consequências dessa prática e a orientação que convém ao praticante. Advertidos da assertiva lacaniana segundo a qual a psicose é isso diante do que um analista não deve recuar em nenhum caso (Lacan, 2021), apostamos na psicanálise como aquilo que busca lançar alguma luz sobre o breu do desconhecimento de que se trata na loucura.

O TRABALHO CRIATIVO E SUAS RELAÇÕES COM A INVENÇÃO

O termo trabalho criativo é usado para designar algo que pode, ou não, ser reconhecido como arte (Alvarenga, 2010). Embora haja uma relação entre trabalho criativo e arte, há diferenças, uma vez que a obra de arte está ligada à ideia de um bem (artístico) reconhecido pelo Outro social e vinculado à égide do falo (poder, sucesso, dinheiro, fama). Já o trabalho criativo tem a ver com a atividade anímica do

sujeito que o realiza, fruto de um investimento num objeto, não necessariamente respondendo à lógica fálica, que lhe causa algum apaziguamento. Nesse caso, o trabalho criativo aparece como tratamento do traumático (Carrasco, 2021). Assim, dizer que o sujeito cria um objeto implica na novidade e originalidade, uma vez que a criação enfatiza a expressão latina *ex-nihilo*, ou seja, toda criação introduz uma novidade no que existia antes, é original (Lacan, 1997, *apud* Alvarenga, 2010).

O termo invenção, tal como a psicanálise faz uso, enfatiza uma criação não a partir do nada ou de um vazio, tal como a criação, mas uma criação a partir de materiais já existentes. Ou seja, embora criação e invenção sejam sinônimos, ambas se opõem naturalmente, uma vez que a invenção diz respeito a uma construção psíquica realizada pelo sujeito que tem relação com o seu sintoma - é um saber-fazer com o seu sintoma. Inventar é, portanto, fazer algo com o que se tem - uma materialidade singular que só pode ser buscada na história singular de cada um.

A clínica das psicoses é, por excelência, a clínica das invenções, visto que o psicótico, sobretudo o esquizofrênico, está fora-do-discurso (Lacan, 2003). O fora-do-discurso aponta para uma impossibilidade lógica, estrutural, de fazer o psicótico entrar na dança dos discursos. Com seu discurso pulverulento, o psicótico, às vezes, fragmenta a linguagem,

despedaça o próprio corpo e presentifica a morte (mortificação), o que pode dificultar o laço social. Isso não significa, no entanto, que ele não possa circular pelo laço. O traço do “fora” (do discurso, do laço) subverte a ordem, sendo possível, a partir disso, criar algo do nada, *ex-nihilo, ex-discurso* (Quinet, 2013). É o caso, por exemplo, de uma paciente que pudemos acompanhar em suas invenções. Através da pintura, do desenho e da fala, ela pôde, sob transferência, construir-se um corpo, uma nomeação, sua história e, desta forma, inventar para si um lugar no mundo.

Miller (2003) evoca o caso de um esquizofrênico que tem o sentimento de estar fora de seu corpo, e precisa inventar, como ele mesmo diz, recursos para se ligar ao corpo - coloca anéis nos dedos, que asseguram o valor de laços com o corpo; usa uma faixa na cabeça, para ligá-la ao corpo. Esses são seus recursos, seus laços colocados sobre os órgãos, partes do corpo. Atendida na instituição, Eva (nome fictício) nos dizia que era preciso fazer algo com as suas costelas que, num acidente, foram quebradas; ela dizia que precisava fazer um *raio x* das costelas. Com o corpo irrequieto, perambulava pelos corredores e pela sala das oficinas. Ao falar, com seu discurso desorganizado e delirante, confundia seu nome, sua idade, o local de onde viera e tudo o que se referia ao seu desencadeamento. Não sabia

onde estava nem as datas. Às vezes, afirmava, com todas as letras, que havia morrido.

Lacan (2003) nos convida a pensar que a esquizofrenia enigmatiza a presença do corpo, isto é, torna enigmático o próprio corpo. É isso que caracteriza o dito esquizofrênico, ser capturado pelo problema do corpo sem o recurso de nenhum discurso estabelecido, o que o leva, em suas andanças, a ter que inventar um corpo não pela via do complexo de Édipo, isto é, pela via dos discursos estabelecidos, típicos, tal como aponta Miller (2003).

A criação artística é o recurso utilizado por muitos sujeitos para lidar com seus sofrimentos. Na psicose, a invenção pode, sim, acontecer por meio da arte, o que permite uma estabilização e mediação no campo do Outro por parte do sujeito psicótico. Freud (1974) nos ensinou que o delírio é uma tentativa de cura por uma reconstrução do mundo que pode barrar o gozo ou atenuá-lo, mas, geralmente, ele não faz laço. Seguindo com Lacan (2007), entendemos o trabalho criativo como tentativa de cura também, sendo que nesse caso a possibilidade do laço é maior. Eva, atendida nas oficinas, relatava sentir dores nas costelas todas as vezes em que falava de determinados assuntos, justamente quando algo do real se presentificava em seu corpo. A partir do desenho e das intervenções, ela passou a historicizar o momento de seu desencadeamento, dando

um tratamento à sua dor, contornando o real: desenhou suas costelas, assinou seu trabalho e o endereçou ao praticante. As costelas, antes fraturadas e doloridas, ganharam uma consistência e unidade, tornando-se, na tela, um objeto condensador de gozo.

A EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO: AS OFICINAS DE PSICANÁLISE

O relato de experiência com as oficinas de psicanálise, neste texto, é resultado da clínica realizada no cenário de duas instituições diferentes: a clínica-escola de psicologia da UFPB, e uma instituição de saúde mental, ambas localizadas na cidade de João Pessoa/PB. As oficinas e os atendimentos clínicos ocorreram na instituição de saúde, e as supervisões, estudos teóricos, orientações e construções dos casos atendidos, na clínica-escola.

A viabilidade do trabalho com as oficinas se deu através do projeto de extensão Aimée - Formação Clínica e Profissional no Atendimento Psicanalítico em Instituições (Probex, 2020).

As oficinas objetivam oferecer aos sujeitos institucionalizados um espaço para a expressão criativa ligada às manifestações do inconsciente, bem como viabilizar uma modificação do cotidiano da instituição a partir do saber-fazer singular de cada sujeito atendido, assegurando

a dimensão da clínica psicanalítica na prática institucional. As oficinas ocorriam duas vezes por semana e com duração média de uma hora cada. As atividades artísticas podiam ser de pintura, colagem, desenho e contação de histórias, mas qualquer material ou estratégia eram acolhidos, pois o objetivo da oficina de psicanálise é a produção subjetiva de cada um, de modo que nos corredores da instituição fazíamos convites aos pacientes informando sobre as oficinas, que eles podiam aparecer para pintar, desenhar ou simplesmente conversar, caso quisessem - e os convites muitas vezes os levavam ao espaço, momentos nos quais eles falavam de si, pintavam, desenhavam e retornavam a cada semana para fazer uso daquele espaço de escuta e expressão. Destarte, as oficinas de psicanálise atuam no sentido de mediar a emergência do sujeito, isto é, elas possibilitam a construção de uma estrutura discursiva ao fora-do-discurso.

A PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO: UM TRABALHO ENTRE TENSÕES

Adentramos na práxis psicanalítica operando por meio da fala e no debruçamento sobre o sintoma, sem ter que ditar condutas ou modos de agir com alguma máxima que valesse para todos; sem ter que oferecer um desenho pronto para que o paciente simplesmente o pintasse; sem

ter que pedir que ele fizesse determinado tipo de objeto artístico; sem ter que dar algum sentido neurótico àquilo que estava sendo dito, numa posição de não-saber frente ao psicótico, e nos propondo a acompanhá-lo em seu percurso analítico.

Assim, o manejo clínico do praticante com o sujeito psicótico é secretariá-lo. Tal posição é uma coordenada para a posição ética do analista frente à psicose. O secretário escolhe ser o destinatário da história, ouvindo com atenção isso, mais do que aquilo (Miller *et al.* 1998).

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (Lacan, 2010, p. 241).

O trabalho de secretariar consiste justamente em acompanhar o psicótico em suas invenções. Por exemplo, diante das manifestações alucinatórias, acolhê-las, permitir ao sujeito um saber-fazer com isso; identificar em suas alucinações as palavras ouvidas que lhe tenham vindo do Outro e escutar o que o próprio sujeito traz na sua fala que serviria para furar o Outro absoluto e gozador das alucinações e dos delírios; não recuar diante do delírio, pois ele é uma tentativa de cura, podendo chegar o sujeito a fazer um bom uso dele, seja por meio de uma metáfora delirante ou

por um objeto condensador de gozo, como demonstramos com o *flash* clínico; tratar o medicamento como um auxiliar no tratamento do psicótico, jamais como uma cura.

A experiência institucional nos leva a uma abordagem que se difere daquela que habitualmente a psicanálise adota no consultório privado. No entanto, é possível estabelecer uma clínica do sujeito quando nos referimos ao tratamento psicanalítico voltado às psicoses. Introduzir o sujeito enquanto tal, essa foi a liberdade de Freud, tal como pontua Lacan (2003), e essa mesma liberdade deve ser também assumida na política institucional. Num espaço onde muitas vezes há uma busca à *la* Simão Bacamarte por tirar os sintomas com o excesso de medicamentos, a psicanálise se debruça sobre o sintoma, uma vez que ele é uma manifestação do inconsciente, e aposta que onde há sintoma, há sujeito, pois “se ele adoece, é exatamente porque o homem não pode ser domesticado” (Viganò, 2010, p. 40).

Nesse sentido, o trabalho psicanalítico no âmbito institucional se configura como um trabalho entre tensões - e essas tensões sempre existirão, pois têm a ver com a ética da psicanálise que se contrapõe à ética do social. Assim, a psicanálise na instituição se constitui como um ponto de êxtimo. Ela está lá, mas a sua ação não se dá pelo caminho do da instituição. Ela está dentro, mas não-toda. Ao avaliar

o sujeito psicótico em termos de déficit e de dissociação de funções anímicas, a política institucional coloca o sujeito em posição de objeto e numa posição de deficitário em relação ao ideal, perdendo de vista o singular do sujeito e a possibilidade à construção do caso clínico.

A construção do caso clínico, que extrai um saber sobre a subjetividade particular de cada sujeito, é um dos diferenciais da psicanálise em relação a outras práticas de cuidado. O caso amplia o campo do conhecimento, faz avançar a teoria (o discurso do analista se dá a partir do caso) e, em alguns contextos, pode possibilitar o diálogo da psicanálise com outras áreas do saber no trabalho institucional marcado pelos novos dispositivos de assistência à saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica com sujeitos psicóticos é um campo rico em matéria de arte, singularidades e invenções. A experiência com as oficinas propostas pelo *Aimée*, sustentadas a partir dos pressupostos da ética da psicanálise, nos mostra que o cenário é desafiador. Seja qual for a estratégia institucional, onde há psicanalista, há psicanálise, uma vez que a prática psicanalítica sempre estará ligada à escuta daquilo que é da ordem do singular, do *Um*.

As tensões são várias e elas sempre existirão. No entanto, defender a psicanálise no trabalho institucional é poder, em alguns momentos em que as tensões se apresentam de maneira muito forte, recuar para, em outros momentos, poder avançar. A psicanálise não busca necessariamente tirar a pedra do caminho. Talvez o interesse maior seja o de inventar um caminho entre pedras, trabalho que se faz à medida em que nos permitimos, no ato de escutar, suportar o insuportável do sujeito com a posição de não-saber do praticante diante do psicótico. Não-saber diz de uma escuta que dá lugar àquilo que é da ordem do inesperado e da não inscrição. Ou seja, é preciso que o praticante esteja atento às soluções dadas pelo próprio sujeito, que podem surgir *ex nihilo*, ali onde algo não se inscreveu. Essa atenção do praticante é equiflutuante, tal como Freud (1977) aprendeu com as históricas e colocou em ato - um ato inaugural do inventor da psicanálise que deu lugar à formalização do inconsciente.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, E. O trabalho criativo e seus efeitos na clínica da psicose. **Revista Curinga**, [S. l.], n. 31. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 2010.

CARRASCO, J. **La creación artística como tratamiento de lo traumático**. 1ª ed. Olivos: Grama Ediciones, 2021.

FREUD, S. **A história do movimento metapsicologia e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, S. (1977). **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, J. Abertura da Seção Clínica. **Opção Lacaniana**, n. 30. São Paulo: Edições Eolia, 2021.

MILLER, J.-A *et al.* **Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica: a conversa de Arcachon**. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

MILLER, J.-A. A invenção psicótica. *In: Opção Lacaniana*, n. 36. São Paulo: Edições Eolia, 2003.

PROBEX. Programa de Bolsas de extensão. **Projeto Aimée – formação clínica e profissional no atendimento psicanalítico em instituições**. SIGAA: UFPB, 2023.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro, Zahar, 2013.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, [S. l.], n. 31. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 2010.



RELAÇÃO ENTRE AFETIVIDADE E APRENDIZAGEM:

CONCEPÇÕES DE PSICÓLOGAS
ESCOLARES EDUCACIONAIS

- » Mônica de Fátima Batista Correia
- » Andressa Dávila da Silveira Galvão

INTRODUÇÃO

A indissociação entre aspectos cognitivos e afetivos no desenvolvimento humano vem sendo abordada por estudiosos de diferentes áreas, tais como a Psicologia, a Neurociência e a Educação, com consensos sobre o impacto positivo ao se considerar a dimensão afetiva do processo de aprendizagem (Camargo, 2017; Carminatti, Del Pino, 2019; Correia, 2021; Guimarães, Maciel, 2021; Leite, 2012; Leite, Lima, 2018; Sousa, 2021; Tassoni, 2013).

Do ponto de vista da Psicologia, considerando de maneira breve as áreas citadas, os argumentos podem ser ancorados por estudiosos interacionista, como Piaget, e

sociointeracionistas, como Vigotski e Wallon. Para Piaget a vida psíquica dos sujeitos é formada pelas dimensões afetiva, cognitiva e motora, sendo fundamental que as três dimensões trabalhem de forma integrada (Sousa, 2021).

O desenvolvimento da estrutura cognitiva, desse ponto de vista, necessita do substrato biológico, do contexto, bem como é sensível à forma que o indivíduo é *afetado* pelo segundo. De maneira que sem afeto, que significa principalmente *interesse desperto*, o aluno não se volta para o objetivo proposto.

De acordo com Vigotski, a consciência representaria o componente mais elevado na hierarquia das funções psicológicas superiores, sendo constituída a partir de inter-relação dinâmica entre intelecto e afeto, traduzida em atividade no mundo e representação simbólica, subjetividade e interação social. A motivação como origem do pensamento, o que envolve inclinações, necessidades, interesses, impulsos, afeto e emoção, de maneira que só é possível uma compreensão completa do pensamento humano quando compreendida sua base afetivo-volitiva (Taille; Oliveira; Dantas, 1992). As emoções evoluem para o campo do simbólico e se entrelaçam com os processos cognitivos (Tassoni, 2013).

Wallon (1968), outro estudioso de base quando focalizamos o desenvolvimento cognitivo, defende que a afe-

tividade determina os interesses e necessidades do sujeito, desempenhando um papel fundamental na constituição e funcionamento da inteligência (Tassoni, 2013). A afetividade, nesse sentido, dá origem à atividade cognitiva. A emoção e a cognição coexistem no sujeito cognoscente em todos os momentos, mesmo que, ao longo do desenvolvimento, essas funções predominem de maneira alternada (Leite, 2012; Taille; Oliveira; Dantas, 1992).

Da perspectiva da Neurociência, por sua vez, o processo de aprendizagem é influenciado pelas emoções à medida que estas influenciam em funções cerebrais fundamentais, como a motivação e a memória. A motivação, capacidade que tem o poder de iniciar, dirigir e sustentar ações, leva o aprendiz a se envolver e repetir comportamentos que promovam boas sensações. Então, a inclusão de elementos motivadores em ambientes que se propõem a promover aprendizagem, mesmos os mais elementares, como por exemplo elogios e olhares positivos, promovem a liberação de dopamina e, assim, de reações fisiológicas de prazer, podendo incentivar ações relacionadas à aprendizagem (Carvalho, 2011; Cosenza, Guerra, 2011).

Discursos mais atuais da neurociência, inclusive, já propõem um novo conceito, *Mentecerebro*, denotando a noção de que os afetos são mais primitivos e, portanto, essenciais no funcionamento cognitivo. Dessa maneira, esses

comandariam a vida mental e não a racionalidade como se pensava. À vista disso, constatou-se a necessidade de que a função da emoção na cognição e, assim, na aprendizagem, passasse a ser encarada como um fenômeno estrutural interno e não como um complicador externo (Rotta; Ohlweiler; Riesgo, 2016).

No campo da Educação, por seu turno, se compreende que as vivências em sala de aula contribuem para o tipo de relação que se pode estabelecer com o conhecimento. Alunos que recebem atenção, carinho e, especialmente, o respeito do professor às suas ideias e participações, adquirem confiança, constroem sentimentos de competência e, respectivamente, admiração, favorecendo o processo de aprendizagem (Guimarães, Maciel, 2021).

Essa relação entre afetividade e aprendizagem deve começar a se estabelecer desde a Educação Infantil, cujo objetivo é o desenvolvimento integral da criança - considerando os aspectos físico, intelectual, tanto quanto os aspectos afetivo e social – de maneira a compreender o aprendente como um ser completo e capaz; e deve se manter como foco durante todo e qualquer percurso educacional, ou seja, independentemente de qual segmento.

A construção do conhecimento, nesse sentido, se dá por intermédio da relação que a pessoa estabelece com

o mediador, a relação interpessoal positiva potencializa o alcance dos objetivos educacionais (Mello, Rubio, 2013).

A partir da compilação de estudos relacionados ao tema em discussão é possível apreender o consenso sobre a referida indissociação entre aprendizagem e afetividade. Para tanto, diversos aspectos são considerados essenciais para a composição de um contexto de aprendizagem afetivo; alguns serão destacados no texto que segue. Um ambiente de aprendizagem afetivo, portanto, (a) deve propiciar impactos positivos em relação ao objeto de aprendizado, despertar curiosidade, por exemplo, e (b) deve levar o aprendiz ou a aprendiz ao reconhecimento do próprio sucesso (Leite, Lima, 2018), no sentido de fortalecer a autoestima do indivíduo (Camargo, 2017). O mediador ou a mediadora (c) deve procurar conhecer, e considerar, as diferentes realidades, possibilidades, pontos fortes, motivações, valores e sentimentos dos aprendentes, bem como os seus próprios; (d) os aspectos teórico-metodológicos, as estratégias de ensino e o planejamento das aulas nesses contextos de aprendizagem afetivos serão focalizados em busca do envolvimento dos aprendentes. O (e) incentivo à autonomia torna-se essencial, de maneira a reconhecê-los como sujeitos ativos e confiando na capacidade de cada um ou de cada uma. Em um ambiente de aprendizagem afetivo (f) investe-se nas relações em sala de aula, na qualidade da

comunicação, que deve estar baseada no respeito, no diálogo, na compreensão e no incentivo do outro. Se estabelece, portanto, (g) um espaço seguro no qual o aluno possa se expressar e, inclusive, compartilhar as suas dificuldades. Para tanto, é necessário, sobretudo, (h) o comprometimento e a implicação do mediador no processo de aprendizagem. (Camargo, 2017; Cosenza, Guerra, 2011; Carminatti, Del Pino, 2019; Leite, Lima, 2018; Nogueira, Leite, 2015).

Nesse sentido, considerando que entre as possibilidades de atuação da Psicologia em ambientes educacionais estão a intervenção no processo ensino-aprendizagem e a formação de educadores (CFP, 2019); que a mediação pedagógica ocorre por meio de práticas que podem ser planejadas de forma a potencializar a construção de conhecimentos (Leite, 2012); e que os aspectos cognitivos e os aspectos afetivos são indissociáveis (Sousa, 2021; Tassoni, 2013), o presente estudo objetivou explorar as concepções de Psicólogos(os) Escolares Educacionais acerca dessa discutida dimensão afetiva do processo de aprendizagem.

Para tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada (Protocolo nº 63058122.2.0000.5188) com seis Psicólogas Escolares Educacionais, doravante Psicólogas Escolares ou PEEs, que atuavam em escolas públicas e particulares, consideradas de grande porte e localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os dados foram explorados

a partir da análise de conteúdo de Bardin (2008), resultando na identificação de eixos que foram característicos entre os discursos das participantes, apresentados subdivididos em três diferentes dimensões.

CONCEPÇÕES DE APRENDIZAGEM E AFETIVIDADE DAS PSICÓLOGAS ESCOLARES:

DIMENSÃO 1

As respostas das Psicólogas Escolares consideravam o processo de **aprendizagem** como *influenciado por vários fatores, construído a partir da relação com os outros* e como um *processo ativo e contínuo*; ideias, em sua maioria, mais alinhadas com perspectivas sociointeracionistas; conforme ilustrado com o extrato de discurso ilustrado a seguir. Todos os extratos descritos para ilustração, como dados dos discursos das PEE, serão apresentados literalmente: “Eu vejo o processo de aprendizagem como uma troca. É um processo ativo também por parte do aprendente [...] (PEE1)”.

A **afetividade**, por sua vez, foi definida pelas PEEs como *algo que afeta o sujeito*, como um *componente da construção de vínculo* e como algo que está *relacionado à individualidade* do indivíduo, conforme ilustrado nos diferentes discursos a seguir: “O afeto ele passa de quando você

se coloca à disposição de. Né? [...] Você olha no outro, no seu potencial..." (PEE5). "No momento que você se dedica a desenvolver atividades significativas, você está colocando afeto no seu trabalho, né?" (PEE4).

Descrições que se encontram em concordância com as necessidades de se propiciar impactos afetivos positivos em relação ao objeto de aprendizado, de se investir nas relações (Camargo, 2017; Leite, Lima, 2018; Sampaio *et al.*, 2018), de atentar para as diferentes possibilidades, os pontos fortes, as motivações, os valores do aprendente (Sampaio *et al.*, 2018). A afetividade foi colocada também como motivadora de comportamentos, indo ao encontro das concepções da neurociência, onde afirma-se que ao ser afetado de forma positiva por algo, os centros de prazer do indivíduo em seu cérebro são ativados e geram sensações de bem-estar em relação ao que o afetou (Salla, 2012).

Emergiram ainda evidências em direções distintas, como a compreensão deste construto de forma mais próxima de aconchego do que de respeito, de acolhimento e de valorização sobre o que o aprendente pensa e faz. Este positivo alinhamento nos discursos das PEEs deste estudo com a literatura relacionada ao tema pode ser atribuído a maiores aprofundamentos relacionados ao campo da Psicologia Escolar, considerando que as posturas mais relacionadas foram exatamente das profissionais que possuíam

pós-graduações na área. O que significa dizer que quanto maior for a fundamentação teórica da profissional, maior será o alinhamento e competência nas ações.

INTERFACE APRENDIZAGEM-AFETIVIDADE: PERCEPÇÕES E REPERCUSSÕES NAS ATUAÇÕES:

DIMENSÃO 2

Os discursos das Psicólogas Escolares demonstravam aproximação dessa interface, seja por reconhecer a importância da qualidade das relações interpessoais (Carmargo, 2017; Cosenza, Guerra, 2011; Guimarães; Maciel, 2021; Sampaio *et al.*, 2018), os sentimentos e sensações causadas no processo (Leite, Lima, 2018) ou em termos do reconhecimento da premissa de dar sentido, tornar interessante o ambiente de aprendizagem (Carminatti, Del Pino, 2019; Sampaio *et al.*, 2018) – cuja ênfase seria o ideal – bem como ao falarem da importância de se conhecer a realidade dos alunos, suas possibilidades, limitações, pontos fortes, motivações, valores e sentimentos; como ilustrado no discurso a seguir: “O processo de aprendizagem [...] precisa entrar pela emoção. E a gente trabalha com a ideia de aprendizagem significativa e dar sentido pra aquilo que o aluno aprende (PEE5)”.

No sentido de entrelaçamento entre aprendizagem e afetividade, pode-se dizer que os discursos se encamiñaram para três categorias de respostas, relacionadas à (1) promoção de participação do estudante; à (2) caracterização de um ambiente de aprendizagem mais afetivo; e à (3) atuação a partir da interface afetividade-aprendizagem.

Dessa maneira, as PEEs trouxeram que para o ambiente de aprendizagem ser mais (1) participativo é preciso proporcionar aos alunos sentimentos positivos, fazendo-os se sentirem acolhidos e ouvidos; deve ser significativo; despertar o interesse; promover autonomia; respeitar a individualidade; e deve possuir intencionalidade

A importância de um mediador preparado para conduzir o contexto de aprendizagem, que estabeleça uma comunicação objetiva e clara com os alunos também foi mencionada. Além de aspectos do próprio ambiente físico, a exemplo da quantidade de alunos na sala de aula, da disposição da cadeira e de recursos materiais como parte das estratégias de ensino e planejamento das aulas.

Percebe-se, nesse sentido, compreensões das psicólogas escolares deste estudo sobre o entrelaçamento entre afetividade e aprendizagem em direções diversas e em boa parte alinhadas com as proposições da literatura (Camargo, 2017; Carminatti, Del Pino, 2019; Leite, Lima, 2018; Nogueira, Leite, 2015; Sampaio *et al.*, 2018).

Em se tratando da caracterização de um (2) ambiente de aprendizagem mais afetivo, as respostas se alinharam às do tópico anterior, apontando-o como motivador e retomando a importância do ambiente acolhedor, do respeito às individualidades; e o estabelecimento de comunicação clara e acessível. Foi referido, ainda, aspectos mais pedagógicos, como a importância da aprendizagem significativa, como amplamente citada na literatura por envolver os aspectos mencionados como importantes na interface em discussão (Camargo, 2017; Carminatti, Del Pino, 2019; Leite, Lima, 2018; Nogueira, Leite, 2015; Sampaio *et al.*, 2018).

Ao relatarem sobre suas (3) atuações considerando a interface afetividade-aprendizagem, os Psicólogos Escolares levantaram aspectos voltados ao trabalho com os diferentes segmentos da escola, como a família, a equipe escolar, os alunos, as alunas e professores, bem como nas reuniões de planejamento.

Foi possível observar, no entanto, que apesar das Psicólogas Escolares considerarem a interface aprendizagem-afetividade em suas concepções o trabalho a partir desta perspectiva aparece de maneira restrita nos diferentes segmentos citados, se considerarmos os exemplos citados ou mesmo a dificuldade em emití-los. Um dos motivos, é possível inferir com base nos discursos dessas profissionais, pode ser o pouco envolvimento, pelo menos efetivamente,

dessas no planejamento pedagógico. A maior parte dos discursos apontaram participações mais restritas, figurando como ouvintes, ou com participações pontuais, apenas quando surgem projetos nos quais podem contribuir com questões específicas da Psicologia; como ilustrado a seguir: “Na verdade, a gente vai muito mais como um ouvinte, né? Assim, tem os momentos em que nós nos colocamos com - na disciplina de educação socioemocional [...]” (PEE6).

Atuar no planejamento, entretanto, é a oportunidade de realizar um trabalho em conjunto com outros agentes escolares, de conhecer as demandas, de entrar em contato com obstáculos que aparecem no cotidiano escolar para buscar rotas alternativas e de ressaltar a importância de cada um no processo educativo (Aquino *et al.*, 2015). A incompreensão do papel do PEE nesse contexto, a partir dos outros profissionais, dificulta as possibilidades de inserção mais efetiva e com as possíveis contribuições mais significativas, o que, infelizmente, pode levar à desvalorização desse profissional no contexto escolar (Ronchi *et al.*, 2022).

A APROPRIAÇÃO DO SABER SOBRE A INDISSOCIAÇÃO ENTRE APRENDIZAGEM E AFETIVIDADE: INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO:

DIMENSÃO 3

O frágil suporte da formação na percepção de interface em discussão foi remetido pelas participantes à baixa oferta de disciplinas de Psicologia Escolar Educacional na época de suas graduações, especialmente considerando a dimensão afetiva, corroborando Santos e Toassa (2015). Estas autoras afirmam que a formação em Psicologia Escolar Educacional na graduação é mínima e a afetividade, lamentavelmente, é abordada apenas em seu caráter clínico. Nesse sentido, percebe-se que as formações continuadas realizadas no contexto das psicólogas escolares participantes deste estudo específico foram fundamentais para que essas tivessem uma maior inserção da área específica, bem como sobre a interface afetividade-aprendizagem.

Os **fundamentos teóricos** referidos como base para a prática, envolveram, dentre outros autores, Vigotski, Piaget e Wallon. O conhecimento dessas teorias do desenvolvimento e da aprendizagem, ou seja, um maior aprofundamento teórico, como colocado como preceito por diversos autores, parece explicar a coerência nos discursos das participantes

em relação ao entrelaçamento entre afetividade e aprendizagem-desenvolvimento (Correia; Bezerra; Jesus, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados demonstrou que as psicólogas escolares participantes conseguem compreender a relação entre afetividade e aprendizagem, bem como perceber a importância da primeira para ambientes que se propõem a promover aprendizagem. É possível afirmar, ademais, a aproximação das percepções sobre essa interface com perspectivas sociointeracionistas. E, por fim, evidências de que aprofundamentos na área e formações continuadas, como as realizadas ao longo da história na cidade de João Pessoa, terem influenciado nesses resultados, ou seja, nas percepções e atuações das Psicólogas escolares participantes acerca da interface afetividade-aprendizagem alinhadas às perspectivas mais contemporâneas.

As percepções desse entrelaçamento, que se mostraram alinhadas, seguiram em direções que contemplam desde o ambiente físico, materiais utilizados, acolhimento, respeito à individualidade até a necessidade de propostas educacionais significativas. A interface é trabalhada pelas profissionais com famílias, equipe escolar, alunos e

professores, porém com envolvimento não substancial no planejamento pedagógico.

De acordo com as participantes, a formação em nível de graduação oferece pouco suporte para a percepção da interface em foco, especialmente para atuar tendo-a como norte. Dessa maneira, os discursos mais alinhados à literatura contemporânea a esse respeito foram de Psicólogas Escolares que declararam ter mais formações continuadas. Por fim, o tempo de experiência não ofereceu diferencial, tampouco o fato de pertencerem a instituições públicas ou privadas.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F. D. S. B. *et al.* Concepções e práticas de psicólogos escolares junto a docentes de escolas públicas. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S. l.], v. 19, p. 71-78, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

CAMARGO, P. S. A. S. Representações Sociais de Docentes da EJA: afetividade e formação docente. **Educação e realidade**, [S. l.], v. 42, n. 4, p.1567-1589, 2017.

CARMINATTI, B.; DEL PINO, J. C. Afetividade e relação professor-aluno: contribuições destas nos processos de ensino e de aprendizagem em Ciências no Ensino Médio. **Investigações em Ensino de Ciências**, [S. l.], v. 24, n. 1, p.122-138, 2019.

CARVALHO, F. A. H. Neurociência e educação: uma articulação necessária na formação docente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 537- 550, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de Psicólogos(os) na Educação Básica**. Brasília: DF, 2019.

CORREIA, M. F. C. **Psicologia e atuação em queixas de dificuldades de aprendizagem**: Reflexões, atualizações e procedimentos para avaliações. Porto Alegre: Fi, 2021.

CORREIA, M. F. B.; BEZERRA, H. J. S.; JESUS, G. S. **Fundamentos que se tornam Ferramentas de ação e credenciam o psicólogo para atendimento às queixas escolares**. In: CORREIA, M. F. B. *Psicologia e atuação em queixas de dificuldades de aprendizagem: Reflexões, atualizações e procedimentos para avaliações*. Porto Alegre: Fi., 2021.

COSENZA, R. C.; GUERRA, L. B. **Neurociência e Educação**: como o cérebro aprende. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GUIMARÃES, M. S.; MACIEL, C. M. L. A. A afetividade na relação professor-aluno: Alicerces para a aprendizagem significativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, 2021.

LEITE, S. A. S. Afetividade nas práticas pedagógicas. **Temas em Psicologia**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 355 – 368, 2012.

LEITE, S. A. S.; LIMA, V. A. Afetividade e o ensino de Matemática: uma história de mediação pedagógica no Ensino Médio. **Zetetiké**, [S. l.], v. 26, n. 2, p.337-353, 2018.

MELLO, T.; RUBIO, J. A. S. A Importância da Afetividade na Relação Professor/Aluno no Processo de Ensino/Aprendizagem na Educação Infantil. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, [S. l.], v. 4, nº 1., 2013.

NOGUEIRA, B. M.; LEITE, S. A. S. A afetividade no processo de orientação de pesquisa científica. **Revista de Educação PUC-Campinas**, [S. l.], v. 19, n. 3, p.249-259, 2015.

RONCHI, J. P. *et al.* Atuação do Psicólogo Escolar: planejamento como estratégia para a ação. **Revista Psicologia em Pesquisa**, [S. l.], v. 16, n.3, p. 1-25, 2022.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos da aprendizagem**: abordagem neurobiológica e multidisciplinar (2ª ed.). Artmed: Porto Alegre, 2016.

SALLA, F. **Neurociência**: como ela ajuda a entender a aprendizagem. [S. l.]: Nova Escola, 2012.

SANTOS, F. D. O.; TOASSA, G. A formação de psicólogos escolares no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S. l.] v. 19, 279-288, 2015.

SAMPAIO, A. B. A *et al.* Processos afetivos na relação professor e aluno: reflexões sobre a mediação do psicólogo escolar. **Revista Expressão Católica**, [S. l.], v. 6, n. 1, p.54, 2018.


SOUSA, C. F. **A relação entre afetividade e aprendizagem no processo escolar**. (Monografia) PUC - Goiás, 2021.

TAILLE, Y. L.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky, Wallon**: teorias psicogenéticas em discussão (5ª ed.). Summus: São Paulo, 1992.

TASSONI, E. C. M. Afetividade na aprendizagem da leitura e da escrita: uma análise a partir da realidade escolar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 524-544, 2013.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Lisboa: Edições 70, 1968.

SEGUNDA PARTE



SAÚDE MENTAL E IDENTIDADE DE GÊNERO NO PLANTÃO PSICOLÓGICO *ON-LINE*

- » Sandra Souza
- » Mayane Maia Rodrigues
- » Eder Oliveira Teixeira
- » Vitoria Silva Felix
- » Maria Carolina Felício Silva

INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19 e as estratégias de enfrentamento impactaram os modos de ser e existir, repercutindo na pluralidade da vida humana, ao acentuar os marcadores sociais, como, gênero, etnia e classe social. A pandemia foi responsável por mudanças nos âmbitos econômicos, sociopolíticos e emocionais (Souza, 2022a). A postura governamental brasileira intensificou o cenário global, na medida em que o negacionismo, o descontrole e a desigualdade na condução da crise pandêmica ocasionaram desgaste na saúde mental dos indivíduos (Vieira; Anido; Calife, 2022).

Este estudo está voltado para os usuários do Plantão Psicológico *on-line* (PPo) ofertado pelo NAEPSI (Núcleo de Acolhimento e Escuta Psicológica) por meio da Clínica-Escola de Psicologia/UFPB, em diálogo com a diversidade de gênero. Buscou-se compreender as queixas e demandas dos usuários do PPo por gênero: 1) Mulher Cisgênero; 2) Mulher Transgênero; 3) Homem Cisgênero; 4) Homem Transgênero e 5) Não Binário.

DIVERSIDADE DE GÊNERO NA ATUALIDADE

Para Reis e Cazal (2021), a identidade de gênero é uma experiência particular, que pode estar em consonância, ou não, com o sexo do momento do nascimento, podendo ou não incluir a modificação corporal por cirurgias ou procedimentos estéticos e questões externas, como, vestimentas ou modo de falar. Assim, tem-se uma intrínseca relação entre a percepção individual de seu gênero, como feminino, masculino, uma combinação (Reis; Cazal, 2021) ou ausência de ambos, como: androginia, agênero, gênero fluido, *queer* e *drag*. De acordo com a perspectiva de Jesus (2012) e Oliveira *et al.* (2019), as travestis não limitam a identidade de gênero ao sexo biológico, mas à pertença de uma identidade única, procurando vivenciar a feminilidade sem a imposição de se tornar uma mulher, fluindo entre os gêneros (Benedetti, 2005).

Já homens e mulheres transexuais (Bento, 2012; Butler, 2018) partem da premissa de que o sexo biológico e o gênero designado no nascimento não são definidores, de modo que a identidade de gênero pode ser construída na existência ou pode-se assumir uma postura pós-identitária. Percebe-se que, por fugirem da lógica padrão e heteronormativas, os transexuais, especialmente as mulheres trans, como as travestis, carregam um estigma ainda mais árduo (Lima *et al.*, 2020). Tal estigma está intrinsecamente relacionado às maiores dificuldades e discriminações vivenciadas por esta população, sendo as principais vítimas de lesões corporais e homicídios (Souza *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2016).

Na contemporaneidade, tem-se ampla diversidade de gênero. A androginia é um termo que abrange qualquer sujeito que assume postura social, sobretudo no âmbito da vestimenta (Brasil, 2016). A pessoa agênero não sente pertencimento ou identificação a nenhum gênero. Cis é o indivíduo que se identifica com o gênero atribuído ao nascer (Reis; Cazal, 2021). Em contrapartida, tem-se a terminologia transgênero, utilizada para transeunte dos gêneros, transcendendo as definições normativas de sexualidade (ABGLT, 2010). Há o gênero fluído, que se identifica com o sexo masculino e o feminino, podendo revelar-se como qualquer um destes, a depender do momento (Merriam-Webster, 1993). Por fim, os não-binários, que ultrapassam

os limites do masculino e do feminino, não se limitando a nenhum dos dois, podendo fluir entre eles.

Para Reis e Cazal (2021), o termo *queer* é utilizado como adjetivo para pessoas que não têm a orientação sexual como exclusivamente heterossexual e, que acreditam que os termos lésbica, bissexual e gay são rótulos limitantes. Segundo o autor, o termo (*queer*) também tem utilização na descrição da expressão e/ou identidade de gênero, indicando o questionamento de gêneros: “*questioning*”.

Por fim, a denominação *drag*, que pode ser dividida em *queen* e *king*, sendo a primeira relativa ao homem que, de forma performática e satírica, utiliza roupas femininas, podendo estar dentro da classificação “transformista”, devido às vestimentas com intuito artístico. A diferença consiste no emprego e focalização no humor, para as *drags* (Reis; Cazal, 2021). Já o *drag king* seria uma mulher que utiliza roupas masculinas com intuídos artísticos, sobretudo como forma de trabalho (Reis; Cazal, 2021). A nomeação, e consequente definição, são estudadas há apenas pouco mais de uma década, demonstrando a tardia busca pela socialização destes indivíduos. A falta de estudos é a imagem espectral da invisibilização e vulnerabilidade dessa população, refletindo na saúde mental. Como promover a saúde mental para um grupo que não tem nem reconhecimento social?

Urge-se discutir acerca da temática, pois devido às expressões de discriminação, preconceito e violência, os indivíduos, autodenominados como LGBTQIA+, têm manifestado uma fragilidade emocional mais agressiva (#VOTELGBT; Box 1824, 2020). Primordialmente, deve-se compreender a iminência da dialética entre identidade de gênero e saúde mental (Cabral; Muñoz, 2021), posto que ambos estão intrinsecamente imbricados.

A questão identitária de gênero, não precisaria ser, mas é parâmetro para questões existenciais, desde “quem sou?” até a formação de grupos e consequente inserção social. Neste contexto, percebe-se o bem-estar como componente da saúde mental, caracterizado como um constructo subjetivo e influenciado culturalmente (Gaino *et al.*, 2018).

GÊNERO E SAÚDE MENTAL

A manutenção, preservação ou recuperação da saúde mental se dá por meio dos recursos disponíveis para o seu acesso. A idade, gênero, cor e orientação sexual são responsáveis por regular a utilização desses recursos em maior ou menor proporção (Gagliato, 2018). Neste âmbito, a saúde mental das travestis e transexuais é afetada, de modo que elas recorrem mais ao consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas; possuem menor expectativa de vida,

pois, além das imposições sociais de sofrimento, enfrentam maiores dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde, quando comparadas à população cis (Reisner *et al.*, 2016; Magalhães, 2018).

Dito isto, é possível apontar o Plantão Psicológico como alternativa de cuidado e valorização da alteridade sem perder o olhar para o ambiente social em que o adoecimento acontece. O plantão tem como objetivo oferecer ajuda, em contextos emergenciais, podendo ser finalizado em um único encontro, não havendo fila de espera. Na grande maioria, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) é o referencial teórico que embasa a prática do plantonista (Souza, 2022b). Identificar as demandas relacionadas ao gênero nos atendimentos do PPO, poderá contribuir para compreender a relação entre saúde mental e gênero nos serviços de saúde.

MÉTODO

Desenvolveu-se uma pesquisa documental retrospectiva (Gomes; Gomes, 2020), à medida que se estudou o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários do PPO, a partir dos registros de atendimentos. Foram critérios de inclusão todas as fichas e prontuários de 2021, e exclusão,

a ausência de conteúdo narrativo legível, impossibilitando a exploração da queixa e da demanda.

Utilizou-se o pacote estatístico SPSS, para a estatística descritiva, como, frequência, médias, mediana e porcentagens. E dos prontuários foi montado um *corpus* investigativo, que foi analisado através do software IRAMUTEQ. Utilizou-se a Análise de Similitude, a qual permite a identificação de concorrências entre os termos mencionados, cujo resultado indica as relações entre as palavras, favorecendo a distinção estrutural do conteúdo presente em um *corpus* textual (Flament, 1981).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram discutidos em dois subtópicos.

DIMENSÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Foram realizados 269 atendimentos, sendo 76% de mulheres, 74,1% cis e 1,9% transgênero; 23% de homens cis e 0,4% não binárias, não constando nenhum homem transgênero nem pertencente à categoria “outro gênero”. Verificaram-se que 77,3% era heterossexual, 10% homossexual, 10,4% bissexual, 1,1% pansexual, 0,4% assexual e 0,7% referente a outras sexualidades não nomeadas; 34,9% autodeclararam-se brancos, 48,7% pardos, 13,8% pretos, 1,1%

amarelos e 1,5% indígenas. A idade variou de 18 a 59 anos, com a média de 38,5 anos. A maior porcentagem (10,8%) foi para a idade de 20 anos. A faixa etária prevalente foi de 18 a 29 anos, representando 65,7% dos atendimentos. As religiões cristãs (católica, protestante, testemunha de Jeová e cristão) apresentaram o maior percentual acumulativo de 66,4%. Os indivíduos sem religião representaram 20,4%; 81,1% recebem até 3 salários mínimos de renda familiar (1 salário mínimo= R\$ 1.100,00 (mil e cem reais) (G1, 2021). Com ensino superior incompleto tem-se 46,2%; 62,5% estudantes universitários; 77% solteiros, 78,1% mora com a família e 12,3% sozinho. Região Nordeste com 97,6%, Sudeste (1,5%), Centro-oeste (0,4) e 0,4% do Norte; 99,6% residem no Brasil, contudo, 1,2% possuía nacionalidade estrangeira (Angola, Chile, Venezuela). A maioria (53,8%) soube do PPO através de amigos/familiares, tendo 82,2% realizado apenas um atendimento e 12,3% um primeiro retorno.

Observou-se ausência de idosos. Percebeu-se que o formato remoto possibilitou atingir outras regiões e países, com restrições para populações com limitações tecnológicas. Seguindo Seifert, Cotten e Xie (2021), adultos mais velhos são menos propensos a obter vantagens das oportunidades provenientes das tecnologias da informação e comunicação (TICs). Os autores apontam que os idosos optam por não utilizar a internet, vicariamente ou por não conseguirem

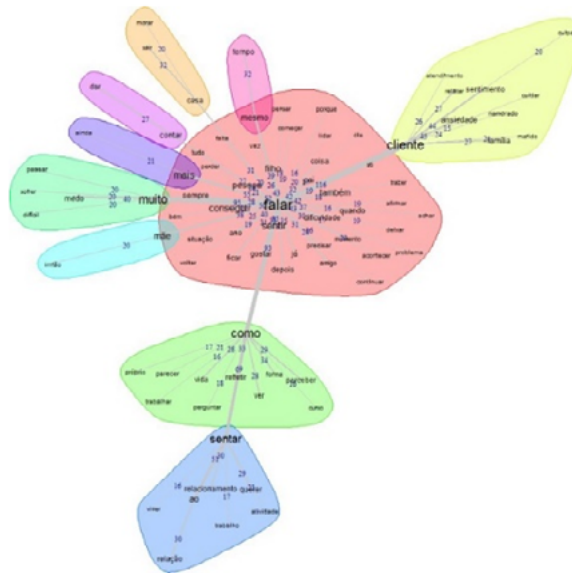
custeá-la, sem aparelhos tecnológicos ou sem habilidade para utilizarem as TICs.

Observou-se que a universidade acaba sendo um grande fator de sofrimento psíquico para os homens cis (gênero 3) e mulheres cis (gênero 4), assim como para as mulheres trans (gênero 1). O serviço contou, majoritariamente, com o público pardo, que juntamente ao preto, representa 55,8% da população brasileira (Mattar, 2020). De acordo com os dados de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), homens e mulheres pardos e pretos têm maiores níveis de restrições sociais do que homens e mulheres brancos. Percebeu-se predominância de religiões cristãs, o que pode estar relacionado à mudança na lógica do catolicismo, que passou de uma religiosidade herdada para o cristianismo de convicção ou opção (Konings; Mori, 2012). Entre jovens e adultos (15 e 29 anos), a alternativa mais frequente é a ausência de religião (IBGE, 2010). Dois aspectos citados, independente de gênero, foram renda e moradia, apontados como causa de adoecimento psíquico e angústia. O PPO não contou com homem transgênero nem de outro gênero não citado acima. Tal realidade é multifatorial e invisibilizada, dado a quantia pífia de estudos na área. Questiona-se acerca do acesso das pessoas trans à educação, pois o plantão acontece dentro de um contexto universitário (Souza, 2022b).

DIMENSÃO CLÍNICA

Verificou-se a dimensão clínica a partir da análise de similitude, apresentada nas figuras 1, 2 e 3.

FIGURA 01 - ÁRVORE MÁXIMA DE SIMILITUDE DO CORPUS “MULHERES CIS” COM CONFIGURAÇÕES.



Fonte: Dados dos autores (2023)

Nas comunidades de palavras formadas, tem-se *falar* como central, relacionando-se com *filho*, *pessoa*, *pai*, *conseguir*, *sentir* e *dificuldade*. No canto superior esquerdo, o agrupamento amarelo tem a palavra central *cliente*, relacionando-se à *ansiedade*, *família*, *atendimento*, *relatar*, *sentimento*, *namorado*, *cuidar* e *culpa*. Nas cores lilás, rosa-es-

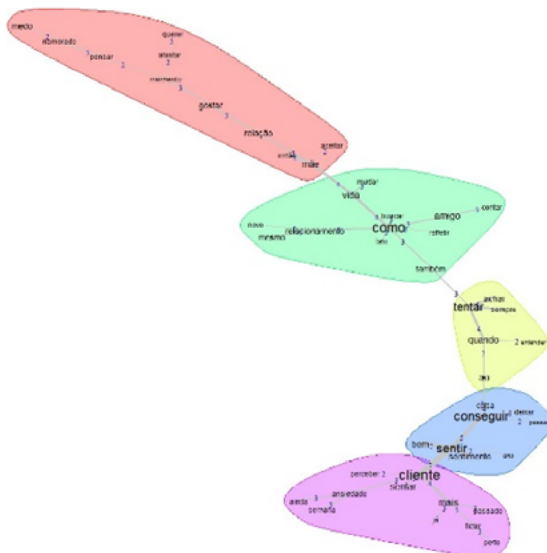
curo, roxo-escuro, verde-água, azul piscina e laranja, têm-se uma quantidade relativamente semelhante de menções *ao tempo, moradia, contar algo, dificuldades*, além de *mãe e irmão*. O eixo verde-claro traz *como, refletir, perceber, vida, próprio*, relacionadas ao *sentar, relacionamento, querer e viver*, presentes em azul.

Na figura 1 é possível perceber coesão entre os termos e as demandas, demonstrando que o sofrimento das mulheres cis acontece por razões familiares/relacionais:

Tem medo de algo acontecer com o marido, filhas, neta, medo da pandemia. Medo de pegar a doença e contagiar todos. Medo de alguém pegar e transmitir para a família. Hoje pela manhã teve os sintomas e se sentou. Fizemos a relação que a ansiedade pode ser por seu medo de pegar a covid_19 ou algum de seus familiares pegar (suj_21 gen_4).

As queixas relatam os conteúdos verbais e subverbiais em consonância a situações geradoras de sofrimento (Castelo-Branco, 2019). A ansiedade é central, especialmente nas questões referentes aos relacionamentos familiares/amorosos. A ansiedade é tida como produto de um estilo de vida, em que os indivíduos são constante e progressivamente expostos a pressões e avaliações sociais (Karino; Laros, 2014).

FIGURA 02 - ÁRVORE MÁXIMA DE SIMILITUDE DO CORPUS “MULHERES TRANS” COM CONFIGURAÇÕES.



Fonte: Dados dos autores (2023)

Formaram-se 5 eixos, sendo o verde o central, tendo o *como* ligado a *relacionamento*, *buscar*, *refletir*, *amigo*, *mudar* e *vida*. No canto superior esquerdo, o agrupamento vermelho evidencia entes familiares com *gostar*, *afastar*, *querer*, *pensar* e *relação*. O amarelo associa-se ao *tentar* e ao *achar*, e o azul, ao *conseguir* e *sentir*. Por fim, tem-se o roxo, com *cliente* relacionado a *perceber* e *sentir*.

Evidenciam-se relacionamentos, reflexões, mudanças, amizades, percepções, gostos, pensamentos e sentimentos:

Depois relatou que se sente muito insegura com relação às pessoas. Continuando disse que há dois meses rompeu um relacionamento por motivo de traição e em [relata o ano], a namorada foi assassinada na sua frente (subj_2 gen_1).

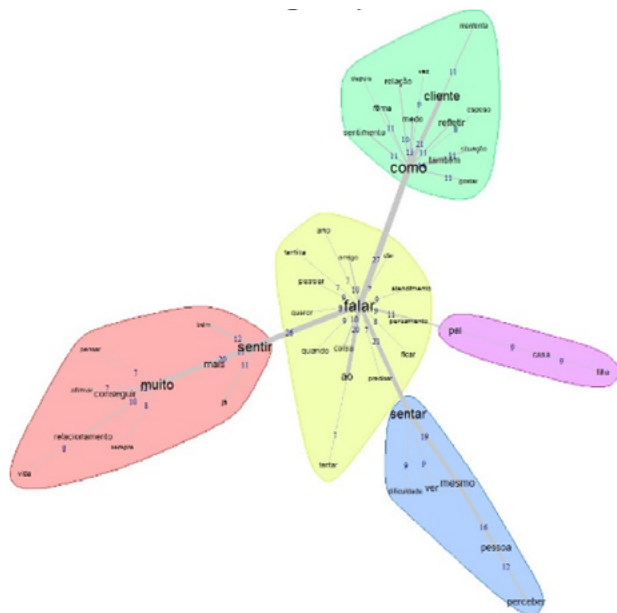
A narrativa corrobora os dados da #VoteLGBT e Box 1824 (2020), que é um coletivo com objetivo de proporcionar maior visibilidade e representatividade ao movimento LGBTQIA+ desde 2014, o qual demonstrou que o Brasil, há mais de 13 anos, é líder no *ranking* mundial de assassinatos de pessoas trans, que têm o acesso ao mercado de trabalho formal extremamente limitado, e direitos basais explicitamente vulneráveis.

A Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT, 2021) aponta a falta de moradias, de uma alimentação adequada, condições para pagar aluguel e despesas domésticas, bem como outras implicações para pessoas trans que são subalternizadas, expostas à vida em situação de rua e seus riscos, como, violências, evidente precariedade e abandono, inexistência de um saneamento básico, higiene e alimentação, diversas condições climáticas, contaminações e aos riscos à saúde.

De acordo com Benevides (2022), no gráfico de dados dos assassinatos de pessoas trans no Brasil entre 2008 e 2021, foi possível observar que 2020 foi o ano com o maior número de assassinatos de travestis e mulheres, com 175

vítimas trans do gênero feminino. Em 2017, a quantidade de vítimas foi de 169 do gênero feminino, travestis e mulheres trans, sendo 158 casos em 2018 e 121 assassinatos em 2019. Tais dados são preocupantes, especialmente tendo em vista a subnotificação governamental. Devido à falta de acolhimento à população LGBTQIA+, não há efetivação, através da denúncia formal, de todas as ocorrências existentes, pois, mesmo ao realizar a queixa, a vítima não recebe o tratamento e atendimento adequados.

FIGURA 03 - ÁRVORE MÁXIMA DE SIMILITUDE DO CORPUS "HOMENS CIS" COM CONFIGURAÇÕES



Fonte: Dados dos autores (2023)

A Figura 3 apresenta como central o *falar*, conectado ao *passar*, *pensamento*, *amigo*, *atendimento*, *ficar*. O eixo roxo aponta questões familiares: *pai*, *casa* e *filho*, e o azul *dificuldade* e *pessoa*, *perceber* e *ver*. Os agrupamentos rosa e verde evidenciam *sentir*, *muito*, *conseguir* e, no segundo, *como*, *cliente*, *sentimento*, *gostar*, *medo* e *relação*. A Figura 3 expressa os pensamentos, os relacionamentos, os sentimentos e as dificuldades dos homens cis:

Percebe que essa falta de autoconhecimento o incomoda muito e que na verdade ele não gostaria de ser como as pessoas esperam, mas gostaria de conseguir ser ele, de entender quem ele é (suj_8 gen_3).

O relato aponta a falta de autoconhecimento e as expectativas sociais acerca da postura masculina, como ações e atitudes esperadas. Cotidianamente, os homens encontram-se numa posição que exige a comprovação de suas masculinidades, que são constantemente questionadas, sendo um processo implacável e inatingível (Bento, 2015).

Por fim, pela ausência de homens trans e a presença de apenas uma pessoa não-binária, não foi possível analisar as suas demandas propriamente. Tal resultado reforça a cis heteronormatividade na nossa sociedade e limita o olhar para estes gêneros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, perceberam-se as queixas das mulheres cis mais relacionadas a questões familiares/relacionais, enquanto as queixas das mulheres trans focam em relações atravessadas pela identidade e pelo preconceito. Por sua vez, as queixas dos homens cis se apresentam mais voltadas para as cobranças sociais por aquilo que é entendido como masculinidade. Assim, nos parece correto afirmar que a cultura cis heteronormativa imposta na nossa sociedade tem se mostrado como facilitadora do processo de adoecimento independentemente da identidade de gênero, apesar de algumas identidades serem vítimas mais fatais.

Além disso, foi possível perceber que a maioria dos atendimentos foi de mulheres cis gênero, seguido por homens cis gênero, mulheres transgênero e apenas uma pessoa não binária. A falta de homens transgênero e a presença de apenas uma pessoa não-binária trouxe reflexões acerca do porquê o PPO não atingiu essa população, retomando ao questionamento sobre a promoção de saúde mental para grupos invisibilizados. Torna-se indispensável a realização de estudos com estas populações, a fim de compreender as causas de tal disparidade e promover um cenário mais inclusivo e acessível, especialmente no âmbito da saúde mental.

Como limitação do estudo, observamos uma não padronização na escrita dos prontuários, o que muitas vezes pode dificultar a compreensão das queixas e demandas. Outrossim, por só haver uma pessoa não-binária, impossibilitou-se uma análise mais ampla e adequada do gênero, cuja questão merece ser tematizada quando se trata de serviços de saúde. Observa-se a necessidade de políticas públicas para a defesa de direitos na pluralidade de gênero.

REFERÊNCIAS

ABGLT. **Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos**. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.abgl.org/> Acesso em: 05 jun. 2023.

BENEDETTI, Marcos Renato. Toda Feita: O corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro, **Garamond**, p.1-144, 2005.

BENEVIDES, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. **ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais)**, Brasília, p. 1-109, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/> Acesso em: 17 set. 2022.

BENTO, Berenice. Homem Não Tece a dor: Queixas e Perplexidades Masculinas. Natal, **EDUFRN, Editora da UFRN**, p. 1-220, 2015.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Conteúdo para capacitação**: conferências conjuntas de direitos humanos. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, 2016. Disponível em: flacso.org.br/files/2016/08/CNDH_cartilha_capacitacao.pdf. Acesso em: 06 jun. 2023.

BUTLER, Judith. Notes toward a performative theory of assembly. London, **Harvard University Press**, p. 1-256, 2018.

CABRAL, Clarice Cezar; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Uma transição compartilhada: sobre o acolhimento em saúde mental em um ambulatório do processo transexualizador do DUS. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 259–280, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pYQPXxKDSDzkLvDSm-GYnfNt/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2022.

CASTELO-BRANCO, Paulo Coelho. Do Acolhimento da Queixa à compreensão da demanda na Terapia Centrada no cliente. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 13-24, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222996>. Acesso em 11 set. 2022.

FLAMENT, Claude. L'analyse de similitude: Une technique pour les recherches sur les representations sociales. **Cahiers de Psychologie Cognitive**, p. 375–395, 1981. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1982-31615-001>. Acesso em: 21 set. 2022.

GAGLIATO, Márcio Flores. Saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias: uma análise crítica entre políticas e práticas atuais de assistência. **Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo**, São Paulo, p. 1-163, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-21032019_70435/publico/Marcio FloresGagliato_DR1478.pdf. Acesso em: 11 de set. 2022.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 108-116, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/149449/151279>. Acesso em: 11 set. 2023

GOMES, Alex Sandro; GOMES, Claudia Roberta Araújo. A. Classificação dos Tipos de Pesquisa em Informática na Educação. *In*: JAQUES, Patrícia Augustin; PIMENTEL, Mariano; SIQUEIRA; Sean; BITTENCOURT, Ig. (Org.)

Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação: Concepção de Pesquisa. Porto Alegre, v. 1, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://metodologia.ceie-br.org/livro-1/>. Acesso em: 15 set. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro, 29 jun. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre> . Acesso em: 14 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=23289&t=resultados>. Acesso em: 14 jul. 2023.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional EDA/FBN**, Brasília, p. 1-41, dez. 2012. Disponível em: <http://labds.eci.ufmg.br/bitstream/123456789/96/1/07.%20Orient%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20identidade%20de%20g%C3%AAnero%20conceitos%20e%20termos%20Autor%20Jaqueline%20Gomes%20de%20Jesus.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

KARINO, Camila Akemi; LAROS, Jacob A. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 1, p. 23–36, jan./abr. 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/22844061/Ansiedade_em_situa%C3%A7%C3%B5es_de_prova_evid%C3%AAncias_de_validade_de_duas_escalas. Acesso em: 30 jul. 2022.

KONINGS, Johan; MORI, Geraldo Luiz de. A Evolução da Igreja católica no Brasil à luz de Pesquisas Recentes. **HORIZONTE**, Belo Horizonte, v. 10, n. 28, p. 1208-1229, out./dez. 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4398844#:~:text=Ap%C3%B3s%20um%20breve%20coment%C3%A1rio%20de%20elementos%20apresentados%20por,para%20uma%20religi%C3%A3o%20de%20convi>

c%C3%A7%C3%A3o%20de%20car%C3%A1ter%20confessante.. Acesso em 26 jul. 2022.

LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz de; FLOR, Taiana Brito Menêzes; ARAÚJO, Pedro Henrique de; NORO, Luiz Roberto Augusto. Análise Bibliométrica de Teses e Dissertações Brasileiras sobre travestilidade, Transexualidade e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wrr7g3F9HKQnMN6Hz-bKb3L/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MATTAR, Cristine Monteiro. Psicologia em tempos sombrios e o despertar da bela adormecida: estudos em subjetividade e clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 72, p. 18-32, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v72nspe/03.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

MAGALHÃES, Luiza Gomes. Barreiras de acesso na atenção primária à saúde às travestis e transexuais na região central de São Paulo. **Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, São Paulo, p. 4-23, 2018. Disponível em: https://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Acolhimento_Transsexuais.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

GENDER-FLUID. In: MERRIAM-WEBSTER. Estados Unidos: Encyclopædia Britannica, 1993. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gender-fluid>.

OLIVEIRA, Ester Mascarenhas; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PORCINO, Carle; CAMPOS, Lorena Cardoso Mangabeira; REALE, Maria Júlia de Oliveira Uchôa; SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. "Corpo de homem com (tre)jeitos de mulher?": imagem da travesti por enfermeiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botocatu, v. 23, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3jsSWPbcDLmDc-7ZQn975DBN/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

REISNER, Sari L; POTEAT, Tônia; KEATLEY, Joana; CABRAL, Mauro; MOTHOPENG, Tampose; DUNHAM, Emília; HOLANDA, Claire E; MAX, Ryan; BARAL, Stefan D. Global health burden and needs of transgender po-

pulations: A Review. **The Lancet**, [S. l.], v. 388, n. 10042, p. 412–436, jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27323919/>. Acesso em: 14 out. 2022.

REIS, Toni; CAZAL, Simón. Manual de Comunicação LGBTI+. **Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/ GayLatino**, 2021. Disponível em: [manuhtps://aliancalgbti.org.br/wp-content/uploads/2022/01/manual-de-comunicacao-gaylatino-V-2021-WEB.pdfal-de-comunicacao-gaylatino-V-2021-WEB.pdf\(aliancalgbti.org.br\)](https://aliancalgbti.org.br/wp-content/uploads/2022/01/manual-de-comunicacao-gaylatino-V-2021-WEB.pdfal-de-comunicacao-gaylatino-V-2021-WEB.pdf(aliancalgbti.org.br)). Acesso em: 05 out. 2022.

SEIFERT, Alexandre; COTTEN, Sheila R.; XIE, Bo. A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of covid-19. **The Journals of Gerontology: Series B**, [S. l.], v. 76, n. 3, p. 1-5, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32672332/>. Acesso em: 11 set. 2022.

SILVA, Glauber Weder dos Santos; SOUZA, Emanuel Filipe Leite; SENA, Romeika Carla Ferreira de; MOURA, Izabella Bezerra de Lima; SOBREIRA, Maura Vanessa Silva; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Situações de violência Contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 1-7, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JdXmwrJfYcMvBBc5kb4qhjm/>. Acesso em: 08 set. 2022.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; MALVASI, Paulo; SIGNORELLI, Marcos Claudio; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, abr. 2015. Disponível em: scielo.br/j/csp/a/vZHsPktsBHYtcLMKQMg44tQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 09 set. 2022.

SOUZA, Sandra. Plantão Psicológico e Saúde Mental: Acolhimento *on-line* em tempos de crise. In: SOUZA; Sandra; TEIXEIRA, Eder. **O NAEPSI e os desafios do plantão psicológico**. Porto Alegre, Editora Fi, 2022b. p. 18-33. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/10_upcPulln2G-sORM5bLhVylSk__vwx_B/view. Acesso em: 06 out. 2022.

SOUZA, Sandra. Plantão Psicológico e Saúde Mental: Acolhimento *on-line* em tempos de crise. In: TEIXEIRA, Tatiana da Silva; SOUSA, Vinicius

André Gouveia de; RODRIGUES, Mayane Maia; SANTOS, Raquel Gomes dos. **Saúde mental e crise humanitária**. Porto Alegre, Editora Fi, 2022. p. 34–58. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/10_upcPull-n2GsORM5bLhVyISk__wvx_B/view. Acesso em: 06 out. 2022.

VIEIRA, Julia; ANIDO, Isabela; CALIFE, Karina. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p.47–62, jan-mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WX KBC-J5WYzPzbKJ/>. Acesso em: 09 set. 2022.

#VOTELGBT; Box 1824. **Diagnóstico LGBT+ na pandemia**. São Paulo, p. 1-34, jun. 2020. Disponível em: [ID_75-Diagnostico-LGBT-na-pandemia.pdf](#). Acesso em: 14 set. 2022.



RASTREIO DE SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM POPULAÇÃO ADULTA COM AUTOPERCEPÇÃO DE ANSIEDADE

- » Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino
- » Shirley de Sousa Silva Simeão
- » Thaísy Campos da Nóbrega Rangel

INTRODUÇÃO

O sofrimento psicológico, também chamado transtorno psiquiátrico menor ou Transtorno Mental Comum (TMC), é uma dificuldade emocional que se caracteriza por um mal-estar inespecífico, com repercussões fisiológicas e psicológicas de sintomas não psicóticos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, e queixas somáticas como dor de cabeça, dor abdominal, tosse ou fraqueza (Skapinakis *et al.*, 2013). Esses sintomas são manifestações ou respostas a um tipo de sofrimento psíquico e não estão necessariamente associados à existência de uma patologia orgânica diagnosticável (Bezerra; Assis; Constantino, 2016).

Este construto pode ser investigado por instrumentos de *screening* e, apesar de seus sintomas não atingirem as exigências para serem considerados como transtornos psiquiátricos classificados pelos manuais diagnósticos (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5TR; Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID11), afetam negativamente a vida das pessoas, podendo acarretar em limitações severas no cotidiano e tornar-se doença psiquiátrica, a depender da sua intensidade e cronicidade (Rocha; Varão; Nunes, 2020). São problemas que não necessariamente originam a procura imediata por intervenção médica, mas que podem interferir nas relações e observações cotidianas do indivíduo (Lyra *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 450 milhões de pessoas são acometidas por algum tipo de sofrimento mental, que afeta todas as faixas etárias, sexo e classes socioeconômicas, impactando os indivíduos e suas famílias, modificando suas rotinas cotidianas e restringindo suas atividades profissionais e sociais (World Health Organization, 2007). No Brasil, aproximadamente 30% dos adultos apresentam sofrimento psicológico (Schmidt *et al.*, 2011).

Diante de sintomas significativos de ansiedade, depressão e estresse, a decisão de procurar ajuda pode ser

influenciada pelos níveis de sofrimento causados pelos sintomas (Baptista; Zanon, 2016). Golberstein, Eisenberg e Gollust (2008), relatam que o nível de frequência e de intensidade dos sintomas psicopatológicos pode ser uma variável diretamente relacionada à busca de ajuda.

Por outro lado, Thompson, Hunt e Issakidis (2004), observaram que os sintomas de ansiedade estão associados à busca de ajuda nos pacientes com ansiedade aguda. Tomando isto como base, Wilson e Deane (2009) afirmaram que pode haver um nível crítico que os sintomas de ansiedade precisam atingir antes de um jovem responder a eles buscando ajuda e que mais pesquisas deveriam ser feitas para examinar essa possibilidade.

Ademais, outras variáveis podem influenciar na percepção de sintomatologia e busca por ajuda. Pesquisas apontam que há uma associação significativa entre menores escores de ansiedade e depressão e maiores escores de resiliência (Tempksi *et al.*, 2015), definida como a capacidade de uma pessoa resistir à adversidade sem desenvolver incapacidades físicas, psicológicas ou sociais. A resiliência tem a função de interagir com os eventos da vida e acionar processos que possibilitem incrementar a adaptação e a saúde emocional (Masten, 2001) auxiliando, assim, a salientar os processos de enfrentamento e de superação de crises.

O presente estudo tem como objetivo geral investigar a relação entre o sofrimento psicológico e os sintomas ansiosos e depressivos em adultos com autopercepção de ansiedade, e por objetivos específicos investigar a influência de tais construtos na busca por atendimento psicoterapêutico e, verificar a relação que o fator de proteção resiliência tem neste processo de ajuda.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO

O presente estudo categorizou-se como de natureza descritiva, correlacional e transversal de investigação *ex post facto*.

PROCEDIMENTOS

Inicialmente realizou-se uma divulgação, via internet, de um processo de triagem para a participação de um projeto de extensão denominado Grupo de Ações para Regulação da Ansiedade (GARA), de uma universidade pública no Estado da Paraíba - Brasil, direcionado à intervenção psicoterapêutica de curta duração baseada na terapia cognitivo-comportamental para pessoas com autopercepção de ansiedade.

Ocorreram duas triagens para coleta de dados e seleção dos participantes, em 2017 e 2018 respectivamente. Em ambos os anos, tais seleções foram feitas por 10 psicólogos treinados por uma terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). A triagem foi dividida em duas fases durante dois dias. Inicialmente todos os participantes responderam aos instrumentos de avaliação de forma coletiva, e em seguida realizou-se anamnese individual com duração de 1 hora com todos os sujeitos em uma Clínica Escola de Psicologia.

Na primeira triagem, no ano de 2017, foram realizadas 44 anamneses. Na segunda, em 2018, foram feitas 93, totalizando uma amostra de 137 participantes. Os valores dos instrumentos de ansiedade, depressão e saúde geral foram analisados para a amostra total de 137 pessoas, e as análises da Escala de Resiliência foram executadas com os 93 voluntários da segunda triagem.

AMOSTRA

O tipo de amostragem foi por conveniência, composta por 137 participantes com idades entre 18 e 52 anos, de ambos os sexos. Não existiam critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos por se tratar de um procedimento de triagem. A única exigência foi a autopercepção de ansiedade.

INSTRUMENTOS

Para caracterização da amostra foi aplicado um questionário sociodemográfico, para coleta de dados relativos a sexo, idade, ocupação e estado civil.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), instrumento utilizado para avaliar a presença e a intensidade dos sintomas de ansiedade, validado no contexto brasileiro por Cunha (2001). Trata-se de uma escala autoaplicável composta por 21 itens que devem ser avaliados pelo indivíduo com referência a si mesmo numa escala tipo Likert de quatro pontos, variando de 0 – “absolutamente não” à 3 – “gravemente”. Possui consistência interna de 0,88 (Langaro; Benetti, 2014).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck *et al.* (1961), com validação para o Brasil por Gorenstein e Andrade (1998). É uma escala de autoavaliação de rastreio da sintomatologia depressiva, composto por 21 itens com quatro opções de resposta em escala Likert (0, 1, 2, 3). O escore total é de 63 pontos. A consistência interna deste instrumento é de 0,81 (Gorenstein; Andrade, 1998).

O Questionário de Saúde Geral (QSG) é uma medida autoaplicável, proposta por Goldberg e Williams (1988), para medir o bem-estar psicológico, originalmente composto por 60 itens. Utilizou-se neste estudo uma das versões abreviadas do questionário, com 12 itens distribuídos entre os

redigidos como positivos e negativos. A consistência interna global da escala tem se mostrado adequada, com alfa de Cronbach de 0,86 (Gouveia *et al.*, 2012).

A Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) é um instrumento usado para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Apresenta alfa de Cronbach de 0,80 (Wagnild, 2009).

A anamnese padronizada consistiu numa entrevista semiestruturada com perguntas relativas a queixas de ansiedade, sintomas apresentados, frequência da sintomatologia, histórico da busca de ajuda profissional, visão do sujeito sobre o problema e áreas da vida afetadas pela ansiedade. Quanto a estas três últimas questões, buscou-se saber, respectivamente, se em algum momento da vida a pessoa já tinha passado por um processo psicoterápico anterior àquele ao qual estava buscando atendimento; se a pessoa tinha uma autopercepção de sempre ter sido ansiosa; e, se a ansiedade atrapalhava diretamente algumas áreas da vida do sujeito, mais especificamente, as relações interpessoais, a vida acadêmica ou profissional, a relação familiar e o lazer. As respostas para as três perguntas eram dadas de forma dicotômica (sim ou não).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento da triagem. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o número de protocolo CAAE 68322117.1.0000.5188.

ANÁLISES DE DADOS

Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (versão 22.0). Foram realizadas análises descritivas (e.g., média, desvio padrão, mediana e frequência). Após verificação da normalidade pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*, foi utilizada a correlação de *Pearson* para verificar associações entre os parâmetros avaliados e a análise de regressão linear múltipla para verificação do quanto as variáveis de sintomas depressivos e ansiosos são preditores do sofrimento psicológico. O método utilizado foi o *stepwise* e a escolha das variáveis para compor os modelos testados pela regressão múltipla foi feita a partir do poder de discriminação estabelecido a priori pela literatura. O nível de significância estabelecido foi de $p0,05$.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 88 mulheres (64,2%) e 49 homens (35,8%). A idade dos participantes variou entre 18 e 52 anos ($M = 23,83$ anos, $DP = 4,563$), com 126 pessoas (92%) solteiras, sendo 80 mulheres e 46 homens. Os outros 8% são divididos em 5,1% pessoas casadas, 2,2% pessoas divorciadas e uma pessoa não informou o seu estado civil (0,7%). A maior parte da amostra, 117 pessoas, é constituída exclusivamente por estudantes (85,4%), divididos entre 73 mulheres e 44 homens, já os demais participantes exercem alguma profissão.

A pontuação de ansiedade pelo BAI teve uma média de 27,56 ($DP = 12,5$), o BDI teve média de pontuação em 26,33 ($DP = 10,8$) e o QSG-12 apresentou um média de 8,23 ($DP = 3,1$). Para os 93 sujeitos do segundo processo de triagem, o valor da média da Escala de Resiliência foi de 101,6 ($DP = 19,6$).

Nas análises de frequência, levando-se em consideração toda a amostra, 41,6% dos sujeitos apresentaram um nível grave de ansiedade no BAI. 27,7% apresentou um nível moderado, 22,6% um nível leve e 8% um nível mínimo. No BDI, 40,9% manifestou uma sintomatologia de depressão grave, 30,7% de depressão moderada, 14,6% de depressão leve e 13,9% não demonstrou nenhum nível de depressão. Com relação ao QSG-12, 94,9% da amostra

apresentou presença de sofrimento psíquico e apenas 5,1% apresentou ausência. A análise de frequência da escala de resiliência foi feita apenas com os 93 participantes da segunda triagem, e 90,3% deles apresentaram baixa resiliência, 8,6% uma resiliência considerada média e apenas 1,1% uma alta resiliência.

Realizou-se análise de frequência com relação ao surgimento dos sintomas ansiosos. 35% das pessoas disseram que os sentem todos os dias, 34,3% afirmou senti-los ao menos uma vez na semana, 15,4% os experienciam numa menor frequência (a cada quinze dias, uma vez por mês, uma vez a cada três meses ou raramente) e 15,3% não respondeu a esta questão. Os sintomas apresentados pelos participantes encontram-se descritos na Tabela 01 abaixo.

TABELA 01: SINTOMAS ANSIOSOS APRESENTADOS PELA AMOSTRA

Sintomas ansiosos	Percentual
Taquicardia	14,9%
Tremores	10,1%
Alteração no sono	8,5%
Dificuldade de respirar	8,5%
Dores no estômago	8,5%
Suor	7,7%

SEGUNDA PARTE

Falta de concentração	6,3%
Sintomas com menos de 5% de presença (e.g., inquietação ou fadiga ou	35,5%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Foram feitas também análises de frequências com as perguntas da entrevista relacionadas ao histórico da busca de ajuda profissional, visão do sujeito sobre o problema e áreas da vida afetadas pela ansiedade. O resultado das análises demonstrou que 54% das pessoas já tinham passado por psicoterapia anteriormente, 40,9% nunca tinha procurado terapia e 5,1% não respondeu a esta pergunta.

Quanto à autopercepção, 47,4% dos participantes afirmaram que não foram sempre ansiosos, 43,1% afirmaram que sempre foram assim e 9,5% não respondeu a esta pergunta. Em relação às áreas da vida afetadas pela ansiedade, constatou-se que para 75,9% da amostra a vida acadêmica ou profissional sofre este impacto. Em 48,2% dos participantes as relações interpessoais sofrem influência da ansiedade. As relações familiares são afetadas para 41,6% da amostra e o lazer para 29,9%.

A correlação de Pearson entre sintomas ansiosos, depressivos e o sofrimento psíquico dos 137 participantes demonstrou correlações moderadas e significativas entre os sintomas ansiosos e os depressivos ($r=0,60$; $p0,05$), entre os sintomas ansiosos e o sofrimento psicológico ($r=0,50$; $p0,05$),

bem como entre os sintomas depressivos e o sofrimento psicológico ($r=0,64$; $p<0,05$).

Em seguida, realizou-se uma nova correlação, com os dados dos 93 participantes que preencheram além dos instrumentos BAI, BDI e QSG-12, a escala de resiliência. Obteve-se uma correlação significativa, negativa e fraca entre o escore total de resiliência e os escores do BAI ($r= -0,23$; $p<0,05$), moderada entre resiliência e BDI ($r= -0,45$; $p<0,05$) e resiliência e QSG-12 ($r= -0,44$; $p<0,05$). O fator 1 (resolução de ações e valores) da escala de resiliência apresentou correlações significativas e moderadas com o BDI ($r= -0,47$; $p<0,05$) e o QSG-12 ($r= -0,48$; $p<0,05$), e significativa, mas fraca, para o BAI ($r= -0,26$; $p<0,05$). O segundo fator (independência e determinação) mostrou correlações significativas e fracas, para o BAI ($r= -0,25$; $p<0,05$), o BDI ($r= -0,39$; $p<0,05$) e o QSG-12 ($r=-0,29$; $p<0,05$). O terceiro fator (autoconfiança e capacidade de adaptação a situações) apresentou correlação moderada e significativa com o BDI ($r= -0,41$; $p<0,05$), baixa e significativa para o QSG-12 ($r= -0,29$; $p<0,05$) e não significativa para o BAI ($r= -0,17$; $p>0,05$). Esses resultados foram úteis para a análise de regressão linear múltipla, auxiliando na composição dos modelos preditivos.

Os resultados da regressão múltipla demonstraram modelos preditivos para o sofrimento psicológico. Para a análise foram incluídos os escore do BDI, BAI e de resiliên-

cia, mas apenas duas variáveis emergiram como melhores preditores: sintomas depressivos ($\beta= 0,53$, $t= 6,58$, $p< 0,05$) e sintomas ansiosos ($\beta= 0,18$, $t=2,20$, $p<0,05$) que explicaram conjuntamente 43% (R^2 ajustado) da variância do sofrimento psicológico, tendo em vista que os sintomas ansiosos e depressivos se associaram positivamente com o grau de sofrimento psicológico.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que numa população com autopercepção de ansiedade, na qual a maioria apresenta sofrimento psíquico (94,9%), há uma prevalência do sexo feminino (64,2%) e da ausência de um companheiro(a) (92%). Em concordância com este dado, Graner e Ramos-Cerqueira (2017) observaram por meio de uma revisão integrativa sobre o sofrimento psíquico em estudantes universitários, destaca-se ser do sexo feminino, ter maior idade, baixa renda, não ter religião, residir em área sem saneamento básico, ter filho em idade escolar, e não ter companheiro (a).

Observou-se também que a amostra desta pesquisa é composta majoritariamente por estudantes (85,4%), os quais apresentam sofrimento psicológico e sintomas ansiosos e depressivos. Em conformidade, os estudos reali-

zados por Silva e Cavalcante-Neto (2014) demonstram que cerca de 44,5% dos estudantes universitários brasileiros apresentam TMC.

Os participantes do presente estudo buscaram o procedimento de triagem para um programa de intervenção em ansiedade, com uma autopercepção da mesma, entretanto, os resultados mostraram que eles apresentaram alta comorbidade com uma sintomatologia depressiva. É fato que muitas pessoas sofrem de ansiedade, e que os sintomas de depressão geralmente acompanham estes sintomas ansiosos (Brailovskaia *et al.*, 2017), entretanto, a distinção entre esses dois conjuntos de sintomas nem sempre é clara (Kravitz *et al.*, 2014). Supõe-se, então, que o que pode ter influenciado a autopercepção da amostra como ansiosa e não ansiosa e depressiva, foi esta dificuldade na distinção da sintomatologia e, em razão de alguns sintomas estarem presentes em ambos os quadros.

Deste modo, Kravitz *et al.* (2014) afirmam que a alta comorbidade do transtorno depressivo maior (TDM) e do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é fortemente influenciada por quatro sintomas sobrepostos em seus respectivos critérios diagnósticos: dificuldades para dormir, dificuldades de concentração, fadiga, agitação psicomotora / inquietação. Estes quatro sintomas foram apresentados pela amostra desta pesquisa.

As correlações de Pearson constataram uma relação positiva e significativa entre os sintomas de ansiedade e depressão. A depressão e a ansiedade são dois dos mais frequentes problemas de saúde mental vivenciados pelos jovens (Wilson; Deane, 2009) e é comum que as pessoas tenham sintomas concomitantes quando estão em níveis agudamente clínicos e subclínicos (Thompson; Hunt, Issakidis, 2004). Este dado merece atenção, pois uma pessoa que está tanto ansiosa quanto deprimida, mesmo que a sintomatologia esteja abaixo do limiar, está mais gravemente doente do que uma pessoa que tem o mesmo número de sintomas depressivos, mas não apresenta sintomas ansiosos (Goldberg; Fawcett, 2012).

Diante do sofrimento psicológico apresentado e da restrição da qualidade de vida gerado por ele, compreende-se a busca de ajuda profissional por parte dos participantes. Pelo modelo descrito por Eisenberg *et al.* (2009), muitos indivíduos adotam a seguinte ordem de eventos para buscar auxílio profissional: primeiro, vivenciam problemas de saúde, muitas vezes associados ao sofrimento psíquico; segundo, percebem a necessidade de buscar ajuda profissional; depois avaliam os custos e benefícios da obtenção do tratamento (considerando o contexto social /cultural); e, por fim, se mobilizam para escolher algum tipo de ajuda.

No entanto, a sequência descrita acima nem sempre ocorre. Como exposto nos resultados do presente estudo, 43% da amostra total sempre se viu como ansiosa, e ainda assim, 45,7% destes nunca tinham procurado nenhum tipo de ajuda. Pode-se pensar que quanto maior o nível de sofrimento, mais forte é a inclinação para procurar um terapeuta. Portanto, pessoas em pouco sofrimento podem simplesmente não procurar ajuda porque acreditam que podem resolver seus problemas sozinhos ou porque não acreditam que a psicoterapia pode produzir o resultado esperado (Baptista; Zanon, 2017).

Desta maneira, o número e a intensidade dos sintomas podem caracterizar um aspecto importante para buscar tratamento. É possível que isto justifique o fato de que participantes que procuraram a triagem para a intervenção estivessem apresentando níveis tão altos de sintomatologia.

Os resultados encontrados na análise de regressão múltipla demonstraram que sintomas de ansiedade e depressão são previsores de sofrimento psicológico. Assim, presumivelmente, quando os sintomas foram experienciados num nível mais baixo, os indivíduos foram capazes de lidar com eles sem que isto gerasse um sofrimento psicológico, mas quando os sintomas se tornaram severos, e, conseqüentemente, desencadearam um sofrimento psíquico, sentiu-se a necessidade de ajuda profissional.

Corroborando esta hipótese, Thompson, Hunt e Is-sakidis *et al.* (2004) constataram em um estudo com 233 clientes em uma clínica australiana especializada em ansiedade que o aumento da gravidade da doença era o principal estímulo para a busca de ajuda dos clientes.

A busca por profissionais de saúde mental pode representar um ganho importante para as pessoas em sofrimento mental. No entanto, estudos epidemiológicos indicam que apenas cerca de um quarto dos jovens com problemas de saúde mental procuram cuidados profissionais (Zachrisson; Ro'dje; Mykletun, 2006).

Percebe-se então a necessidade de oferta para cuidados em saúde mental, visto que pacientes em tratamento podem apresentar alívio dos sintomas e desenvolver estratégias eficientes para lidar com problemas e desenvolver seu potencial (Layous; Chancellor; Lyubomirsky, 2014). Essas estratégias podem ser úteis inclusive para o desenvolvimento de uma maior resiliência.

Os resultados encontrados apontam para uma correlação significativa e negativa da resiliência com a ansiedade, depressão e o sofrimento psicológico. Em concordância com estes achados de Tempiski *et al.* (2015) e Brailovskaia *et al.* (2017).

Em contrapartida, 90,3% da amostra apresentou níveis baixos de resiliência. Considerando-se que a resiliên-

cia de uma pessoa pode ser um fator de proteção contra o desenvolvimento de sintomas ansiosos e/ou depressivos (Tempiski *et al.*, 2015), pode-se pensar que esta baixa resiliência seja um dos fatores que justifique a alta prevalência de sintomas graves nos participantes. Presume-se ainda que apesar de não ter sido observada na análise de regressão como fator preditivo de sofrimento psicológico, o baixo nível de resiliência apresentado pode estar relacionado também à busca por ajuda psicológica.

Deste modo, a busca por profissionais que possam ajudar no aumento de resiliência e na diminuição de sintomatologias psíquicas parece ser uma decisão inquestionável para as pessoas que estão sofrendo. O acesso à ajuda apropriada pode com sucesso reduzir a longo prazo o impacto de muitos problemas de saúde mental e proteger contra o desenvolvimento de sofrimento psicológico (Rickwood; Deane; Wilson, 2007).

O presente estudo fornece evidências de que níveis elevados de sintomatologias ansiosas e depressivas predizem um alto nível de sofrimento psicológico em jovens adultos. Desta maneira, faz-se necessário investigar e detectar os primeiros sintomas apresentados, no intuito de evitar que o sofrimento psíquico ocorra. Além disto, pressupõe-se a necessidade de oferecer acompanhamento profissional como forma de potencializar a saúde mental, buscando

um estado de bem-estar em que o indivíduo perceba suas próprias habilidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar produtiva e proveitosamente e seja capaz de contribuir para sua comunidade.

Como lacuna deste estudo, destaca-se o uso de ferramentas de rastreamento em vez de instrumentos diagnósticos. Conforme aponta Derogatis e Lynn (2009) são várias as vantagens de um instrumento de *screening*, uma delas se dá principalmente por este poder auxiliar na detecção da possibilidade de o sujeito desenvolver ou de agravar os sintomas dos transtornos mais graves. Entretanto, deve-se atentar também para as desvantagens relacionadas ao uso de quaisquer instrumentos de rastreamento, ou seja, a probabilidade aumentada do mesmo em mensurar falsos positivos (Carneiro; Baptista, 2012).

Outra limitação encontra-se no fato do desenho transversal não permitir inferências de causalidade. No entanto, esse modelo ainda é adequado para estudar associações e fornecer dados amplos para discussão. Faz-se necessário que mais pesquisas sejam feitas para verificar a predição dos sintomas ansiosos e depressivos no sofrimento psicológico e a influência deste sofrimento na busca por ajuda profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ofereceu a possibilidade de discussão da relação do sofrimento psíquico e dos sintomas ansiosos e depressivos na busca por ajuda psicoterapêutica. Pôde-se observar que sintomas de depressão e de ansiedade predizem um sofrimento psicológico em jovens adultos. Percebeu-se também que a busca por ajuda qualificada tende a ocorrer apenas quando a sintomatologia está em um nível elevado, gerando considerável prejuízo na vida do sujeito. Além disto, os resultados favorecem o fortalecimento de estratégias multiprofissionais com foco no aumento da resiliência e de trabalhos preventivos.

Estudos futuros, voltados para uma investigação mais aprofundada das outras possíveis variáveis que podem causar influência e/ou aumentar o sofrimento psicológico, poderão contribuir na tentativa de compreender melhor como este sofrimento é construído. Para tal, faz-se necessário investigar não apenas dados sintomatológicos, mas também dados demográficos mais abrangentes e qualitativos. Destaca-se, ainda, a necessidade de pesquisas que utilizem instrumentos diagnósticos e não apenas de rastreio.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N.; ZANON C. Why not seek therapy? The role of stigma and psychological symptoms in college students. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 67, p. 76-83, 2016. doi: 10.1590/1982-43272767201709.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, p.561-571, 1961.

BEZERRA, C. M.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**; v.21, n.7, p.2135-2146, 2016.

BRAILOVSKAIA, J.; SCHÖNFELD, P.; ZHANG, X.C.; BIEDA, A.; KOCHETKOV, Y.; MARGRAF, J. A Cross-cultural study in Germany, Russia, and China: are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? **Psychological Reports**, v.121, n.2, p. 265-281, 2017.

CARNEIRO, Adriana M. e BAPTISTA, Makilim Nunes. Desenvolvimento e propriedades psicométricas da Escala de Pensamentos Depressivos - EPD. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.8, n. 2, pp. 74-84, 2012. ISSN 1808-5687.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

DEROGATIS, L.S.; LYNN, L.L. Psychological tests in screening for Psychiatric Disorder. *In*: Mariush, ME, org. **The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment**. 2ª ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2009.

EISENBERG, D.; DOWNS, M.F.; GOLBERSTEIN, E.; ZIVIN, K. Stigma and help seeking for mental health among college students. **Medical Care Research and Review**, [S. l.] v.66, n.5, p. 522-541, 2009.

GOLBERSTEIN, E.; EISENBERG, D.; GOLLUST, S.E. Perceived stigma and mental health care seeking. **Psychiatric Services**, [S. l.], v.59, n.4, p.392-399, 2008.

GOLDBERG, D.P.; WILLIAMS, P.A. **A user's guide to the General Health Questionnaire**. Windsor, Berkshire: NFER-Nelson; 1988.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v.25, n.5, p.245-250, 1998.

GOUVEIA, V.V.; LIMA, T.J.; GOUVEIA, R.S.; FREIRES, L.A.; BARBOSA, L.H. General health questionnaire (GHQ-12): the effect of negative items in its factorial structure. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v.28, n. 2, p. 375–384, 2012.

GRANER, K.M.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T. Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2017.

KRAVITZ, H.M.; SCHOTT, L.L.; JOFFE, H.; CYRANOWSKI, J.M.; BROMBERGER, J.T. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 44, n. 12, p.2593–2602, 2014.

LANGARO, Flávia Nedeff; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Subjetividade contemporânea: narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens. **Psicologia clínica**, 2014, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 197-215. ISSN 0103-5665.

LAYOUS, K.; CHANCELLOR, J.; LYUBOMIRSKY, S. Positive activities as protective factors against mental health conditions. **Journal of Abnormal Psychology**, [S. l.], v. 123, n.1, p. 3–12, 2014.

LYRA, G. F. D.; ASSIS, S. G. de; NJAINE, K.; OLIVEIRA, R. de V. C. de.; PIRES, T. de O. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 435–444, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200012>

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**, [S. l.], v. 56, n.3, p. 227-238, 2001.

RICKWOOD, D. J.; DEANE, F. P.; WILSON, C. J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? **The Medical journal of Australia**, [S. l.], v. 187, n. S7, S35–S39, 2007. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

ROCHA, I. L.; VARÃO, F. da S.; NUNES, J. R. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados / Common mental disorders among medicine course students: prevalence and associated factors. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 12, p. 102989–103000, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-698>.

SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; KOUPIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, L.; THEODORAKIS, P.N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v.13, n.1, p.163, 2013.

SCHIMIDT, M.I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, [S. l.], v. 9, p. 61-74, 2011.

TEMPSKI, P. *et al.* Relationship among medical students resilience, educational environment and quality of life. **PLoS One**, [S. l.], v.10, n.6, 2015.

THOMPSON, A.; HUNT, C.; ISSAKIDIS, C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S. l.], v.39, n.10, p. 810–817, 2004.

SILVA, P.O.; CAVALCANTE-NETO, J.P. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. **Motricidade**, [S. l.], v.10, n.1, p. 49-59, 2014.


WAGNILD, G.; YOUNG, H. Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, [S. l.], v.1, n.2, p. 165-178, 1993.

WAGNILD, G. **The Resilience Scale User's Guide for the US English Version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)**. USA: The Resilience Center; 2009.

WILSON, C.J.; DEANE, F.P. Help-Negation and Suicidal Ideation: The Role of Depression, Anxiety and Hopelessness. **Journal of Youth and Adolescence**, [S. l.], v.39, n.3, p. 291–305, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Mental health: strengthening mental health promotion**. Fact Sheet 220. WHO; 2007.

ZACHRISSON, H.D.; ROÖDJE, K.; MYKLETUN, A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. **BMC Public Health**, [S. l.], v.6, n.1, p. 34–40, 2006.



PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR

» Bernardino Fernández-Calvo

» Maianna Costa-Fernandes

INTRODUÇÃO

O suicídio é um comportamento já presente na sociedade desde os tempos mais remotos, mas atualmente se configura como um grave problema de saúde pública. As pesquisas científicas têm mostrado que esse comportamento, geralmente, está associado a presença de psicopatologias. O que abre caminho para a execução de tratamentos adequados.

A estimativa é de que, para cada suicídio consumado, haja 5 hospitalizações e 22 visitas aos serviços de emergência por tentativa de suicídio (Baca, 2011). Por outro lado, a ocorrência de suicídios entre pacientes hospitalizados já é mais elevada do que na população em geral. Dentre os grupos mais vulneráveis encontram-se os pacientes que

apresentam doenças crônicas graves, aqueles que são profundamente afetados ao receber um diagnóstico, os pacientes em estados de delirium com agitação psicomotora e impulsividade, bem como aqueles que lidam com questões relacionadas à própria doença, tais como dor intensa e efeitos colaterais dos medicamentos.

Normalmente, os pacientes com comportamento suicida chegam ao hospital em dois cenários: primeiro, quando atentam contra a própria vida e buscam o serviço de saúde para que lhe seja ofertado tratamento. Em segundo lugar, quando indivíduo já se encontra internado no hospital devido a outra condição médica, mas apresenta comportamentos suicidas durante o seu período de internação. Em ambos os casos, o indivíduo se depara com vários profissionais de saúde que estão encarregados de cuidar da sua saúde.

Esses profissionais têm a responsabilidade de identificar adequadamente os riscos e garantir o acesso aos cuidados necessários para esses pacientes. No entanto, devido à natureza controversa desse tema, deparam-se com várias barreiras. Isso inclui a tendência à estigmatização dos pacientes que apresentam tais comportamentos, as atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde em relação a esses pacientes (Patterson *et al.*, 2007; Taylor *et al.*, 2009), e

até mesmo a falta de formação adequada dos profissionais que trabalham com esse público (Capp *et al.*, 2001).

Diante desses desafios, seja devido à natureza do serviço de saúde ou à falta de preparo da equipe, muitas vezes o tratamento oferecido não é adequado para pacientes com comportamento suicida. Essa situação pode ter um impacto significativo na resposta dos pacientes ao cuidado que lhes é oferecido. Portanto, essas barreiras desempenham um papel crucial na detecção de comportamento suicida, pois é por meio desse contato com o paciente que se realiza a avaliação e a identificação dos riscos, o que é essencial para garantir que o paciente seja atendido de acordo com suas necessidades individuais. Isso, por sua vez, contribui para a prevenção de futuros comportamentos suicidas (Carmona-Navarro; Pichardo-Martinez, 2012).

Os profissionais de saúde, como parte da sociedade, detêm crenças e atitudes que podem influenciar na sua conduta profissional. Portanto, compreender as percepções e atitudes dos profissionais de saúde acerca do comportamento suicida é de extrema importância, pois esses fatores são preditores significativos da qualidade da atenção que será ofertada a esses pacientes.

De fato, a maioria dos estudos indica que as atitudes negativas, críticas e de desvalorização são proeminentes entre os profissionais de saúde quando se trata de pacientes

com comportamento suicida (Samuelsson; Asberg, 2002). Essas atitudes muitas vezes estão associadas a sentimentos de ansiedade, insegurança, raiva e medo. Esses padrões de atendimento inadequados podem agravar ainda mais a situação dos pacientes em risco de comportamento suicida. Portanto, a conscientização e o treinamento dos profissionais de saúde são essenciais para melhorar a qualidade do cuidado oferecido a esses pacientes.

É fundamental destacar que a maioria dos estudos até o momento sobre a percepção dos profissionais frente ao comportamento suicida no contexto hospitalar tem se concentrado principalmente em profissionais da área de enfermagem, medicina e saúde em geral. Portanto, é de grande relevância ampliar a perspectiva sobre as percepções e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao suicídio, levando em consideração demais profissões que atuam no ambiente hospitalar, tais como psicologia hospitalar, fisioterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional e assistência social. Uma vez que, permite uma compreensão mais abrangente e contextualizada das abordagens desses diferentes grupos profissionais diante dessa questão crítica.

ESTIMATIVAS ACERCA DO SUICÍDIO

A prática do suicídio tem sido observada na história desde tempos antigos, no entanto, atualmente é reconhecido como uma séria questão de saúde pública em todo o mundo. Conforme estimativas da Organização Mundial da Saúde (2023), nos anos recentes, foram registrados mais de 700 mil casos de suicídio por ano. Colocando assim, o suicídio como sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo, segundo as últimas estimativas da OMS (2021), publicadas em «Suicide Worldwide in 2019». No entanto, esse índice não leva em consideração todos os danos causados na saúde mental das pessoas próximas ao indivíduo que cometeu suicídio (WHO, 2021).

Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, elaborado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, somente em 2022, o Brasil registrou mais de 16 mil casos de suicídio, um número superior ao que foi registrado em 2021, quando houve mais de 14 mil mortes por suicídio. Isso equivale a uma média de 44 suicídios diários ou 8 casos a cada 100 mil habitantes. Um destaque notável foi o estado de Rondônia onde foram registrados 20,7 casos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano.

Embora seja algo que não possa ser completamente previsto, existem alguns fatores que aumentam a probabilidade de indivíduos contemplarem o suicídio. As psico-

patologias, as tentativas anteriores de suicídio e a carência de apoio social e familiar se encontram dentre os fatores de risco mais amplamente estudados (Turecki *et. al.*, 2009).

Apesar das altas estatísticas de suicídio, é viável reduzir significativamente essa realidade por meio de ações coletivas e intervenções eficazes. Governos, organizações internacionais, ONGs e comunidades locais desempenham papéis importantes na estratégia de prevenção do suicídio, que deve começar reconhecendo a gravidade do problema e evitando tabus. A prevenção do suicídio é uma responsabilidade coletiva que requer liderança global e colaboração na criação de estratégias abrangentes e multissetoriais, dada a complexidade do problema.

Nesse contexto, o Hospital Geral desempenha um papel crucial no cenário de comportamento suicida, uma vez que é o local de internações das tentativas mais graves, ademais de ser um ambiente propício para o surgimento da ideação suicida. Isso ocorre porque os pacientes internados podem apresentar grande estresse psicológico devido a motivos como ansiedade de separação, medo de estranhos, receio de perder o controle, sentimento de culpa e retaliação, carência de afeto e aprovação, medo de danos ao corpo, apreensão em relação à dor e à morte.

SUICÍDIO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Estima-se que, para cada caso de suicídio consumado, ocorram pelo menos dez tentativas com gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, tornando esses comportamentos até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. É importante considerar que, para cada tentativa documentada, provavelmente existam outras quatro que não foram registradas. Muitas dessas tentativas podem não chegar ao atendimento hospitalar devido à sua baixa gravidade, uma vez que a busca pelo hospital ocorre somente quando o indivíduo não consegue tratar as lesões no ambiente doméstico (Vidal; Gontijo, 2013).

A partir do momento que o paciente entra no sistema de saúde, ele deveria ser acolhido pelos profissionais de saúde, inicialmente pela equipe de enfermagem e, posteriormente, pelos demais membros da equipe. Nesse primeiro contato, é realizada uma avaliação de riscos apresentados por esse paciente, e uma gestão adequada para prevenir futuros comportamentos suicidas (Carmona-Navarro; Pichardo-Martinez, 2012). Porém, seja devido às características do serviço ou por despreparo e dificuldades na abordagem do paciente suicida, a avaliação dos riscos do paciente muitas vezes não é conduzida de forma adequada. Isso ocorre porque esse grupo de pacientes não é considerado como indivíduos com necessidades únicas no sistema de saúde,

mas sim como parte de um grupo que é frequentemente estigmatizado, o que contraria as políticas de humanização implementadas no Brasil.

O acolhimento da pessoa que tentou suicídio assume um papel fundamental como uma estratégia de ação voltada para a criação de relações de escuta e oportunidades de cuidados em saúde.

Diversos estudos indicam que as atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde têm impacto na maneira como eles se comunicam e constroem raciocínio com pacientes que apresentam comportamento suicida (Patterson *et al.*, 2007). De fato, a percepção que os profissionais de saúde têm em relação aos pacientes pode influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado ou até mesmo implicar na redução do cuidado despendido (Sun *et al.*, 2005), posto que o profissional pode acreditar que o seu tempo está sendo desperdiçado. Todavia, a percepção que os pacientes têm acerca da atenção e dos cuidados oferecidos pela equipe de saúde pode influenciar na forma como eles reagem ao cuidado que lhe é proporcionado (Taylor *et al.*, 2009; Vidal; Gontijo, 2013).

PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Desde o início de sua formação, a prática dos profissionais de saúde é norteadada pela luta pela vida, o que pode levar ao sentimento de impotência e frustração diante de situações que envolvam a morte e o processo de morrer.

Estima-se que entre 20% e 51% dos que trabalham em saúde mental enfrentam a perda de um ou mais de seus pacientes por suicídio, o que os leva a lidar com efeitos psicológicos significativos (Leu, 2002). Sendo assim, o distanciamento do tema geralmente é tido como um mecanismo psicológico de defesa para a prática da sua função laboral. Ademias, o paciente com comportamento suicida pode suscitar sentimentos negativos, como preconceitos e repulsa em relação a esse tipo de comportamento, que ampliam os sentimentos de hostilidade e rejeição. Além da evocação de emoções complexas, incluindo tristeza, surpresa, ansiedade, temor e irritação, juntamente com sentimento de impotência, falta de esperança e um senso de responsabilidade (Finlayson; Graetz Simmonds, 2018; Toffol *et al.*, 2011).

Estudo conduzido com pacientes que apresentam comportamento suicida e foram atendidos por profissionais de saúde revelaram que a maioria dos participantes enfrentou atitudes negativas por parte desses profissionais.

As principais críticas estavam relacionadas à participação limitada dos pacientes na gestão de seu tratamento, ao comportamento inadequado da equipe, à falta de conhecimento por parte da equipe, à avaliação psicológica superficial e às incertezas quanto à continuação do tratamento após a alta (Vidal; Gontijo, 2013).

Ainda nesse contexto, estudos demonstraram que os médicos psiquiatras apresentam atitudes mais positivas que os enfermeiros do setor psiquiátrico, que enfermeiros de qualquer especialidade e até mesmo que os médicos generalistas (Samuelsson *et al.*, 1997). Outros estudos apontam ainda que os profissionais da saúde mental são os que apresentam maior compreensão de paciente com comportamento suicida (Kishi *et al.*, 2011; Patterson *et al.*, 2007). Por outro lado, é observado que os técnicos de saúde frequentemente exibem atitudes mais condenatórias em relação ao direito do indivíduo de decidir sobre sua própria vida, quando comparados aos enfermeiros e auxiliares (Botega, 2015).

No entanto, os médicos que tratam de pacientes com comportamento suicida enfrentam desafios, incluindo o medo de cometer erros, o estresse de lidar com incertezas e a preocupação com sua reputação. Eles também se esforçam para estabelecer uma boa relação com o paciente e realizar uma avaliação de risco precisa para tomar medi-

das apropriadas (Høifød; Talseth, 2006). Para os médicos noruegueses, referidos nessa pesquisa, foi observado um sentimento de grande peso e responsabilidade pela vida dos pacientes e o medo de tomar decisões erradas.

A partir dessa pesquisa, Yaseen *et al.*, (2013) realizaram um estudo cujo principal objetivo seria compreender as diferenças significativas na resposta emocional de médicos a pacientes que tentaram suicídio, comparado aos pacientes não tentaram suicídio. A pesquisa revelou que os médicos que cuidavam de pacientes suicidas experimentavam menos sentimentos positivos em relação a esse grupo em comparação aos pacientes do outro grupo. No entanto, demonstravam uma grande dose de esperança em relação ao tratamento desses pacientes. Além disso, muitos deles relataram sentir-se mais sobrecarregados e angustiados ao lidar com pacientes suicidas e, em alguns casos, adotavam uma postura mais evitativa em relação a eles.

No que diz respeito aos enfermeiros que atuam no campo da psiquiatria, estudos sinalam esses profissionais podem experimentar conflitos interpessoais para manter vivo alguém que não quer viver e esse conflito poderia ser descrito como uma dissonância cognitiva. Em um estudo realizado com pacientes suicidas psiquiátricos internados, a maior parte desses pacientes enfatizaram as experiências negativas por parte dos cuidados recebidos pela equipe

de enfermagem. Entre os principais aspectos do cuidado percebidos como deficientes, incluíam-se a negligência em relação às suas necessidades básicas, a sensação de que não estavam sendo notados, a percepção de que não havia tempo para eles, longos períodos de solidão, a escuta com preconceito, falta de abertura, negação de seus sentimentos e comunicação de desesperança (Talseth *et al.*, 1999).

Quando se analisou a avaliação desses profissionais em relação aos pacientes, foram identificados sentimentos de compaixão desprovida de identificação emocional, desconfiança em relação aos pacientes, sentimento de culpa relacionados ao suicídio ou tentativa de suicídio dos pacientes, rejeição dos pacientes, a sensação de ser rejeitado pelos pacientes e um foco excessivo em si mesmos, em detrimento do foco no paciente (Talseth *et al.*, 1997).

Em contrapartida, outros estudos revelam que enfermeiros que já tinham experiência profissional com pacientes propensos ao suicídio, demonstravam atitudes mais positivas com relação aos mesmos (Samuelsson *et al.*, 1997). Em serviços de urgência e emergência, enfermeiros mais velhos e experientes apresentavam atitudes mais favoráveis com relação a pacientes com autolesões deliberadas, quando comparado a seus colegas mais jovens e menos experientes (McCann *et al.*, 2006). Essas descobertas respaldam estudos anteriores que estabeleceram uma correlação entre atitudes

positivas, aumento da idade e maior experiência clínica em enfermeiros de saúde mental e de urgência e emergência em relação ao comportamento suicida no contexto britânico (Anderson, 1997).

No estudo realizado por Botega *et al.* (2005), foi observado que a crença no direito ao suicídio era mais fraca entre os profissionais mais velhos (com idade acima de 50 anos) em comparação aos mais jovens (entre 20 e 29 anos), independentemente de sua posição ocupacional. Além disso, as atitudes condenatórias eram mais pronunciadas entre aqueles que nunca haviam cuidado de pacientes suicidas e entre aqueles que tinham histórico familiar de suicídio. Os participantes que pertenciam à fé protestante demonstraram atitudes menos favoráveis em relação ao suicídio em comparação aos católicos. A frequência de participação nos cultos religiosos também teve impacto, pois aqueles que frequentavam a igreja mensalmente mostraram maior desaprovação em relação ao suicídio do que aqueles que compareciam esporadicamente. Em uma linha semelhante, o estudo conduzido por Sun *et al.* (2005) revelou que os enfermeiros que não tinham filiação religiosa apresentavam atitudes mais positivas em relação ao comportamento suicida em comparação àqueles que seguiam alguma religião.

Através de estudos foi constatado que os profissionais de saúde que receberam educação preventiva ao

suicídio, demonstraram atitudes significativamente mais positivas em relação a iniciativas de prevenção do suicídio (Brunero *et al*, 2008). Os enfermeiros que frequentaram cursos de treinamento sobre comportamento suicida também apresentaram atitudes mais positivas do que os não participantes. Um estudo realizado em Taiwan demonstrou que, quanto maior o nível de formação do enfermeiro, mais positivas são suas atitudes em relação aos pacientes que tentaram o suicídio (Sun *et al.*, 2005).

A formação e o suporte devem ser direcionados para novos funcionários desde o início e deve abordar conhecimentos abrangentes. Isso ajuda os profissionais, especialmente aqueles com pouca experiência, a compreender a complexidade desse fenômeno e a reduzir a ansiedade associada ao tratamento desses casos. Entretanto, apesar de contribuir para o desenvolvimento de atitudes positivas, especialmente na habilidade de lidar com o paciente, no entanto, os cursos não asseguram necessariamente a presença de uma atitude empática ou menos crítica (Storino, 2018).

A respeito dos profissionais de saúde de forma geral, num estudo finlandês Suokas e Lonqvist (1989) apontam que as atitudes em relação aos pacientes que tentaram suicídio foram mais negativas entre a equipe de saúde de um hospital geral em comparação com a equipe em um hospital psiquiátrico, especialmente com relação ao trabalho

dos enfermeiros. As atitudes mais positivas por parte dos enfermeiros do setor psiquiátrico podem estar associadas ao fato de que esses profissionais tendem a participar de treinamentos psiquiátricos e, com isso, podem sentir que cuidar de pacientes que tentaram suicídio faz parte do que é lhes é esperado.

Esses profissionais apresentam maior confiança para o tratamento de tais paciente uma vez que ao longo do tempo vão adquirindo habilidades para o manejo adequado. Enquanto os enfermeiros de outras áreas não costumam ter treinamentos especializados para lidar com esses pacientes.

Cabe destacar que algumas variáveis associadas aos pacientes com comportamentos suicidas também podem desencadear atitudes indesejáveis nos profissionais de saúde. Alguns estudos descobriram que os enfermeiros apresentam atitudes mais negativas em relação a pacientes que fizeram múltiplas tentativas de suicídio ou autolesões deliberadas (Leu, 2002). Enquanto 79.9% desses profissionais de enfermagem declaram que o pacientes com histórico de múltiplas tentativas de suicídio deveriam arcar com suas despesas médicas, porque eles desperdiçam os recursos sociais e médicos. Esses profissionais também experienciam o sentimento de ódio, uma vez que se sentem frustrados e com raiva por terem feito muito para tentar ajudar os pacientes que, no entanto, persistem em tentativas de suicídio.

CONCLUSÃO

O suicídio de um paciente impacta tanto a família quanto a equipe que o trata. E, como parte da sociedade os profissionais de saúde possuem crenças e mitos que refletem em atitudes a sua conduta profissional.

A maior parte dos estudos encontrados respeito das atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio se referem aos profissionais de enfermagem e medicina, mas os dados podem ser ampliados para os demais profissionais da área da saúde. Entretanto, cabe destacar que, apesar de que outros profissionais de saúde (psicólogo hospitalar, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e assistente social), convivam com pacientes com comportamento suicida no contexto hospitalar, ainda hoje, os estudos acerca das atitudes e percepções dos profissionais de saúde sobre o esse comportamento se restringem aos profissionais de medicina e enfermagem. Portanto, dada as consequências que as atitudes de alguns desses profissionais podem representar sobre o cuidado do paciente suicida, urge empreender pesquisas nesta direção.

Assim sendo, os resultados aqui sintetizadas possibilitaram visualizar que as reações emocionais negativas a pacientes suicidas podem dificultar a eficácia do tratamento e até mesmo contribuir, em pequeno grau, para o suicídio do paciente. Da mesma forma, levantamos que algumas

destas reações negativas parecem estar associadas com determinados fatores que podem ser modificados através de programas de intervenção e programas para a introdução de práticas mais coerentes com que é esperado para o manejo dos profissionais de saúde junto a pacientes com comportamento suicida.

Os cursos de capacitações e treinamentos se apresentam como a melhor forma de contrabalancear as atitudes negativas dos profissionais de saúde. No entanto, é improvável que apenas a formação e o suporte iniciais sejam suficientes. O desenvolvimento contínuo do pessoal, incluindo supervisão clínica regular e participação em grupos de apoio, permite que os profissionais explorem qualquer dificuldade adicional no tratamento, visando à redução da preocupação e à promoção de um comportamento de ajuda eficaz. Além disso, é fundamental prestar atenção às atitudes e percepções individuais desses profissionais para que o tema seja desmistificado e que assim sejam compreendidas as origens dos medos e preconceitos que cercam a temática.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. Nurses' attitudes towards suicidal behaviour--a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. **Journal of advanced**

nursing, [S. l.], v. 25, n. 6, 1283–1291, 1997. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251283.x>

BACA, E. Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. *In*: BOBES, J.; GINER, J.; SAIZ, J. (Eds.). **Suicidio y Psiquiatría**. Madrid: Triacastela, 2011, p. 143-61.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; REGINATO, D. G.; SILVA, S. V da; et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 27 nº 4, p. 315-318, 2005.

BRUNERO, S.; SMITH, J.; BATES, E.; FAIRBROTHER, G. Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, [S. l.], v. 15, nº 7, p. 588–594, 2008.

FINLAYSON, M; GRAETZ SIMMONDS, J. Impact of client suicide on psychologists in Australia. **Australian Psychologist**, [S. l.], v. 53, nº 1, p. 23–32, 2018.

HØIFØDT, T; TALSETH, A.G. Dealing with suicidal patients - A challenging task: A qualitative study of young physicians' experiences. **BMC medical education**; [S. l.], v. 6. Nº 44. 2006. DOI: 10.1186/1472-6920-6-44.

KISHI, Y.; KUROSAWA, H.; MORIMURA, H.; HATTA, K.; THURBER, S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General Hospital Psychiatry**, [S. l.], v. 33, p. 393-7, 2011.

LEU, S. J. Nurses' Attitudes and Difficulties in Nursing Intervention Toward Suicidal Behaviour in Emergency Department. Unpublished MSc Dissertation, The Kaohsiung Medical College, Taiwan, 2002.

McCANN, T.; CLARK, E.; McCONNACHIE, S.; HARVEY, I. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. **Accident and Emergency Nursing**, [S. l.], v. 14, ° 1, p. 4-10, 2006.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R.; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS).

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, [S. l.], v. 14, nº 5, p. 438-45, 2007.

SAMUELSSON, M; SUNBRING, Y; WINELL, I; ÅSBERG, M. Nurses' attitudes to attempted suicide patients. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [S. l.], v. 11, nº 4, p. 232-237, 1997.

STORINO, B. D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 369-377, out. 2018.

SUOKAS, J; LÖNNQVIST, J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 79, nº 5, p. 474-480, 1989.

SUN, F. K.; LONG, A.; BOORE, J.; TSAO L. I. Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**, [S. l.], v. 12, nº 4, p. 447-455, 2005.

TALSETH, A. G; LINDSETH, A.; JACOBSSON, L.; NORBERG, A. Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. **Nordic Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 51, p. 358-364, 1997.

TALSETH, A. G; LINDSETH, A.; JACOBSSON, L.; NORBERG A. The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 29, p. 1034-1041, 1999.

TAYLOR, T. L; HAWTON, K.; FORTUNE, S.; KAPUR, N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 194, nº 2, p. 104-110, 2009.

TOFFOL, E.; PILOTTO, E.; SCOCCO, P. Psychiatrists' emotional reactions to a patient's suicide: A case series. **Rivista di Psichiatria**, [S. l.], v. 46, nº 3, p. 203-207, 2011.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, nº 2, p. 108-114, 2013.

SEGUNDA PARTE

YASEEN, Z. S; BRIGGS, J; KOPEYKINA, I; ORCHARD, K. M; SILBERLICHT, J; BHINGRADIA, H; GALYNKER, I. I. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients--a comparative study. **BMC psychiatry**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 230, 2013. DOI: 10.1186/1471-244X-13-230.



AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

» Isabel Cristina Vasconcelos de Oliveira

» Yuren Costa Silva

INTRODUÇÃO

As atividades relacionadas a saúde são caracterizadas por abundantes pressões que resultam no adoecimento e comprometimento da saúde mental dos trabalhadores. O problema pode ocorrer devido ao desgaste gerado nas atividades laborais, incluindo sobrecarga, falta de comunicação, autoritarismo, pressão por produtividade, competição e assédio (Leonel, 2021). A situação foi consideravelmente agravada durante a pandemia de COVID-19.

Os prejuízos na saúde mental podem resultar de fatores individuais, como traumas e abusos, mas também de aspectos sociais, ambientais e biológicos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), definidos por Goldberg e Huxley (1992),

incluem sintomas depressivos e ansiosos, como insônia e irritabilidade, afetando não apenas o indivíduo, mas também suas relações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para a falta de serviços de saúde mental e suas graves consequências (World Health Organization, 2021). A pressão por alta produtividade no setor de saúde torna o desgaste mental inevitável, expondo fragilidades quando metas não são atingidas (Matos, 2022). O ritmo frenético de trabalho resulta em alterações nas atividades diárias, como falta de sono, má alimentação e estresse frequente, levando a sintomas físicos e psicológicos (Cavalheiri, et al., 2021). A pandemia de COVID-19 agravou a saúde mental dos trabalhadores de saúde devido à pressão, risco de infecção e isolamento (Kang *et al.*, 2020).

Na linha de importantes estudos, Ferreira, Oliveira e Paula (2018) indicam que sintomas mentais¹ estão relacionados a falhas cognitivas no dia-a-dia. Observou-se ainda um efeito aditivo de ambos os sintomas.

Este estudo visou mapear a abordagem dos TMC em profissionais de saúde, incluindo os transtornos abordados, instrumentos utilizados, grupos mais afetados, metodolo-

1 São descritos como sintomas internalizantes: disforia, anedonia, retraimento social, ansiedade e sintomas somáticos; como sintomas externalizantes, foram citados: impulsividade, uso de substâncias, hiperatividade, desatenção e agressividade.

gias e prevalência dessas doenças. O trabalho tem como foco entender como a saúde mental dos trabalhadores da saúde tem sido avaliada nos últimos 5 anos e investigar a abordagem dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em artigos científicos.

As hipóteses levantadas incluem a alta prevalência de TMC entre os trabalhadores de saúde, com destaque para a enfermagem, devido à natureza desafiadora de suas funções e ao impacto de eventos como a pandemia (Moura et al., 2022). A exposição a trabalhos mais desgastantes, como os de saúde, leva a uma maior probabilidade de desenvolvimento de TMC, especialmente em contexto de desastres biológicos e pandemias (como a recente de COVID-19, Siamisang et al., 2022).

A análise desses elementos ajudará a compreender melhor a situação da saúde mental dos trabalhadores da saúde e fornecerá insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e apoio a esses profissionais, que desempenham um papel crucial na sociedade, especialmente em tempos desafiadores como a pandemia de COVID-19.

MÉTODO

O presente trabalho é uma revisão sistemática de literatura que se baseia na busca de artigos científicos publicados entre 2017 e abril de 2022 nas bases de dados Lilacs, SCIELO e BVS. A pesquisa se concentra na relação entre Transtornos Mentais e Profissionais da Saúde, usando palavras-chave e operadores de lógica booleana para refinar a busca. Essa abordagem é um sistema de recuperação da informação que combina termos usando operadores “e”, “ou” e “não” (Moretti, 2021).

Os critérios de inclusão incluem estudos que abordam transtornos mentais em profissionais da saúde com instrumentos de identificação específicos, enquanto os critérios de exclusão se aplicam a periódicos irrelevantes, participantes fora da área da saúde e revisões de literatura. Não há restrições de idioma ou país na seleção dos artigos.

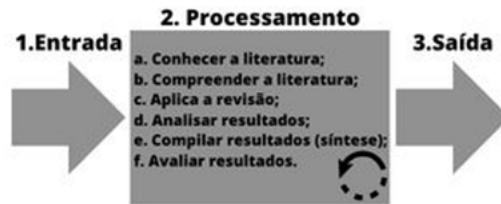
A revisão de literatura é um método que visa coletar evidências empíricas que atendam a critérios específicos para responder a uma pergunta de pesquisa. Isso ajuda a minimizar vieses e fornecer resultados confiáveis para elaborar conclusões. Sua metodologia deve contribuir para a compreensão atual da comunidade científica sobre um fenômeno e comunicar as descobertas para essa comunidade. Conhecer o estado atual do conhecimento em um

campo de pesquisa é fundamental para qualquer projeto de pesquisa.

Os autores descrevem o processo de revisão sistemática em três etapas: entrada, processamento e saída. A etapa de processamento inclui seis subetapas: conhecer a literatura, compreender a literatura, aplicar a revisão, analisar resultados, compilar resultados (síntese) e avaliar os resultados. À medida que os pesquisadores adquirem mais conhecimento sobre o assunto, essas etapas podem ser realizadas de maneira mais eficaz e repetidas conforme necessário para atingir os objetivos da pesquisa bibliográfica.

Em resumo, este estudo realiza uma revisão sistemática da literatura sobre transtornos mentais em profissionais de saúde, seguindo critérios rigorosos de inclusão e exclusão, e aplicando uma metodologia estruturada em três etapas principais, conforme explicito na figura 1: Entrada, Processamento e Saída. O objetivo é coletar evidências confiáveis para contribuir para o conhecimento existente sobre esse tema.

FIGURA 1 - FASES DA REVISÃO DE LITERATURA EFETIVA.



Fonte: Adaptado de Levy e Ellis (2006).

Para relatar os métodos e resultados deste estudo com detalhes, foram seguidas as diretrizes do PRISMA 2020, uma estrutura projetada para revisões sistemáticas em saúde, independentemente do tipo de estudo incluído. O PRISMA é aplicável a revisões com ou sem síntese estatística, fornecendo um modelo de diagrama de fluxo para busca em diversas fontes adaptando-as para este trabalho. (Page *et al.*, 2021)

RESULTADOS

Foram selecionadas e avaliadas cinco (5) publicações dentre o total de 80 publicações encontradas nas buscas em bases de dados e registros. Na primeira fase, foram descartadas 6 publicações duplicadas. Posteriormente, foram excluídos 61 itens após a leitura dos resumos, visto que dois dos critérios de exclusão eram de periódicos sem relevância para o tema proposto, trabalhos cujos participantes não

eram da área da saúde. Na etapa seguinte, foram eliminadas 7 publicações por serem qualificadas como revisões da literatura, uma vez que um dos objetivos deste trabalho foi buscar por trabalhos empíricos. E por fim foi eliminada uma publicação, a qual se identificou, após a leitura, que constava no público abrangido outros profissionais além dos da saúde.

As informações relevantes das publicações selecionadas são destacadas na **tabela 1**, na qual estão elencados os seguintes dados: autores/ano; população/profissionais, dados demográficos/informações adicionais, tipo de estudo, instrumentos, resultados (% de transtornos/prevalência).

SEGUNDA PARTE

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NOS ARTIGOS SELECIONADOS.

Nº	Autores /Ano	População/ Profissionais	Dados demográficos/ Informações adicionais sobre a amostra	Tipo de estudo	Instrumentos	Principais resultados
1	Mattos, Araújo e Almeida (2017)	N = 2.532 trabalhadores da atenção primária à saúde.	Idade média: 30,8 anos; Predomínio do sexo feminino (79,3%); Casados e em união estável (57,7%); Com ensino médio (39,4%); Pardos (56%); e Praticavam atividades físicas (70,4%) e de lazer (81,9%).	Estudo transversal (observacional).	Questionário Sociodemográfico, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e Job Content Questionnaire (JCQ).	A prevalência global de transtornos mentais comuns foi de 21%. O grupo de exposição combinada apresentou maior magnitude (alta demanda e baixo apoio social), chegando a 28% quando comparado aos 17% na situação sem exposição (baixa demanda e alto apoio social).
2	Cavalheiri et al. (2021)	N = 196 profissionais de Enfermagem.	Predominância de técnicos de enfermagem (78,7%) do sexo feminino (88%), com idade superior a 36 anos (58,7%) e recebendo mais de 3 salários mínimos. (71,3%).	Estudo transversal (observacional), analítico e quantitativo.	Questionário sociodemográfico, Self-Report Questionnaire (SRQ-20) e Pittsburgh Sleep Quality Index.	Alterações do sono foram identificadas entre os profissionais de Enfermagem com frequência de 76,5% (70,4-82,1). A qualidade do sono foi classificada como ruim em 41,8% (41,8-55,6) e distúrbio do sono em 27,6%. (21,4-34,2). A prevalência de transtorno mental comum foi identificada em 36,7% (30,1-43,9).
3	Steil, Mendonça e Gois (2022)	N = 63 participantes médicos residentes voluntários.	A maioria era do sexo masculino (68,2%), de etnia branca (58,7%), médicos residentes em programas de um hospital público (92,0%) da	Estudo transversal (observacional), com abordagem quantitativa.	Questionário sociodemográfico, Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), Patient Health Questionnaire (PHQ-9),	Sintomas depressivos leves foram encontrados em 68,2% dos residentes, seguidos por sintomas de ansiedade em 50,7% e burnout em 54,0% no geral. Cerca de

SEGUNDA PARTE

		de enfermagem.	prevaleceu os técnicos de enfermagem com 220 (72,8%). As variáveis sociodemográficas prevalentes foram o sexo feminino 238 (78%), idade entre 18 e 39 anos 191 (63,2%), cor de pele branca, 171 (56,6%), sem companheiro 153 (50,6%) e com filhos 179 (59,4%).	onal), com abordagem quantitativa.	Profissional e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).	para transtornos mentais comuns.
			região sudeste (57,1%). A média de idade da amostra foi de 28,8 anos (DP: 3,7), e a maioria estava cursando o primeiro ano de residência médica.		General Anxiety Disorders (GAD-7) e Questionário de Impacto Covid-19 (CIQ-19).	12% dos residentes não fazem nada sobre seu estado de saúde mental, enquanto alguns preferem conversar com familiares ou amigos (36,1%) e discutir com a equipe de apoio (24,3%) quando precisam de cuidados de saúde mental.
4	Siamisang et al. (2022)	N = 447 profissionais de saúde da linha de frente em locais de isolamento e tratamento de COVID-19.	A idade mediana foi de 30 anos, sendo 271 (60,6%) do sexo feminino.	Estudo transversal (observacional).	Questionários Sociodemográfico e da história médica e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse de 42 itens (DASS-42).	Transtornos como depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, foram detectados em 94 [21,0% (IC 95% 17,3-25,1%)], 126 [28,2% (IC 24,1-32,6%)] e 71 [15,9% (12,6-19,6%)] participantes.
5	Moura et al. (2022)	N = 302 profissionais	A maior parte atuava nas UPA, 176 (58,3%) e	Estudo transversal (observacional).	Questionário Sociodemográfico e	Observou-se prevalência de 20,5%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Dentre os periódicos selecionados, um foi publicado no ano de 2017, um no ano de 2021 e três no ano de 2022, sendo o mais recente no mês de abril de 2022, totalizando cinco publicações.

Acerca dos profissionais participantes dos estudos analisados, tem-se cerca de 3.540 indivíduos. Deste número total, após a leitura dos trabalhos, foram identificados 651 profissionais da enfermagem, 96 médicos e 262 profissionais das demais áreas, que desempenhavam atividades no hospital (estes pertencentes ao artigo de número 4). Já para 2.532 profissionais não houve descrição da especialidade dos profissionais, estes pertencem ao trabalho 1, apenas citados como trabalhadores da atenção primária à saúde.

Em questão dos dados demográficos, dentre os participantes, 2.732 foram mulheres (77,18%) e 808 homens (22,82). Acerca da idade dos participantes, os trabalhos 1, 3 e 4, tiveram médias que variaram entre 28,8 – 30,8 anos de idade. O trabalho 2 usou parâmetros de descrição de forma geral e pouco descritivo, sendo 74 participantes com idades entre 18 a 35 anos, enquanto 122 com idade superior a 36 anos. O trabalho 5 analisou 191 indivíduos com idades entre 18 e 39 anos, 106 com idade entre 40 e 59 anos, e 5 com mais de 60 anos.

Em relação aos tipos de estudos utilizados pelos autores para a realização dos trabalhos, todos os estudos foram do tipo transversal (observacional), com abordagem quantitativa (100,0%).

Em questão de instrumentos utilizados pelos trabalhos, os mesmos são descritos na **tabela 2**. O SRQ-20 foi aquele predominante em 60% dos estudos.

TABELA 02: DESCRIÇÃO DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELOS TRABALHOS ANALISADOS.

Instrumento	Objetivo
SRQ-20	Instrumento de rastreamento de transtornos não-psicóticos, ou seja, os transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade.
PHQ-9	Instrumento para identificar indivíduos em risco de depressão, derivado do PRIME-MD, foi originalmente desenvolvido para identificar cinco TMC em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação.
GAD-7	Instrumento utilizado para rastreamento de Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), é composto por itens que medem a frequência de sinais e sintomas de ansiedade generalizada nas últimas duas semanas.
DASS-42	Escala de autorrelato projetada para medir os estados emocionais negativos de depressão, ansiedade e estresse, é a versão longa do DASS-21.

CIQ-19	Instrumento usado para avaliar as crenças e práticas clínicas dos médicos residentes relacionadas aos pacientes Covid-19, seus comportamentos em relação à prevenção da doença e seus cuidados com a saúde mental.
PSQI	Questionário de autorrelato que avalia a qualidade e perturbações do sono em um intervalo de tempo de 1 mês, demonstra ser eficaz e capaz de fornecer informações quantitativas e qualitativas acerca da qualidade do sono.
JCQ	Instrumento utilizado para medir os aspectos psicossociais do trabalho no Brasil. Existem várias versões deste instrumento, algumas com menos ou mais dimensões (como insatisfação no trabalho ou demandas físicas do trabalho).

Por fim, sobre os resultados acerca da porcentagem e prevalência de TMC, os trabalhos 1 e 4 apresentaram 21%, o trabalho 2 identificou 36,7%, enquanto o trabalho 5 apresentou 20,5%. No trabalho 3 não houve intersecção dos dados referentes a ansiedade e depressão, desta forma, descrevem que sintomas depressivos leves foram encontrados em 68,2% dos residentes, seguidos por sintomas de ansiedade em 50,7% e Burnout em 54,0% no geral.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos verificou-se que entre os participantes, os profissionais de enfermagem são majoritários. Segundo dados do Ministério da Saúde, 41,06% dos 6,6 milhões de profissionais de saúde no Brasil são da área da enfermagem, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros. A

Atenção Primária à Saúde é uma das áreas de atuação mais importantes desses profissionais, sendo a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2012).

Quanto ao perfil sociodemográfico, três dos artigos indicaram que a idade média dos profissionais estava entre 28,8 e 30,8 anos. Os trabalhos mostraram uma prevalência significativa do sexo feminino entre os profissionais de saúde, com 77,18%, enquanto o sexo masculino representava 22,82%. Isso está alinhado com a tendência global de um aumento do número de profissionais de saúde do sexo feminino nos últimos anos.

Os trabalhos selecionados utilizaram o estudo transversal com abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo envolve a observação e descrição de fenômenos sem interação direta com a população amostral. Esses estudos são úteis para investigar relações de causa e efeito, identificando fatores de risco e consequências, como doenças e sequelas. Além disso, eles podem gerar hipóteses para pesquisas futuras e são amplamente utilizados no campo da Saúde Pública.

Quanto aos instrumentos de medida, todos os trabalhos usaram questionários sociodemográficos para coletar informações gerais sobre os participantes. Além disso, foram identificados sete instrumentos distintos usados para detectar transtornos mentais comuns, como depressão e

ansiedade. O instrumento mais utilizado foi o Self-Reporting Questionnaire SRQ-20², instrumento de rastreamento de transtornos não-psicóticos, ou seja, os transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade. O SRQ, composto de 20 itens, é um instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões, além disso, sugere nível de suspeição (presença/ ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico (Santos *et al.*, 2010).

Em relação à porcentagem e prevalência dos transtornos mentais encontrados nos indivíduos avaliados, os dados variaram entre os trabalhos. Os trabalhos 1 e 4 apresentaram uma prevalência de 21%, o estudo 2 identificou 36,7%, o estudo 5 apresentou 20,5%, e o estudo 3 forneceu dados discriminados, com 68,2% para sintomas depressivos leves, 50,7% para ansiedade e 54% para Burnout. Esses resultados foram comparados com outros estudos realizados no Brasil entre 2016 e 2017, que também usaram o SRQ, e apresentaram prevalências variáveis entre 25% e 32,6%, de transtornos mentais comuns entre profissionais de enfermagem (Pinhatti *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2019).

Dados do Caderno de Atenção Básica, Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) de 2010, indicam que 3% da população apresenta transtornos mentais

2 Citado nos trabalhos de número 1, 2 e 5.

severos e persistentes, enquanto 9% a 12% têm transtornos mentais leves (Brasil, 2010). Esses números são preocupantes no contexto da saúde. Além disso, o artigo de número 3 revelou que cerca de 12% dos residentes médicos não buscam cuidados de saúde mental quando necessário, enquanto outros preferem conversar com familiares, amigos ou discutir com a equipe de apoio (Mattos et al, 2017).

CONCLUSÃO

Verificou-se que os profissionais de saúde, notavelmente, apresentaram TMC em um nível mais acentuado se comparado a população em geral. Os altos índices de doença mental tendem a piorar quando estes profissionais, que já possuem uma carga de trabalho exaustiva, são submetidos a situações estressantes e desconhecidas, como ocorreu durante o período da pandemia de COVID-19 (Steil et al, 2022).

Percebeu-se que ainda é pouco estudado e discutido a relação a longo prazo dos impactos de eventos de massa (reuniões de grande contingente de pessoas, em geral motivados por atividades laborais, políticas, esportivas, religiosas ou lúdicas), de desastres e de desgaste laboral, na saúde mental dos trabalhadores da saúde. Isso pôde ser evidenciado através dos artigos de número 3, 4 e 5, que mesmo

realizados durante a pandemia ou motivados por essa, não possuem informações e dados anteriores ao evento, sendo assim, não é possível estabelecer em qual momento estes transtornos surgiram. Entende-se, que este momento foi de total fragilidade no Brasil que viveu uma enorme pressão em termos de levar vacinas a população, assim como, desenvolvimento da estrutura do serviço público de saúde para manter o controle de mortalidade. O país agora começa de certa forma a encarar a normalidade, com redução do número de infectados e mortes diárias, mas ainda pouco se conhece sobre os impactos desse evento na saúde mental de sua população, principalmente dos trabalhadores da saúde que estiveram na linha frente de combate ao vírus. Por fim, sugere-se a partir deste trabalho, como oportunidade para pesquisas futuras, realizar uma avaliação dos transtornos mentais em profissionais de saúde no período pós-pandemia de covid. Assim, avaliar se a porcentagem de transtornos detectados aumentou ou diminuiu, como estes indivíduos lidaram tal realidade e, enfim, verificar se houve ou não busca por ajuda.

É importante ressaltar que instrumentos avaliativos ainda aparecem como parte importante do processo de detecção e mapeamento de TMC, sendo alvo de interesse de muitos pesquisadores. Mesmo com o desenvolvimento, melhoria e atualização dos instrumentos, ainda são pouco

conhecidos ou pouco usados. Há também um déficit em profissionais qualificados para a utilização e interpretação destes instrumentos, bem como ainda é pouco ofertado nos serviços psicológicos para a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 27, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

CAVALHEIRI, J. C. *et al.* **Qualidade do sono e transtorno mental comum em equipe de enfermagem hospitalar**. Revista Latino Americana de Enfermagem, 29. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4280.3444>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FERREIRA, A. A. *et al.* Relações entre saúde mental e falhas cognitivas no dia a dia: papel dos sintomas internalizantes e externalizantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 67, n. 2, 2018.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: A bio-social model**. Tavistock/Routledge, 194. 1992.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 7, n. 3, fev., 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X). Acesso em: 21 set. 2022.

LEONEL, F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 15 set. 2022.

LEVY, Y.; ELLIS, T.J. A system approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. 2006. **Informing Science Journal**, n. 9, p. 181-212.

MATOS, L. S. de Oliveira *et al.* **Cartilha Saúde Mental Trabalho: Riscos e Prevenção**. 2022. Disponível em: <https://unilab.edu.br/wp-content/uploads/2022/09/CARTILHA-SAUDE-MENTAL-TRABALHO-2022.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023

MATTOS, A. I. S. *et al.* Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. 0. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006446>. Acesso em: 17 set. 2022.

MORETTI, I. **AND, OR, NOT**: Como usar operadores booleanos na sua pesquisa. 2021. Disponível em: <https://viacarreira.com/operadores-booleanos-na-sua-pesquisa/>.

MOURA, R. C. D. de *et al.* **Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência**. Acta Paulista de Enfermagem, 35. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03032>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transtornos mentais**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 11 out. 2022.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **BMJ**, [S. l.], v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PINHATTI, E. D. G. *et al.* Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0028>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SANTOS, O. B. *et al.* Avaliação de Um Instrumento de Mensuração de Morbidade Psíquica: Estudo de Validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 544, 2010.

SIAMISANG, K. *et al.* Prevalence and predictors of depression, anxiety and stress among frontline healthcare workers at COVID-19 isolation sites in Gaborone, Botswana. **PloS one**, v. 17, n. 8. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273052>. Acesso em: 21 out. 2022.

STEIL, A.; MENDONÇA, V. S., GOIS, A. F. T. de. Covid-19 pandemic for Emergency Medicine residents: an observational study on mental health and medical practice. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 46, n. 2. 2022.

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, n. 1. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900002>. Acesso em: 13 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MS-D-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health ATLAS 2020**. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1376861/retrieve>. Acesso em: 11 out. 2022.



O LAÇO FRATERO NA PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

» Ieda Franken

» Camilla Maria Lima Silva

INTRODUÇÃO

Pouco se tem visto ou discutido a relação entre irmãs nas principais obras – de autores nacionais ou internacionais – responsáveis por expor e definir conceitos psicanalíticos. Os estudos sobre o laço e a relação fraterna têm sido uma incógnita no que concerne ao âmbito clínico-teórico da psicanálise. Estudos sobre a fratria foram abertos por Freud, mas não aprofundados, ainda que essa realidade venha mudando por meio de produções que se iniciam na transição do século XIX para o século XXI, as quais despertam o interesse de pesquisadores para a fratria psicanalítica na contemporaneidade. Este trabalho de revisão integrativa da literatura visa pesquisar o que tem sido publicado no Brasil acerca do laço fraterno à luz da psicanálise nos últimos dez anos (2011 a 2021) e de que

forma os autores têm tratado essa temática. Para isso, foram examinadas as bases de dados SciELO, PePSIC, IndexPsi e LILACS e incluídos estudos de reflexões teóricas, pesquisas empíricas qualitativas, revisões teóricas e estudos de caso. Os resultados apontam para uma fratria que se divide em duas abordagens principais baseadas em Freud: a primeira, de abordagem social-antropológica, e a segunda, voltada para a clínica do Complexo Familiar e do Complexo Fraterno.

A chamada “questão do fraterno”, a qual envolve uma série de conceitos em diferentes nuances, atrai nas últimas quatro décadas alguns autores europeus das ciências humanas, que trazem contribuições de maior aprofundamento acerca do que de fato consiste a dinâmica do laço fraterno. Através do prisma psicanalítico, os estudos sobre a relação entre irmãos foram inicialmente abertos pelas perspectivas de Freud (1897), Adler (1930), Klein (1932) e Lacan (1938), porém pouco aprofundados.

Alguns autores como Kaës e Kancyper sedimentam a relação entre irmãos apresentando a existência do complexo fraterno como uma organização distinta da edipiana, sendo um real complexo, dotado de uma envergadura estrutural e funções próprias formuladas no espaço psíquico inconsciente do sujeito.

Embora o conceito de complexo fraterno traga um vasto aporte teórico a respeito do processo de subjetiva-

ção do sujeito, não se encontram menções sobre ele em nenhuma das três principais obras de definição dos conceitos psicanalíticos, como o Vocabulário da Psicanálise de Laplanche e Pontalis, o Dicionário Enciclopédico de Psicanálise de Kaufmann e nem no Dicionário Internacional de Psicanálise de Mijolla (Kaës, 2011, p. 23,). Dessa forma, esse novo complexo traz complementos ao conhecido arranjo em Édipo e uma nova perspectiva sobre este como não sendo o único estruturante responsável no processo de constituição da sexualidade humana. Apesar de o conhecimento sobre o complexo de Édipo ser essencial para a compreensão da teoria psicanalítica, poucos são encontrados trabalhos que tratem especificamente da relação fraterna como uma importante estruturante psíquica. Porém, sabe-se que a questão fraterna se faz presente na constituição de laços afetivos e emocionais, morais e sociais, assim como nas relações familiares para além da triangulação edípica.

No contexto brasileiro, ao final do século XX, a psicanalista Maria Rita Kehl reúne uma série de autores a abordarem o tema em seu livro intitulado *Função Fraterna* (2000). Nele, se introduz o laço fraterno como aquele que substitui um espaço antes ocupado pela figura do pai, que nas sociedades modernas ocidentais chega a um declínio. Assim, o olhar do sujeito se volta para seu semelhante, o

irmão, contribuindo para sua constituição subjetiva e para formação de laços sociais.

Portanto, neste trabalho se propõe investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, artigos em português publicados nos últimos 10 anos acerca da temática da relação fraterna psicanalítica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As posições de Freud sobre a questão fraterna, ainda que sejam hesitantes, abrem espaço para ilustrar a teoria e desenvolvê-la a partir de três principais orientações: na primeira, tida como sua orientação dominante, ele se empenha em explicar efeitos das relações entre irmãos e irmãs sobre a organização psíquica ulterior do sujeito. Em segundo lugar, trabalha em sua obra Totem e Tabu a função dos laços fraternos na constituição dos laços sociais. Por último, introduz a ideia de complexo fraterno, denominação utilizada por ele apenas ao início dos anos 1920 (Kaës, 2011, p. 24).

Sobre os efeitos das relações entre irmãos e irmãs na organização psíquica ulterior, desde 1895, Freud passa a observar as possíveis consequências psicopatológicas das relações sexuais que a circundam, assim como seus efeitos nas curas. No caso do Homem dos Lobos, ele põe em questão sua teoria da sedução precoce, onde a irmã

desempenharia o papel daquela que o seduz. Explora de que modo seria dada a organização da vida psíquica da criança à chegada de um irmão rival, fenômeno considerado um traumatismo para o narcisismo primário. Provoca uma ameaça à soberania do primogênito, que é levado a renunciar os fantasmas de sua onipotência infantil, assim conduzindo-o a sentimentos de hostilidade, ódio e inveja diante desse irmão intruso, agora sendo aquele que se encontra na posição de receber mais atenção e amor dos pais. Observando o caso Hans em 1909, Freud articula que os efeitos da chegada desse irmão traz um estímulo à criança a trabalhar sua curiosidade sexual, construindo assim um certo número de teorias sexuais infantis para tentar responder ao desejo de buscar respostas para sua queda narcísica (Kaës, 2011, p. 25).

Em sua obra Totem e Tabu (1912-1913), Freud (2012) começa a tecer sua teoria sobre o mito da horda primitiva e o reconhecimento desta como um ato fundador da civilização. Nela, o conceito de irmandade se dá como sendo uma nova organização social, um grupo com um propósito em comum - a união para derrotar o chefe tirânico da horda por meio da força. Assim, após a derrota do pai e havendo um reconhecimento coletivo de uma divisão, a irmandade é inventada como a primeira relação de solidariedade, por meio do reconhecimento do outro como outro, trazendo a

possibilidade de que possam viver entre irmãos (Monzani, 2011). Neste mito, é o ódio o primeiro sentimento e o ato de assassinar um superior os principais pontos a unirem os iguais em um laço libidinal, tornando-os irmãos, assim como transformar o chefe da horda em pai. O parricídio então se tornaria fundamental na criação da cultura e com ele, são trazidas culpabilização e renúncias por parte do novo grupo, o que traria ênfase na lei da exogamia vinculada ao totem.

A invenção freudiana do Complexo de Édipo ao final do século XIX permitiu dar a esses laços, anteriormente debruçados sob a ótica sociológica e antropológica da família, uma compreensão psicanalítica da família (Carvalho Filho; Chaves, 2014). Sobre a temática da relação fraterna, Freud (1916-1917/1976a apud Pereira; Lopes, 2013, p. 65) explora a relação entre irmãos por meio dos sentimentos de hostilidade e rivalidade no âmbito familiar da seguinte forma:

Quando outras crianças aparecem em cena, o complexo de Édipo avoluma-se em um complexo de família. Este, com novo apoio obtido a partir do sentimento egoístico de haver sido prejudicado, dá fundamento a que os novos irmãos e irmãs sejam recebidos com aversão, e faz com que, sem hesitações, sejam, em desejos, eliminados.

Expandindo a questão do laço fraterno para outros autores clássicos da psicanálise, Alfred Adler é outro autor o qual novamente expõe a rivalidade na relação fraterna em face do objeto. Para ele, o irmão é essencialmente alguém

que priva do alimento e do amor da mãe. Adler também reúne ideias acerca do sentimento e complexo de inferioridade nas relações entre irmãos dentro de um núcleo familiar, buscando assinalar a influência desses sentimentos na construção da personalidade. Insere em sua teoria também o conceito do “primogênito destronado” pelo irmão caçula, em que antes do nascimento de um novo irmão, o primogênito detém toda a atenção dos pais, e que depois deverá partilhá-la com o outro bebê, monopolizador dos cuidados parentais. Na luta pela reconquista dessa atenção, o primogênito guardará traços caracteriais definitivos: de independência, competitividade, assim como conservadorismo. Enquanto isso, o “caçula deserdado” em face ao outro irmão, carregará uma marca de sua inferioridade, a qual buscaria compensar sob forma de “vontade de poder”.

Melanie Klein aborda a questão fraternal discorrendo sobre a violência da ambição como um importante elemento nas relações entre irmãos. Essa ambição refere-se especificamente à ambição primária sentida pelo bebê nos seus primeiros meses de vida, a qual se dirige contra o seio materno em um movimento de destruição e esvaziamento. Essa noção é estendida para além do seio e passa a compreender outros objetos parciais, dentre eles, o irmão.

Jacques Lacan também abre os conceitos sobre a relação fraterna. Se debruçando sobre os complexos fa-

miliares, passa a definir o complexo fraterno como uma experiência primitiva do sujeito em se distinguir de seus irmãos. As condições que sustentam essa experiência variam segundo as culturas e a dimensão que elas dão ao grupo doméstico, assim como as contingências individuais em que, por exemplo, a ordem dos nascimentos irá influenciar no lugar do sujeito. Lacan pensa o complexo fraterno como essencialmente um complexo do intruso e esse intruso significaria uma forma arcaica da relação com o outro, cujo destino é tornar-se um rival e em seguida ser reconhecido como um igual ao si-mesmo (Kaës, 2011, p. 32).

A partir do início do século XXI, autores como o francês René Kaës e o argentino Luis Kancyper irão investigar o laço fraterno psicanalítico para além do conceito de complexo familiar introduzido por Freud e seus contemporâneos e se aprofundarão na dinâmica das relações horizontais, apresentando à psicanálise a existência de um complexo fraterno. Freud introduz a questão do fraterno em suas obras abordando uma série de pensamentos diferentes, contudo, que não foram sistematizados e, portanto, não poderiam ser caracterizados como uma verdadeira evolução. Primeiramente, insiste na questão estruturante da psique humana pelo complexo de Édipo, o qual considera como algo que transcende a história e as vivências individuais (Kaës, 2011, p. 38) questiona justamente se o valor essencial

do complexo de Édipo e a ênfase colocada por Freud na fundação do pai (na horda em Totem e Tabu), não oculta a importância que o complexo fraterno poderia proporcionar à elaboração clínico-teórica da psicanálise. O mesmo autor, ainda, investiga o conceito de laço fraterno dentro do complexo fraterno, considerando que este integra também as relações entre os fantasmas, as relações de objeto, as imagens, identificações e mecanismos de defesa dos sujeitos que atam esse laço entre si.

Kancyper (2019, p. 173) trata o complexo fraterno como um fenômeno de envergadura estrutural própria, que possui articulação com as dinâmicas narcisista e edípica, assim como se faz importante na estruturação e desestruturação das realidades intrassubjetiva, intersubjetiva e transubjetiva. Esse complexo é caracterizado como um conjunto organizado de desejos hostis e amorosos que a criança experimenta, direcionado aos seus irmãos. Tal dinâmica transcende o vivido individual, e portanto, não pode ser reduzida a uma situação real, à influência que exercem os irmãos na realidade externa. Para além do laço fraterno, os efeitos do complexo em filhos únicos demanda, como em todo ser humano, atenção pela forma singular que se constrói em cada um (Kancyper, 2019, p. 291).

No contexto brasileiro, Maria Rita Kehl é uma das primeiras psicanalistas a explorar a questão do fraterno,

reunindo outros autores psicanalistas em sua obra *A Função Fraterna* (Kehl, 2000). Nela, propõe inicialmente a indagação sobre a existência de uma função fraterna na constituição do sujeito. O outro, o irmão, sendo o seu semelhante, contribuiria decisivamente para a estruturação subjetiva. O primeiro capítulo do livro escrito por Kehl retoma às obras de Freud voltadas para uma psicanálise social: “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, “Mal-estar na Civilização” e “Totem e Tabu” articulando a associação entre massa e fratria. Fazendo uso da ideia de fratria, a autora propõe investigar outros modos de operação da relação do sujeito com seus semelhantes, presentes em nosso cotidiano, mas cujo entendimento esteve, por muito tempo, obscurecido pelo próprio Freud.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo de revisão integrativa da literatura, visando analisar as produções brasileiras dos últimos dez anos (de 2011 a 2021) sobre a relação fraterna a partir da perspectiva psicanalítica. Foi realizado o levantamento bibliográfico de artigos indexados nas plataformas virtuais SciELO, PePSIC, IndexPsi e LILACS, utilizando-se dos descritores “Psicanálise AND Irmãos”, “Psicanálise AND Fratria” e “Psicanálise AND Laço fraterno”.

Para os critérios de inclusão, foram selecionados artigos em português, trabalhos cuja temática esteja direcionada para a questão fraterna psicanalítica e pudesse ser identificada pelo título, resumo ou palavras-chave. Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados trabalhos anteriores ao ano de 2011, artigos que não traziam os termos “irmão”, “irmãos”, “fratria”, “fraterno”, “fraternal” ou “psicanálise” no título, palavras-chave ou resumo, produções de fora do escopo psicanalítico, artigos empíricos, estudos de caso e trabalhos não encontrados na íntegra ou não acessíveis gratuitamente. As variáveis a serem consideradas neste trabalho serão: título, ano, autores, instituição, região, metodologia, tendência teórica psicanalítica e as considerações finais de cada estudo selecionado na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste trabalho de revisão integrativa da literatura, foram encontrados 11 artigos que convergem com a temática do laço fraterno psicanalítico nas plataformas pesquisadas, os quais atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

Quanto à região das instituições dos trabalhos selecionados, 9 foram produzidos no Sudeste (81,81%), 1 no Norte (9,09%) e 1 no Sul (9,09%). Não foram encontrados artigos das regiões Nordeste e Centro-oeste. Em relação às

tendências teóricas psicanalíticas, foram encontrados 7 artigos freudianos, 4 lacanianos, 3 winnicottianos e 1 kleiniano.

Em muitos artigos se pode perceber que a tendência é abordar uma fratria que também se configura como laço social e grupal, que tem seu início marcado na teoria freudiana em Totem e Tabu. Foram encontrados os artigos 1, 4, 6, 7 e 11 com esta abordagem em comum sobre laços de amizade, de colegas em uma instituição e, até entre membros de facções criminosas.

De outro lado, temos a fratria sob a ótica do Complexo de Édipo que com a chegada de novos irmãos, se estende para um Complexo Familiar, do primogênito que se recusa a perder sua posição de único ao dividir seu espaço e a atenção dos pais com um irmão, seu similar. Baseando-se nisso, observa-se que Freud desenvolve o Complexo Familiar a partir das relações de ciúmes e rivalidade entre irmãos. E, os autores, Kaës e Kancyper dialogam sobre a fratria tratando-a como um complexo fraterno muito mais profundo e articulado dentro da Psicanálise clínica. Trabalham com estas temáticas os artigos 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10.

A seguir, serão discutidos os textos encontrados nesta revisão, divididos entre as duas categorias. É importante ressaltar que o texto 7, por se encaixar em ambas as abordagens, terá uma seção à parte.

A FRATRIA DE ABORDAGEM SOCIAL-ANTROPOLÓGICA: A HORIZONTALIDADE NOS LAÇOS

Artigo 1: A lei do tráfico na horda brasileira: o Nome-do-Pai na criminalidade

Os autores, vinculados à Associação Psicanalítica Haeresis/MG, em 2020, publicaram este artigo utilizando a perspectiva Lacaniana sobre a obra de Freud, Totem e Tabu e o mito do parricídio no objetivo de conceituar como é formado o laço entre os membros do Primeiro Comando da Capital (PCC), onde nele se faz o Nome regulador da irmandade, horizontal e projetado de forma a evitar qualquer hierarquização de seus membros.

A irmandade no PCC, representa a interdição dos homicídios entre os participantes do grupo que buscam se fortalecer contra a opressão externa. Ante a irmandade constituída pelos membros da organização, é possível mencionar a natureza do crime como contravenção diante das leis sociais. Desta forma, o PCC se torna o resultado de um pacto que destina a violência àquele que não compactua com a irmandade. Socialmente, a função da fratria na organização se dá na proteção mútua e na inserção de seus irmãos na luta contra um inimigo em comum: a polícia e o Estado opressor.

O texto em si não se prende à gênese do conceito de fratria, mas como ela é estruturada na realidade do PCC como organização baseada no mito do parricídio e na formação dos laços fraternos sob o ponto de vista de Lacan a respeito do mito da horda primitiva e da fundação da cultura.

Artigo 4: A relação da agressividade e do crime nas constituições subjetiva e social

Este artigo publicado em 2016, os seus autores vinculados à Universidade de São João del Rei/MG, tratam a questão do laço social como fundador da cultura e do reconhecimento entre os irmãos. Assim como Kehl, buscam em obras freudianas, Psicologia das Massas e Análise do Eu, Totem e Tabu e em sua continuação, Mal-Estar na Civilização, investigar os desdobramentos da ordem civilizatória e da maneira como o sujeito se estrutura a partir da ordem. Da mesma forma como o texto 7, esse texto segue tais escritos de Freud se voltando à uma psicanálise mais social e antropológica.

Artigo 6: Da horda à comunidade psicanalítica: a função da fratria na transmissão da psicanálise

Publicado no ano de 2014, e seus autores vinculados à Sociedade Psicanalítica de São Paulo, baseiam-se na abordagem Lacaniana, para tratar a relação fraterna como

uma interação entre psicanalistas integrantes da Associação de Membros Filiados dentro dos institutos de psicanálise. A dinâmica aqui apresentada é baseada na Função Fraternal de Maria Rita Kehl e se volta para o colega (outro) psicanalista que ocupa o mesmo espaço institucional, um olhar essencialmente voltado para o Outro, que é diferente mas também semelhante.

Os conceitos da obra de Kehl aqui usados apontam para a atenção ao caráter essencial da participação do semelhante fraterno no processo de subjetivação humana. É destacado o pacto que se estabelece entre os irmãos, contra o pai primevo da horda e o conseqüente crime do parricídio que funda, a um só tempo, a culpa e a lei. Desta forma, Kehl ressalta que a fraternidade não se ancora na igualdade, mas que a condição fundamental da fraternidade seria a semelhança na diferença. A psicanálise no âmbito institucional então se reinventa através do laço fraterno entre psicanalistas, uma vez que põe em movimento as singulares apropriações do corpus psicanalítico e transforma o que seria horda em comunidade.

Artigo 11: O Eu e o Outro no mito freudiano da fundação da cultura.

Nesse artigo, publicado em periódicos da região Sudeste em 2013, os seus autores trazem a ideia de alteridade como intrinsecamente ligada à história da cultura em

Totem e Tabu. Essa alteridade é inaugurada pela violência do apelo irreduzível do outro. Aqui, não se traz a fratria como ponto principal, mas o Outro, o estranho, pela psicanálise freudiana. A obra une conceitos da filosofia para explicar a alteridade como meio para a coletividade e, dentro dela, a relação fraterna.

A FRATRIA EM UMA ABORDAGEM CLÍNICA: A RELAÇÃO ENTRE IRMÃOS NOS COMPLEXOS FAMILIAR E FRATERNAL.

Artigo 2: O impacto emocional de se tornar irmão pela adoção: um estudo de caso coletivo.

Nessa pesquisa qualitativa, publicada no ano de 2019, na região sudeste, os seus autores elegem como base de seus escritos unicamente a perspectiva Winnicottiana e sua obra “A adolescência das crianças adotadas”. Utilizaram o Desenho-Estória Temático (DE-T) com os filhos e entrevistas semiestruturadas com as mães.

A citação “Ao colocar o primogênito na situação de apenas mais um, a fratria possibilita a introdução da criança na rede das relações sociais uma vez que apresenta à criança a diferença entre a realidade psíquica e a realidade grupal na família e na sociedade como um todo.” traz um exemplo Freudiano sobre quando a criança é obrigada a sair

de seu estado de Édipo e é obrigada a entrar na dinâmica do complexo familiar.

A afirmação trazida pelas autoras de que “o vínculo fraterno pode ser tido como constitutivo do aparelho psíquico”, corrobora com a perspectiva trazida pelas autoras brasileiras Goldsmid e Féres-Carneiro (2007) e também converge com o conceito de complexo fraterno de Kaës e Kancyper.

Artigo 3: Câncer infanto-juvenil: o trauma dos irmãos.

Esta obra publicada em 2012, na região Sudeste, os seus autores utilizam o conceito de trauma e de que forma dentro do âmbito familiar está posicionado o sujeito - irmão - que está saudável e não está a receber os cuidados parentais devido a uma doença que acomete o outro irmão. O irmão tido como saudável então acaba ficando de lado, não recebendo tanta atenção da família ou da equipe de saúde. As figuras parentais não percebem que o filho também necessita de ajuda para elaborar sua ausência e alguns sentimentos que podem surgir, tais como angústia, medo, inveja, raiva, ciúme, culpa, ressentimento e remorso, bem como as fantasias de contribuição para o adoecimento do irmão e/ou para o afastamento dos pais.

Estes sentimentos citados convergem com o que Freud discorre sobre os efeitos deste grande evento na or-

ganização psíquica ulterior do irmão saudável e sua queda narcísica, por ser não mais detentor da atenção dos pais e ter que dividi-la com um irmão necessitado de mais cuidados que ele. Além disso, há o fator gerador do trauma com o risco de uma iminente morte do irmão. Para Kaës (2011, p. 210), em casos de morte precoces ou pré-históricas, deve-se tomar em consideração outra variável: que o trabalho de luto de um irmão é inseparável da elaboração do luto que os pais puderam realizar quanto ao filho perdido. Para os filhos sobreviventes, a imago do irmão falecido pode aparecer como duplo mortal e mortífero, como uma imagem de seu narcisismo destruidor. Então, sob a dinâmica do Complexo Fraternal é por meio desse esquema imaginário, que o sujeito poderá constituir e aparelhar suas relações intersubjetivas.

A abordagem Winnicottiana nesse texto (3) não contribui com novas noções de fratria, mas enfatiza o papel estruturante do ambiente e dos cuidados objetivos, assim como do trauma e do luto no desenvolvimento do bebê.

Artigo 5: A fratura da função fraterna

Este artigo, publicado no ano de 2015, a sua autora vinculada à Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), relata um caso clínico sobre três irmãs que decidiram romper contato entre si. Afirma ser a obra freudiana

Totem e Tabu, como um texto essencial para compreender a formação do laço fraterno em reação à onipotência do pai. Utiliza também do Complexo Fraterno de Kaës para descrever seu estudo de caso à luz da Psicanálise e ressalta a importância deste diante das diversas dinâmicas que circundam a fratria, tal como a morte de um irmão e o pacto intergeracional de resistência ao luto que afeta diretamente os filhos e a relação entre estes. Esse estudo de caso se ancora nos conceitos encontrados no livro A Função Fraternal de Maria Rita Kehl - uma das referências brasileiras a reunir autores psicanalistas para comentar sobre a relação entre irmãos.

Artigo 8: Torna-se irmão: o imaginário da criança frente a gravidez materna e a chegada de um irmão

Nesse artigo de pesquisa qualitativa, publicada em 2018, na região sudeste, seus autores trabalharam com testes de Desenho-Estória e Desenho da Família. Utilizaram este instrumento em crianças primogênicas, para investigar as concepções sobre a gravidez da mãe e o seu lugar na família como um futuro irmão mais velho. Mostra que não apenas através da fala, mas por meio de brincadeiras e das técnicas utilizadas nos instrumentos, expressam suas ansiedades e angústias diante dessa fase marcante em suas vidas à chegada desse irmão estranho. Fantasiam, especialmente,

sobre a perda do amor dos pais e a perda do espaço no núcleo familiar.

As autoras captam conceitos de Winnicott quanto ao filho único e as desvantagens de uma criação sem irmãos: em que o brincar solitário passa a se tornar desinteressante e assim a criança volta sua atenção para os adultos. Enquanto que com a chegada de um irmão, ressalta a importância que o primogênito se depare com sentimentos de ambivalência em relação ao bebê, pois é nele que o primogênito pode perceber que o ódio sentido por ele passa a coexistir com o amor, a medida que constrói uma relação de companheirismo, cumplicidade e carinho para com o irmão recém-chegado. Sentimentos como o ciúme, para Winnicott, são considerados positivos, visto que favorecem ao primogênito a capacidade de desenvolver recursos para lidar com esse sentimento à medida que for crescendo e convivendo com o irmão e os pais. Também, indica que a chegada de um irmão prepara o mais velho para a convivência com a diversidade no âmbito familiar.

Assim como no artigo 2, o Desenho-Estória marca um instrumento que fomenta analisar as fantasias dos entrevistados por meio da fala e do desenho, bem como fazer interpretações através do princípio do mecanismo de projeção.

Artigo 9: Entre Neikos e Philia: notas sobre o complexo fraterno no caso Aimée

Este artigo, publicado em 2015, sua autora vinculada à Instituição Corpo Freudiano Escola de Psicanálise - Seção Belém, trabalha o Complexo Fraterno sob o entendimento dos conceitos de Assoum em sua obra “Lecciones psicoanalíticas sobre hermanos y hermanas”; também em Lacan, onde as questões de fratria são essencialmente trabalhadas a partir do fenômeno do duplo. No estudo de caso aqui relatado (9), Aimée transfere seus delírios para outras pessoas, em uma tentativa de se desprender de sua irmã Elise, sua fixação primitiva. Como se trata de um estudo de caso sobre a relação fraterna entre Aimée e Elise, a autora (9) também capta escritos de Freud no que se refere à relação entre irmãos e irmãs, especificamente. Este estudo (9) corrobora igualmente com Freud, a noção do complexo de Édipo que se estende ao complexo familiar com a chegada de outros irmãos, vistos pelo filho mais velho como intrusos e rivais.

Artigo 10: O complexo fraterno: Reflexões acerca do ciúme e inveja entre irmãos

Neste artigo de revisão teórica, publicado em 2014, sua autora vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, resgata os conceitos fundamentais de complexo fraterno por Kaës e Kancyper, autores que se debruçaram

especificamente em elevar a relação fraterna como um real complexo psicanalítico. Explora em particular, as dinâmicas de ciúmes e inveja na fratria.

As citações freudianas nesse texto se referem à orientação dominante sobre a relação fraterna desenvolvida por Freud: os efeitos das relações entre irmãos e irmãs sobre sua organização psíquica ulterior.

O ELO ENTRE AS PROPOSIÇÕES DE FRATRIA NAS ABORDAGENS CLÍNICA E SOCIAL

Artigo 7: Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social.

Esse estudo, realizado por psicanalistas vinculadas à Pontifícia Universidade Católica-RJ, apresenta uma revisão bibliográfica cujo resultado indica os anos 2000 como o ponto de partida para um interesse maior por parte de psicanalistas, em estudarem sobre as relações fraternas. Traz como ponto central a fratria, assim as autoras exploram profundamente a relação entre irmãos em inúmeros âmbitos. É importante ressaltar que neste texto, o exemplo de famílias em que os irmãos cúmplices mantêm grande proximidade afetiva e a relação fraterna que se estende à família mais ampla quando crescem, gerando um intercâmbio afetivo amoroso entre tios e sobrinhos que vai se refletir na amizade entre os primos. Sobre a amizade, as autoras

tratam esta como um laço fraterno que o sujeito escolhe formar socialmente, chamando-os de “irmãos escolhidos” e destaca que a amizade representa a qualidade de fraterno enquanto semelhante. Elas apontam, no entanto, uma certa escassez para uma literatura que trabalhe a relação de amizade e solidariedade entre irmãos, ao mesmo tempo que criticam a existência de uma tendência a privilegiar as relações de rivalidade fraterna como importante estruturante psíquico. Chamam a atenção para relações deficitárias quanto ao cuidado parental, onde os irmãos assumem o papel de cuidadores e criam uma rede de apoio uns aos outros, corroborando assim, com a proposição dos textos 1 e 5, respectivamente.

Não deixam de se basear em Kehl e no complexo fraterno de Kancyper. Porém, em Freud, apontam questões como o narcisismo das pequenas diferenças que aparecem nas relações com o Outro corroborando os textos *Psicologia das Massas* e *a Análise do Eu e do Mal-estar na civilização*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo visou analisar as contribuições teóricas sobre a fratria no contexto brasileiro nos últimos dez anos. Se busca aqui saber de que forma os autores têm tratado o laço fraterno psicanalítico na contemporaneidade. Foi

constatado que pesquisadores do Norte, Sul e, majoritariamente, do Sudeste do país se debruçaram sobre esta temática, bem como uma ausência de pesquisas advindas das regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Observou-se que pela análise da revisão integrativa, a psicanálise que explica a gênese do laço social entre iguais não pode estar dissociada das novas teorias clínicas, tendo em vista que amplos conceitos sobre fratria como o Complexo Fraternal foram se desenvolvendo a partir destes primeiros escritos de Freud. Ainda que seja de ordem muito mais antropológica que clínica, *Totem e Tabu*, assim como *Psicologia das Massas e Análise do Eu e Mal-Estar na Civilização* podem fornecer importantes saídas positivas acerca de como o laço fraterno pode ser usado a favor da construção de grupos e tornar os amigos seus “irmãos eleitos”, assim como também pode apontar para a problemática do narcisismo das pequenas diferenças.

Há uma notável falta para a visão e o desenvolvimento da teoria Kleiniana sobre os irmãos, especialmente na infância, assim como não têm se falado ou retomado - ao menos nos últimos 10 anos - às teorias de Adler, outro psicanalista o qual contribuiu para o avanço da literatura das questões fraternas.

Estudos como os artigos 1 e 6 são de grande contribuição para a literatura brasileira sobre a perspectiva de

laço, que se encontra atrelado às relações dentro das mais diversas instituições (formais ou informais) na realidade brasileira. Enquanto isso, os estudos empíricos mostraram que por meio de técnicas de investigação da personalidade como Desenho-Estória, Desenho-Estória Temático e Desenho da Família Temático, a psicanálise Winnicottiana se faz presente em demonstrar os arranjos e mudanças possíveis a serem feitas no núcleo familiar para o filho único que está a esperar um irmão - seja este biológico ou adotivo - de forma a situar e adequar o mais velho a essa nova realidade. A obra da brasileira psicanalista Maria Rita Kehl e colaboradores é reconhecida em três dos artigos encontrados na revisão (27,27%), de forma que expõe como a questão do fraterno, aberta há 22 anos, ainda se faz importante na contribuição sobre o desenvolvimento de teorias e reflexões no campo psicanalítico. Da mesma forma, as autoras do texto 7, publicado no ano de 2011, Goldsmid e Féres-Carneiro, contribuem trazendo robustos conceitos sobre o tema desde 2007 em seu artigo "A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão" utilizando-se principalmente dos conceitos de Freud nos âmbitos sociais e grupais, atrelando-os ao âmbito familiar. Assim, acabam por embasar outros textos encontrados nesta revisão (2 e 8), favorecendo um resgate à temática e uma imprescindível atualização na literatura sobre o laço fraterno.

REFERÊNCIAS

- ADLER, Alfred (1930). **L'Enfant difficile**. Paris: Payot, 1949.
- CARVALHO FILHO, João Gualberto Teixeira de; CHAVES, W. C. A acepção de família na teoria psicanalítica: Sigmund Freud, Melaine Klein e Jacques Lacan. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.41, jul./dez, 2014, 100-118 p.
- FREUD, Sigmund (1897). In: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Org.). **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- FREUD, S. Totem e tabu. *In*: FREUD, S. **Totem e Tabu**, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914) São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- GOLDSMID, R.; FÉRES-CARNEIRO, T. A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, 2007, 293-308 p.
- KAËS, R. **O complexo fraterno**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2011.
- KANCYPER, L. **O complexo fraterno: estudo psicanalítico**. São Paulo: Blucher, 2019.
- KEHL, M. R. Existe uma função fraterna? Recuperado em 09 de abril de 2022, de Ato e Transgressão: **Correio APPOA**, 2000.
- KLEIN, M. (1932). **A psicanálise de crianças**. Tradução: L. P. Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- LACAN, J. (1938). **Os complexos familiares**. 2ª edição. [S. l.]: Ed. Zahar, 1987.
- MONZANI, L. R. Totem e Tabu: uma revisão. **Revista de Filosofia Aurora**, Curitiba, v. 23, n. 33, p. 243-255, jul./dez, 2011.
- PEREIRA, C. R. R.; LOPES, R. de C. S. Rivalidade fraterna: Uma proposta de definição conceitual. **Estudos de Psicologia**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2013, p. 277-283.



A ÚLTIMA DANÇA:

A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NA PSICOSE A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME **CISNE NEGRO**

- » **Zaeth Aguiar do Nascimento**
- » **Cleide Pereira Monteiro**
- » **Amanda Oliveira Magalhães**

INTRODUÇÃO

Nina é uma bailarina de uma prestigiada companhia de Balé de Nova York e o seu desmoronamento psíquico desponta a partir da convocação para que ela interprete o papel de Rainha dos Cisnes, da peça *O lago dos Cisnes*, remontada pela companhia, sob a direção coreógrafa e artística de Thomas Leroy.

Thomas deseja que a sua versão de O Lago dos Cisnes seja visceral e descreve o enredo da seguinte forma: *“Todos nós conhecemos a história. Uma garota virgem, pura e doce presa no corpo de um cisne. Deseja liberdade, mas apenas o verdadeiro amor consegue quebrar o feitiço. O seu desejo é quase concedido na forma de um príncipe. Mas antes que ela*

possa declarar o seu amor, sua irmã gêmea luxuriosa, o Cisne Negro o engana e seduz. Devastado, o Cisne Branco se atira de um penhasco, matando a si mesmo e na morte encontra a liberdade.”.

Inserida na estrutura psicótica, Nina toma as palavras de Thomas como um imperativo: a Rainha dos Cisnes de forma visceral, na pele, as duas versões do Cisne: o Branco, angelical, inocente e o Negro, malicioso e sensual. A transmutação acontece no registro *real*, em sua carne, sem que haja alguma interpelação simbólica que pudesse a sustentar. Assim, seu corpo se despedaça.

No desfecho da peça, o Cisne Branco não consegue quebrar a maldição que lhe foi lançada, pois o Cisne Negro seduz e engana o príncipe, o seu amor verdadeiro. Em profunda angústia, o Cisne Branco se mata. Da mesma forma, em sua última dança, Nina atualiza o trágico da peça *O lago dos Cisnes* e despenca ferida, em direção à morte.

A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NA PSICOSE: EXPERIENCIAR UM CORPO DESPEDAÇADO

Partindo da perspectiva freudiana e lacaniana a respeito da constituição de corpo na psicose, formulou-se a pergunta norteadora do estudo: ‘Como se constitui o corpo na psicose?’. A experiência cinematográfica de *Cisne Negro* (2010) favorece a compreensão à medida que ilustra, de

maneira bastante intensa e verossímil, como esse corpo se constrói e se desconstrói, através das vivências corpóreas sentidas por Nina.

Deste modo, propõe-se a realizar uma análise fílmica intentando relacionar os conceitos psicanalíticos de *corpo* e *psicose* com o filme *Cisne Negro* (2010). A linguagem cinematográfica facilita a visualização, por meio das cenas selecionadas, de momentos que ilustram o que significa experienciar um corpo fragmentado, noção de corpo percebida na psicose.

Em um entendimento freudiano, a constituição do corpo é uma construção operada pelo próprio sujeito, independente de sua estrutura psíquica. Todavia, há diferenças importantes concernentes ao modo como cada estrutura (neurose, psicose ou perversão) produz a existência desse corpo, principalmente quando se observa as relações libidinais que ocorrem no processo de desenvolvimento psicosssexual.

Na psicose, há uma falha na integração da imagem do próprio corpo, o que provoca uma experiência de fragmentação, desintegração. Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (2010) pontua uma pertinente diferenciação na fixação da libido na estrutura neurótica e na estrutura psicótica. Na neurose, a libido do objeto (do mundo externo) pode ser realocada parcialmente em uma *fantasia*. Na psicose, por sua vez, isso não acontece.

O sujeito psicótico não possui recursos simbólicos para realocar essa libido objetual em fantasia. Assim, a libido que seria direcionada aos objetos externos, retorna ao Eu, ou seja, ao seu próprio corpo. Posto isso, no desenvolvimento psicosexual da psicose, a libido que deveria se dirigir aos objetos é direcionada ao próprio ego, configurando uma fixação no narcisismo.

A partir do Caso Schreber, Freud (1911) localiza diferentes pontos de fixação libidinal entre a esquizofrenia e a paranoia. Esta distinção refere-se ao nível de regressão da libido; na esquizofrenia essa regressão é ainda mais severa, havendo um retorno libidinal para fases primitivas do desenvolvimento psicosexual, enquanto na paranoia o ponto de fixação é no narcisismo.

Todavia, considerando que o desenvolvimento da libido não acontece de forma linear, é possível que em quadros de paranoia a libido possa retornar à primeira fase do desenvolvimento e ocasionar fenômenos esquizofrênicos. Mas, tal ocorrência não se configura esquizofrenia, pois não há uma fixação permanente nessa fase. Assim, a esquizofrenia seria descrita como “o protótipo do narcisismo em alto grau.” (Alvarenga, 2008, p.3). Os mecanismos de formação dos sintomas paranoides, por sua vez, são próprios e são descritos por Freud (1911) como: projeção, transformação

do afeto e de percepções internas e externas e a homossexualidade (Alvarenga, 2008).

Concernente a isso, o ‘perseguidor’ na paranoia é alguém que em outro momento foi amado, havendo uma transformação desse afeto, exemplificando na seguinte proposição: “Eu não o *amo* - eu o *odeio*, porque ele me persegue” (Freud, 1911, p.71).

A intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo, enquanto sua qualidade é transformada no oposto. A pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada. O principal propósito da perseguição asseverada pelo delírio do paciente é justificar a modificação em sua atitude emocional. (Freud, 1911, p. 50)

Tais configurações de amor e ódio extremados são padrões notoriamente observados maneira como Nina toma suas relações afetivas. Por vezes, ela acredita veementemente que o Outro (sua mãe, Lily, Thomas ou Beth) a ama, outras vezes acredita que está sendo perseguida e que está eminentemente prestes a ser destruída por esse Outro.

Frente à invasão de gozo do Outro, como uma forma de defesa ou como uma tentativa de barra, Nina produz fenômenos elementares: delírios e alucinações. É possível interpretar que as manifestações dos fenômenos elementares da psicose se configuram como produções subjetivas que representam uma tentativa do Eu de regular o excesso

de pulsão que não consegue ser escoado para os objetos externos e que, como efeito, retornam ao próprio corpo (Marini; Martinez, 2019).

Os escritos de Freud abriram caminho para os estudos de um corpo erógeno e subjetivado, traçando um percurso teórico que designou subsídios para autores pós-freudianos lançarem suas próprias hipóteses. Inspirado pelo legado freudiano, Jacques Lacan inaugurou os seus estudos psicanalíticos sobre a origem da psicose paranoica em sua tese de doutorado “Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade” (Lacan, 1932).

Na tese, Jacques Lacan empenhou-se a romper com as propostas psiquiátricas tradicionais da sua época, buscando uma explicação para a formação do Eu a partir da síntese psíquica (função responsável por integrar o sujeito e o mundo). Diante disso, Lacan lançou a hipótese que tal síntese estaria correlacionada à própria construção da personalidade (Faustino, Falek, 2014).

Avançando em suas formulações teóricas, Lacan (Lacan, 1966/1998) propõe o *estádio do espelho como formador da função do eu*, em uma comunicação feita ao XVI Congresso Internacional de Psicanálise, em Zurique, em Julho de 1949, buscando responder uma questão que Freud deixou em aberto na sua teoria sobre o Narcisismo: qual

seria a ‘nova ação psíquica’ que formaria o Eu, convocada na passagem do autoerotismo para o narcisismo.

O esquema do estágio do espelho, proposto por Lacan, descreve uma experiência primordial de integração e de constituição do Eu que consiste no reconhecimento do sujeito com a sua própria imagem. Esse processo se revela “como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (Lacan, 1966/1998, p. 100).

Tal processo de integração representa o momento de estabelecimento da ligação do mundo interno com o mundo externo. Lacan coloca ainda que nessa experiência de descoberta, o Outro é primordial (Lacan, 1966/1998), pois a construção do corpo unificado é atravessada necessariamente pelo olhar do Outro. Nesse sentido o autor coloca, inclusive, o *espelho* como uma metáfora do olhar materno.

Na fase autoerótica, mais primitiva, a imagem que se observa do próprio corpo é percebida de forma fragmentada, não unificada, sendo, portanto, o processo de reconhecimento no espelho um ponto crucial no desenvolvimento do bebê. A função materna é primordial na noção desse corpo porque é na alteridade com o outro (com o cuidador) que a criança toma consciência da existência de si.

A partir da relação com o Outro, primordialmente, é que o bebê consegue em etapas perceber-se como sujeito

e perceber a realidade circundante (Andrade, 2016; Cukiert, Priszkulnik, 2002). Essa experiência de identificação com a própria imagem ocorre entre os seis e dezoito meses de idade e acontece em três tempos.

No primeiro tempo, a criança busca se aproximar da sua própria imagem no espelho, imaginando que ali existe um outro. No segundo, há a descoberta que essa imagem refletida no espelho não pertence a um outro real, mas sim a uma projeção. Essa etapa representa ainda um conflito, visto que a criança não consegue separar o que é ela e o que é o outro. Já no terceiro, momento de integração, a criança consegue finalmente identificar que a imagem que observa é a sua imagem, reconhecendo-se e tomando consciência de que possui um corpo unificado (Aragão, Ramirez, 2004).

Como consequência, é como se o corpo, antes percebido de forma fragmentada ou despedaçada, agora encontrasse uma unidade, referenciado pelo Eu (Andrade, 2016). Portanto, o esquema do estádio do espelho é primordial para a construção de uma unidade corpórea e da noção de sujeito, definindo uma distinção entre eu e o outro.

Em diversas passagens do filme, como nas cenas em que Nina observa o seu próprio reflexo no trem ou no espelho, há um estranhamento, como se ela não reconhecesse a si mesma, a sua imagem e seu corpo. Outras vezes, ela se confunde com Lily (antagonista), com Beth (ex-bailarina

principal da companhia) ou até com alguma estranha na rua, representando uma falha de identificação com a sua *imago* corporal.

Dessa forma, é possível analisar que Nina apresenta uma dificuldade de compreender o seu corpo como unificado e próprio. Tal estranheza e desconhecimento do que a separa do Outro aponta para uma falha nesse processo do esquema do estágio do espelho, período do psiquismo que, como explicado, representa um momento essencial de constituição da identidade, de corpo unificado e consciência de si como sujeito (Lacan, 1998).

A relação de Nina Sayers com Érica Sayers (mãe) não é abordada desde a infância, ou seja, não há indícios para o telespectador de como possa ter se estabelecido entre elas as primeiras relações objetais. Apesar disso, a dinâmica e os efeitos dessa relação aparecem no filme e nos dá indícios de que há uma espécie de *colagem* entre elas, que vai além de uma dependência psíquica ou emocional.

As cenas iniciais demonstram um suposto cuidado entre mãe e filha, porém, o desenrolar da dramaturgia demonstra que elas se enodam em uma relação intimamente conturbada. Nessa relação, Nina é constantemente tomada como objeto. Quando se sente invadida em excesso por sua mãe, Nina produz delírios como forma de defesa. É uma

tentativa de barrar esse gozo materno no *real*, ou seja, em seu próprio corpo.

Aqui, cabe destacar que Erica é uma ex-bailarina profissional que não conseguiu realizar os seus sonhos e não mede esforços para que a filha os realize, alcance sucesso e se torne uma *bailarina perfeita*, mantendo Nina sob constante vigilância física e psicológica. Nina sente essas exigências da mãe de forma desmedida e os seus pedidos tornam-se imperativos.

Sua mãe a chama de *sweet girl* (garota doce) e esse lugar era o que inicialmente a sustentava, ela cumpria bem com o papel de 'Cisne Branco' porque condizia com a identificação imaginária que ela tomou para si por toda vida: incorporar uma garota meiga, doce, perfeita. À medida que Nina é convocada a incorporar o papel do Cisne Negro, de uma mulher sensual, maliciosa e rebelde, esse *status* que a sustentou, até então, cai.

Assim, a convocação para representar a Rainha dos Cisnes coincide com a progressão do desencadeamento da psicose. Os delírios e alucinações denunciam que Nina não está apenas obcecada por interpretar o papel: ela estava identificada a *ser* a bailarina perfeita.

Beth Macintyre costumava ser a bailarina principal da companhia, admirada por sua trajetória e perfeccionismo na dança, além de ter sido a '*princesa perfeita*' aos olhos de

Thomas. Para Nina, Beth representava algo além de uma referência ou inspiração; para o Outro, ela ocupa essa posição de objeto, portanto, para assumir o posto de bailarina principal, precisa capturar a identidade de Beth. Por isso, Nina furta dela pequenos objetos, ocupa o seu camarim e o que ela significava para Thomas.

Quando Beth é dispensada da companhia por Thomas e vê Nina tomar o seu lugar, entra em desespero e acaba se acidentando. Nina, então, decide visitá-la no hospital, profundamente ressentida com o acontecido. Uma interpretação possível é que Nina tenha se sentido responsável pelo ocorrido, já que havia uma mistura indissociável entre ela e o Outro.

Em uma das cenas mais ilustres, poucos dias antes da apresentação, Nina está em pleno surto. Ela está extremamente sobrecarregada pelas pressões da estreia (internas e externas) e decide, repentinamente, visitar Beth no hospital para devolver os seus pertences.

No hospital, Nina apresenta perturbadores delírios e alucinações: vê sua própria imagem em Beth, enxergando-a se ferindo no rosto gravemente e depois alucina que está a assassinando com uma faca. Nesse momento, a psicose de Nina já estava totalmente desencadeada.

Chegando em casa, Nina continua perturbada pelas alucinações e escuta constantemente "*sweet girl*" (garota doce), apelido pelo qual sua mãe lhe chamava. Depois,

corre em direção ao seu próprio quarto e vomita em seu banheiro. Ela escuta a sua mãe chorar e vai até o seu atelier. Então, se depara com vários desenhos de sua imagem feitos por sua mãe, falando em eco "*sweet girl*". Nina se enfurece e começa a arrancá-los da parede. De repente, Érica (mãe) surge e Nina se tranca no quarto.

Ali ocorre uma forte cena de transmutação: olhando-se no espelho, ela enxerga os seus olhos vermelhos e uma textura diferente em uma ferida em suas costas, como se houvessem espinhos saindo de sua pele. Esses espinhos remetem a penas pretas, como se ela estivesse transmutando para o Cisne Negro.

Quando Érica finalmente invade o quarto, elas iniciam uma briga física e Nina acaba fechando a porta na sua mão. Sua mãe grita de dor e a porta do quarto se fecha. Depois, Nina alucina que as suas pernas estão quebrando e o seu corpo, literalmente, desmorona no chão. Aqui, é o *real* que se revela, retornando em sua pura forma ao corpo de Nina. A cena do "desmonte" representa no corpo uma tentativa de barrar a invasão de gozo materno.

No dia seguinte, dia da estreia, Nina acorda desorientada e com a mãe ao seu lado, dizendo que havia ligado para o teatro e falado que ela não estava bem para se apresentar. Nina se levanta rapidamente e percebe que a sua porta está trancada com chave. Ela avança em Érica,

apertando a sua mão já machucada. A mãe, então, pergunta onde está a sua *sweet girl* e Nina prontamente responde: ela se foi. E assim, Nina desapareceu junto.

Outra personagem importante no enredo é Lily (antagonista). Essa personagem se apresenta de forma descontraída, assumindo um estilo de dança mais contemporâneo e livre, em oposição ao de Nina, clássico e frágil. As personagens representam uma dicotomia simbólica entre o cisne branco e o cisne negro: a luz e inocência *versus* a escuridão e sensualidade.

Suas características físicas e personalidades expressam um *duplo*, como duas imagens do mesmo objeto refletidas em um espelho. Nina ora a toma como objeto de amor e tem a certeza que Lily a ama (erotomania), ora decisivamente crê que ela planeja ocupar o seu lugar e destruí-la (delírio persecutório). Essa dinâmica é constante em toda a dramaturgia, do início ao fim.

De fato, as intenções de Lily eram bastante intrigantes e ambíguas. Em várias cenas, era difícil distinguir entre alucinação e realidade na interação entre elas. Durante as seletivas, Lily e Nina foram as principais dançarinas a disputar o papel de Rainha dos Cisnes. Thomas constantemente as comparava, desafiando e provocando Nina, até que ela finalmente conseguiu incorporar 'as duas versões' do Cisne da forma que ele desejava e conquistou o papel.

Um dia antes da estreia da peça, Nina descobre que Lily a substituiria, caso necessário. De imediato, Nina procura Thomas para tirar satisfação, dizendo: “não pode ser ela, ela quer o meu papel!”. Thomas diz que toda bailarina no mundo quer este papel. Nina diz: “Não, é diferente. *Ela está me perseguindo*. Ela quer me substituir”. Thomas nega: “Ninguém está te perseguindo. Amanhã é o seu dia. Dê um show e não terá que se preocupar com a Lily, nem com mais ninguém. Vá para casa e descanse.”.

Apesar da tentativa de Érica de impedi-la de se apresentar, Nina escapa. Momentos antes da apresentação, enquanto Nina se maquia no camarim, demonstra para Thomas uma postura nitidamente diferente, confiante e sem medo. Ele concorda em deixá-la subir ao palco como Rainha dos Cisnes e diz: “A única pessoa no seu caminho é você mesma. Deixe-se levar.”.

Sozinha no camarim Nina observa com estranheza o seu próprio corpo no espelho. Enxerga os seus dedos colados um no outro e observa a sua pele mudar de textura, como se estivesse de fato se transformando em um cisne. No primeiro ato, incorporando o Cisne Branco, Nina dança lindamente, cumprindo com a leveza e suavidade requeridas no papel.

Quando retorna às coxias, enxerga Lily flertando com o bailarino que interpreta o príncipe. Depois, vislumbra

as outras bailarinas zombando dela e depois confunde a sua própria imagem com a imagem delas, se desconcentrando. Ela retorna ao palco desnorteada e tomada por alucinações. Então, entra em cena com o príncipe, ela acaba caindo. Thomas fica furioso. Nina encerra o número do Cisne Branco aos prantos, de costas para o palco.

Quando as cortinas se fecham, Thomas parece não estar nada satisfeito com o ato, dizendo que foi um desastre. Nina, então, se desestabiliza totalmente. Tranca-se no camarim para se preparar para o segundo ato e se depara com Lily se olhando no espelho, vestida com a roupa do Cisne Negro, se maquiando e dizendo-lhe que vai entrar em cena porque ela não parece ser capaz de interpretar o papel.

Então, Nina e Lily começam a brigar. No entanto, Lily não está lá de fato: Nina está brigando consigo mesma e não consegue distinguir a sua própria imagem com a de Lily. Vislumbrando Lily no reflexo do espelho, ela se arremessa, acreditando estar arremessando Lily.

O espelho se despedaça e, por fim, ela enfia um pedaço de vidro em sua própria barriga. Mesmo ferida, o seu corpo encontrava-se anestesiado, pois entendia que havia ferido e matado Lily. Com isso, é como se ela tivesse capturado o que Lily representava (sob a sua perspectiva): uma mulher maliciosa, sensual, má; ou seja, o Cisne Negro. A transmutação foi uma saída pela via do real.

Assim, na cena, houve em Nina uma espécie de fusão: o Cisne Branco e o Cisne Negro agora coexistiam em seu corpo. Nesse ponto ela já estava totalmente tomada pelo gozo do Outro, já havia internalizado completamente o Cisne Negro, como Thomas desejava. Nina retorna ao palco confiante, dança de forma ousada e sublime, indo, de fato, além da perfeição.

Sua performance é aclamada pelo público. Enquanto dança, com o corpo totalmente arrebatado pelo gozo, Nina enxerga os seus braços se transformando em grandes asas negras. Nina ri em êxtase e segue para o próximo ato, dançando ferozmente, libertando suas asas ao final da sequência de *fouettés* que tanto ensaiou.

Quando finaliza, absorve os aplausos da plateia e lança um beijo em Thomas, nas coxias. Cerca de 15 minutos antes de entrar para o ato final, no qual ela retornaria como Cisne Branco, Nina volta para o seu camarim, ainda alucinando, e imagina estar estancando o sangue de Lily, que estava escorrendo da porta de um armário.

Lily, então, bate na porta do seu camarim. Veio desejar-lhe boa sorte e elogiá-la, dizendo que ela estava incrível em cena. Aqui, o delírio é posto à prova frente à realidade. Nina, então, abre o armário onde achava ter escondido o corpo de Lily e não encontra nada. Quando se veste com o figurino de Cisne Branco, ela olha para o seu ventre e se

dá conta que está sangrando, gravemente ferida. Ela retira o pedaço de vidro do espelho da própria barriga e segue para a cena final.

Apesar de machucada, Nina decide não parar. No camarim, chora em frente ao espelho por um momento, mas depois volta a se maquiar, assumindo um semblante tranquilo e satisfeito, como se já tivesse aceitado o seu destino. Na última cena, na qual a princesa Odette (Cisne Branco) se suicida, ela sobe em um plano mais alto e nesse momento ela está sangrando muito. Nina reverencia o balé, a plateia e encontra o seu olhar com o olhar da mãe, que está a assistindo. Depois, se lança ao abismo, entregando-se para a morte.

O seu sangue se espalha discretamente no colchão enquanto Thomas se aproxima, ainda não percebendo o ocorrido. Ele diz que todos a amam e que ela é a sua *'pequena princesa'*, mesma denominação que ele havia dado à Beth. De repente, Lily olha espantada, sendo a primeira a perceber a tragédia anunciada. Thomas pergunta desesperadamente o que ela havia feito, e em suas últimas palavras, ela diz extasiada: *"Eu senti. Perfeito. Foi perfeito."* Nina sente a perfeição, literalmente.

É interessante observar que à medida que Nina se transmuta nos dois cisnes (o branco e o negro), o seu corpo se desintegra, domado por um gozo mortífero. Com o corpo totalmente arrebatado, em êxtase no ato da dança, Nina

despenca no vazio, à medida que ela se perde enquanto o aporte imaginário de ser a '*garota doce*' cai. Essa queda ocorre paulatinamente, até restar o nada; o corpo de Nina transforma-se em puro gozo.

O aniquilamento do seu corpo ocorre no *real* e desvela-se na medida em que o enredo avança e ela se encontra cada vez mais emaranhada ao Outro, na posição de objeto. Ao realizar a última cena, jogando-se do alto com um pedaço de vidro dentro da sua barriga e dando um fim a sua vida, Nina cumpre o seu destino final: de encarnar a bailarina perfeita.

O diálogo entre a teoria psicanalítica e o filme permite ilustrar como esses conceitos se materializam, com o intuito de elucidar os conhecimentos sobre os efeitos da psicose no corpo e, ao mesmo tempo, mobilizar novos caminhos de atuação para com a lida com a loucura, em prol da melhoria no trato e cuidado de sujeitos em grave sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, F. O fenômeno psicótico: sob a ótica de Freud e Lacan. **CliniCAPS**, Belo Horizonte-MG, v. 2, n. 5, p. 22, ago., 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 set. 2023.

ANDRADE, P. **As imagens do meu corpo**: uma análise do filme Cisne negro. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia).

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

ARAGÃO E RAMIREZ, H. H. Sobre a metáfora paterna e a forclusão do nome-do-pai: uma introdução. **Mental**, Barbacena, v. 2, n. 3, p. 89-105, nov., 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2023.

CUKIERT, M; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, p. 143-149, 2002.

FAUSTINO, D. D.; FALEK, J. A originalidade e a origem do estádio do espelho em Lacan. **Estilos da Clínica**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 465-481, 2014. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v19i3p465-481. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/89737>. Acesso em: 21 set. 2023.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, [S. l.], v. 12, p. 14-50, 2010.

FREUD, S. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v. 12, p. 15-89, 1911.

LACAN, J. **Da Psicose Paranóica e suas Relações com a Personalidade**. Rio de Janeiro: Forense, 1932.

LACAN, J. **O estádio do espelho como formador da função do eu**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103. (Texto original publicado em 1966).

LACAN, J. **O seminário, livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MARINI, S; MARTINEZ, V. O narcisismo e a relação com a alteridade nas psicoses sob os olhares de Freud, Tausk e Federn. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 22, p. 298-313, 2019.

SEGUNDA PARTE

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/cvK3wqHVstDhPZdk6Z-QDRpj/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2023.

CONFISSÃO E CULPA: OS MODOS DE EXISTÊNCIA HOMOSSEXUAL

» Adriano de León³

Não existe um sujeito homossexual, assim como não existe um heterossexual ou um bissexual. Existem moções pulsionais e movimentos identificatórios que se deslocam, mais ou menos livremente, e que se manifestam nas escolhas objetais que sustentam as diversas expressões da sexualidade.

Paulo Ceccarelli (2010)

O ano é 1921. A situação: a Associação Psicanalítica Internacional (IPA) deveria ou não aceitar como membro da sociedade psicanalítica “um médico conhecido como homossexual assumido?” Ernst Jones, primeiro psicanalista inglês, sugere aos demais membros do Comitê que a exclusão de homossexuais da formação analítica deveria ser a norma geral. Sigmund Freud e Otto Rank são de opinião contrária, pois “a decisão em tais casos deveria basear-se em uma avaliação individual das qualidades da pessoa.”

3 Quando me refiro à análise, vou mudando o gênero ao longo do texto, fugindo tanto das generalizações de gênero quanto da linguagem neutra. Este ensaio pode ser livremente copiado, sem a menor necessidade de me citar.

Surpreendentemente, a postura de Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro é que *“por enquanto, seria melhor rejeitar, por princípio, todos os homossexuais declarados; geralmente, eles são muito anormais”*. Essa posição prevaleceu na IPA por mais de cinquenta anos, mas nunca foi escrita⁴.

Nos Estados Unidos, com a luta do movimento de liberação gay, as coisas mudaram. Na França, Jacques Lacan foi, no plano clínico e institucional, o primeiro a romper radicalmente com a perseguição aos homossexuais na IPA. Lacan aceitou o princípio da sua integração como didatas. No entanto, no plano teórico, ele nunca deixou de colocar a homossexualidade do lado da perversão.

No final dos anos 1970, militantes da Frente de Libertação Gay lutavam com a Associação Americana de Psiquiatria para retirar a homossexualidade do DSM, quando apresentaram a proposta: *“Parem de falar da gente, falem com a gente”*. Isto já era uma tentativa de desestabilizar as relações de poder: *“Não nos tratem como objetos, somos sujeitos”*.

Existe uma especificidade da clínica LGBTQIAPN+? Sim e não. O lugar que cada sujeito ocupa nas relações de poder determina sua subjetividade.

4 Muitas fontes histórias foram consultadas na internet, além de autores como Renato Mezan e Peter Gay.

Michel Foucault na *História da Sexualidade* (FOUCAULT, 1988), atentou para o fato que o sexo é uma estratégia discursiva. Sexualidade é linguagem. A situação de esconder sua sexualidade tida como “não natural” se resguarda no ato do silenciamento (o armário). Complementando este pensamento, Wittig (2022, p. 09), escritora feminista francesa, diz que tudo é cultura, mesmo que no seio da cultura haja natureza. Um exemplo disto é a relação heterossexual, como relação obrigatória entre um homem e uma mulher. Como se a natureza, esta mesma, não fosse uma invenção da cultura.

A ideia da autora surge da convicção, certamente polêmica, de que a Psicanálise, da maneira como é praticada, não compreende bem as sexualidades que não respondem à normatividade heterossexual. Como diria Foucault, a Psicanálise faz parte do dispositivo da sexualidade, desta série de regulações e teorias que tem por base a heteronormatividade, ou seja, dos dispositivos de regulamentação da heterossexualidade obrigatória.

José Paulo busca a análise a partir de uma dúvida: devo ou não dizer a meus pais que eu sou gay? Nas sessões, me conta que sempre se viu diferente dos outros meninos na escola. Apesar de gostar de futebol, gostava mais das coisas de meninas, da convivência com as meninas. A agonia de José Paulo era pertencer a dois mundos. De um lado,

ele queria as vantagens de ser heterossexual, aceito pela família e grupos os quais ele pertencia. Mas para isto, teria que namorar, casar, se enquadrar. Por outro lado, ele não se via com meninas. Nos movimentos dos primeiros beijos, ficou com meninas e até namorou uma. Mas quando deu seu primeiro beijo noutra rapaz, a vida mudou drasticamente. Talvez com a possível aceitação da família à sua condição de gay facilitasse um pouco a vida que ele supostamente teria pela frente.

Muito embora eu concorde que gay (ou “homossexual”) não seja categoria da Psicanálise, creio que haja uma especificidade da experiência destes sujeitos que seria melhor o psicanalista considerar ao ouvir um paciente homossexual. Os pacientes gays e as pacientes lésbicas conhecem experiências que são muito particulares. A experiência do armário, por exemplo⁵. Dado isto, elas têm que tomar algumas decisões e se guiar a este respeito, além da constante ameaça de ser ofendida, de ser insultado por conta da experiência homo. Há sempre uma ameaça rondando os diferentes.

Se o analista não entende algumas questões que formam a especificidade desta experiência, ele irá se perder no seu próprio modo de enxergar o mundo. A analista deve perseguir a compreensão dos atributos deste sujeito em

5 Vale a pena consultar o livro *Epistemologia do Armário* de E. Sedgwick.

particular, acrescida da posição que o sujeito homo tem em relação ao outro, o que inclui muito mais que a linguagem ou os pais, inclui o sistema educativo, a mídia, as regras, o discurso médico-psiquiátrico e jurídico, as representações artísticas, e toda uma estrutura de poder, nas palavras de M. Foucault, o dispositivo da sexualidade. A analista é um sujeito diante do seu tempo. Então, se ele não entende o que se passa no mundo, é quase certo que aquilo que escapa à sua escuta vai truncar a subjetividade do analisando, e o mais provável é que em vez de ajudar a resolver o drama, gere mais culpa e repressão.

Nos seus estudos iniciais sobre paranoia, S. Freud estabeleceu uma relação entre paranoia e homossexualidade⁶. O paranoico se defenderia de uma homossexualidade inconsciente. Seriam então os homossexuais paranoicos? Certamente, só que sua “paranoia” não pode ser reduzida a mecanismos “psicológicos”; são mais registros de sua existência num mundo marcado por uma heterossexualidade tida como certa e natural. Então é lógico que o sujeito se sentindo fora desta caixa da “normalidade”, vai desenvolver algum tipo de neurose ligada a uma paranoia. Daí ser preciso falar sobre isto na clínica. Exorcizar fantasmas, pois se não se fala sobre os medos, se contribui para que eles existam, além de reforçarmos os mecanismos de poder

6 Veja os *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*, de S. Freud.

e controle sobre as sexualidades “desviadas”. Sei que a Psicanálise lida com o “um a um”, mas isto não pode ser desconectado da vida social do sujeito que busca a clínica, pois ele tem total dependência do Outro. Não se concebe o sujeito, na clínica, fora das relações de poder. E estas relações de poder estão presentes na linguagem, ou seja, nas falas e silêncios dos sujeitos.

Joana desde cedo foi tida como a trabalhosa da família. Na escola batia nos colegas e abraçava a causa dos desprotegidos. Nascida numa família evangélica, sua mãe se irritava a ponto de não permitir mais que ela andasse com algumas moças do bairro. Passou a comprar roupas para ela. Mas Joana abria as sacolas e distribuía as roupas com a filha da empregada. O objetivo de Joana era infernizar a vida da mãe. O pai permanecia calado como se nada estivesse acontecendo. Joana tinha mais duas irmãs. A mãe não escondia sua predileção pelas outras. Na análise, Joana conta que certa vez escutou uma ligação de sua mãe para uma amiga na qual dizia que iria interná-la para ver “se aquela menina se aprumava”. A partir daí, Joana passou a desenvolver um comportamento persecutório, se recusando a sair com a família. Na adolescência, namorou um garoto que a iniciou sexualmente. Ela não se lembra muito desta fase, mas recorda que ele gostava de vê-la com outras garotas. Joana assim se viu atraída pela fragilidade das

outras meninas que ela cuidava. Nunca assumiu nenhuma delas. Quando ia se apaixonando, Joana sentia que iria ser traída, que estava sendo vítima de alguma emboscada. A sexualidade para ela rimava com fuga.

Na fala do sujeito há este Outro. E nestas palavras, os sentidos mudam de repente, dependendo dos significantes acoplados. Por exemplo, a palavra bicha vai ser completamente outra quando proferida num discurso machista como insulto do que usada por dois gays para se dirigir um ao outro. Se a analista não está atenta a estas formas de perceber o mundo (daí tem sempre que ser ignorante e perguntar tudo, mesmo o óbvio), ela corre o risco de projetar seus próprios preconceitos no sujeito-analisante. Como analista (ou terapeuta), o sujeito tem que ser um pouco antropólogo!

A homossexualidade é um conceito da medicina, da psiquiatria, melhor dizendo. A categoria foi criada no final do século XIX não apenas para descrever um tipo de sexualidade, mas para classificar este comportamento em comparação com uma sexualidade natural - a heterossexualidade. Por que pensar em comportamento homossexual como natural, se ele era minoritário? A questão fica mais séria 100 anos depois, quando gays e travestis resistem à ação repressora da polícia de Nova York no bar Stonewall. Os sujeitos homo, antes no armário das perversões, surgem

reivindicando um lugar, uma palavra a ser escutada, políticas de igualdade e direitos.

Muitos são os significantes que tentam conferir um lugar menor à homossexualidade. Doença, criação, posseção espiritual, um corpo reencarnado com o gênero invertido. Inversão. Esta é a palavra que define o sujeito homo. Está em Freud, também em Ferenczi e na Psicanálise americana do ego. O perigo de ser “invertido” era a execração pública.

Escrevi este texto num computador. Mas para que isto fosse possível, seu inventor, foi processado judicialmente em 1952 por atos homossexuais e condenado à prisão. Alan Turing aceitou o tratamento de castração química, com dietilestilbestrol, como alternativa à prisão. Turing morreu em 1954, 16 dias antes de seu 42º aniversário, por envenenamento por cianeto.

Por outro lado, Krafft-Ebing, o medíocre psiquiatra alemão que se tornaria muito poderoso e influente, passando em muito pouco tempo do anonimato à fama ao publicar seu famosíssimo *Psychopathia Sexualis*⁷ (a principal referência psiquiátrica do primeiro dos famosos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* de Sigmund Freud), sustentou ao longo das doze edições de seu livro que o “homossexualismo” era uma condição patológica e degenerada.

7 Original de 1895, com edição brasileira da Editora Intersaberes, publicado por Antônio Fontoura em 2017.

Jonas chega à clínica com diagnóstico de borderline. Sabe tudo sobre sua síndrome. Fala de uma vida tediosa e chata. É um rapaz triste e ansioso, aparentemente sem um rumo na vida. Fala muito, mas as falas são desconectadas, às vezes até mesmo delirantes. Aos 35 anos, nunca se fixou em nenhum relacionamento. Busca relacionamentos à distância, nos quais a fantasia é possível. Nunca falou de sua sexualidade, preferindo se referir aos parceiros e parceiras como “figura”, “a pessoa” “aquela pessoa”. São sujeitos sem sexo. Talvez ele queira que o analista defina sua sexualidade. Mas na pergunta “esta figura tem nome?”, Jonas foge e se abriga numa fantasia de poder. Nas falas, sua posição é sempre de um indivíduo inferior. Submete-se a relacionamentos tóxicos e exploradores. Vive sem dinheiro, embora tenha um trabalho bem remunerado. Já foi vítima de muitos golpes, pois faz de tudo para que não seja abandonado. Busca pessoas heterossexuais que o tratem como capacho, como um alguém menor. Num ato falho, diz o nome de um homem que o obrigou a tirar um empréstimo e nunca o pagou. Quando o empréstimo estava para ser quitado, este homem volta com promessas de carinho e fidelidade. Outro empréstimo e outra fuga. Para Jonas, o diagnóstico de borderline justifica este comportamento de conformação em ser menos. Mas ele esconde que sua condição homossexual é o que o torna um sujeito menor diante do outro.

Os *Três Ensaio*s de Freud (2018) é um texto ao mesmo tempo revolucionário, ao mesmo tempo retrógrado. Revolucionário em relação ao tratamento que ele dá à sexualidade humana. No primeiro destes ensaios, “As aberrações sexuais”, Freud (2018) faz uma abordagem a partir da noção de perversão. Esta é uma categoria psiquiátrica do século XIX, para a qual a perversão era uma doença funcional do instinto sexual, definida, por seu objetivo, à reprodução e, conseqüentemente, por seu objeto heterossexual. Neste texto, Freud desassocia a pulsão de seus objetos sexuais. Porque não há objeto para a pulsão é que existem dispositivos culturais para regular, para “normalizar” a sexualidade. Nada é definido em termos de uma biologia sexual natural. A questão é como esta dissociação vai perdendo espaço para as teorias evolutivas da libido, culminando no estágio genital, maduro e, claro, heterossexual. Pensar a formação da sexualidade forma evolutiva é uma armadilha, um perigo. Faz com que pensemos que a sexualidade tende a se cristalizar na heterossexualidade como via normal e natural. As outras direções seriam, portanto, desviantes.

Toda a conceituação teleológica da sexualidade, com sua narrativa das etapas da libido que culminam, no melhor dos casos, na genitalidade madura, adulta e heterossexual, é demolida pela crítica lacaniana. Lacan (2003; 2005) nos ensina a não pensar em termos de indivíduo, mas sim de

sujeito, do sujeito da linguagem, e nos ensina que assim nossa vida se dá no plano da artificialidade, nada natural, portanto. Apesar disto, a teoria lacaniana não consegue escapar do dispositivo da heterossexualidade. Na teoria da sexuação, o falo ainda é heteronormativo. Acabamos por voltar às antigas definições anatômicas e aos conceitos de homem e mulher.

Há uma ideia do senso comum que, com espanto, ainda atravessa a clínica: que os “homossexuais” inconscientemente estariam apegados a uma mulher, sem dúvida, à mãe, e que sua aspiração compulsiva ao homem estaria condicionada a sua incessante fuga da mulher. Esta ideia é perigosa, pois se baseia na noção de que todos nós buscamos, no final das contas, um encontro heterossexual. Ainda mais, porque isto poderia nos levar a buscar uma “cura” deste “desvio”, conduzindo o desviado a buscar as luzes do palco heterossexual.

Nas conversas com aprendentes da Psicanálise, não é incomum a confusão de que o falo seja o pênis. Claro! Vivemos numa sociedade falocêntrica, na qual o poder do masculino é muito visível. Além da confusão de que o masculino é aquele que tem pênis. O falo tem relação com a anatomia, claro. Muitas vezes o falo é mesmo o pênis. Todavia, é mais além. Falo é a representação do poder, que pode estar no pênis, no automóvel, no dinheiro, na vagina,

numa boca pintada de vermelho. A questão que se levanta aqui é que o pênis é o órgão privilegiado do poder masculino. Ter pau, bater com pau na mesa são expressões deste elo pênis-poder. Mas, ao mesmo tempo, o pênis é o ponto fraco dos homens pelo seu medo da castração.

Os processos de sexuação do sujeito têm a ver com a interação complexa entre o sujeito e o que ele encontra no desejo do Outro. É comum buscarmos causas do desvio da sexualidade dos sujeitos, resultado disto a ideologia que a felicidade se encontraria na heterossexualidade. Na clínica dos pais, se ouve muito: “o que fiz para ele ser assim?”, “ela não teve a presença feminina em casa, por isso gosta de mulheres”, “o bichinho foi criado pela avó, que o mimou demais.”

Marta é filha de santo. Encontrou no Povo de Santo um lugar de existência no mundo. Quando percebeu sua atração por meninas, viu que seria uma vida difícil. Temia pela repercussão na família. Disse a sua melhor amiga sobre este desejo e esta amiga espalhou nas redes sociais que ela era “*uma sapata enrustida*” e “*cuidado para não levar uma cantada de Marta*”. A sexualidade passou a ser um crime para Marta. Decidiu não buscar mais meninos e nem meninas. Entrou de cabeça nos estudos, se fechou para o mundo e se fixou num laboratório de farmacologia durante quase toda semana, chegando em casa muito tarde. Tentou uma

terapia cujo resultado foi: *“isto é uma fase, depois passa”*. Voltou-se novamente ao laboratório e sua vida solitária. Numa palestra sobre plantas medicinais conheceu Clara. Passaram a se conectar e sair para cinemas e eventos culturais. Eis que Clara se declara apaixonada por ela. Ele se recusa e abandona a amizade. De volta ao laboratório. Num dos poucos contatos com Clara, sempre *on-line*, é convidada para uma festa de santo. No terreiro, a Mãe de Santo joga os búzios para Marta e lhe diz que ela é filha de Oxumaré. Na tradição do Candomblé, este orixá é homem e mulher ao mesmo tempo, ele representa as dualidades, como o dia e a noite, o bem e o mal. Marta se encontrou no povo de santo. Agora ela poderia seguir seu caminho fora da proteção das paredes do laboratório. Foi salva por Oxumaré. Marta, desta forma, entendeu sua sexualidade e foi assim que chegou na análise: pelas mãos de um santo.

A experiência das famílias homoparentais nos ensina que a sexuação do filho depende menos das diferenças sexuais anatômicas dos pais do que se poderia deduzir da teorização corrente do Complexo de Édipo. Nas minhas pesquisas os filhos dessas famílias⁸, constituídas por dois pais ou por duas mães, não mostram nenhuma diferença significativa quanto à escolha do objeto em relação aos

8 Dissertação de Jonas da Fonseca Santos, Vivências de casais homoparentais: percepções e desafios no processo educacional escolar.

filhos de famílias heteroparentais. Este é um dado muito contundente, que serve para repensar nossas categorias.

Wittig (2022) afirma, no *Pensamento heterossexual*, que é a homossexualidade, e não o incesto, o que representa a maior proibição do “pensamento heterossexual”. Se é desvio, há jeito de voltar aos trilhos, talvez via violência, talvez via “cura gay”.

A novidade da Psicanálise é que não há nenhuma relação natural entre o “instinto sexual” e um objeto ou um determinado propósito. Assim, está aberta a possibilidade de receber todas as formas de sexualidade como variantes da pulsão. Mas a influência da matriz heterossexual é tão forte que isto passa em brancas nuvens. Foi Butler (2022), psicanalista e filósofa americana que nos alertou sobre isto no livro *Desfazendo o Gênero*.

O cuidado da analista é fugir da armadilha teórica de que a homossexualidade se baseia em uma forma de negação da castração, ou seja, que um gay buscaria no homem uma mulher, mas com pênis, e não que ele simplesmente goste de homem. Que uma lésbica busque a masculinização, busque ser um macho (a ideia de caminhoneira, de sapa-tão). A ilusão deste tipo de análise será a de encaminhá-la no sentido de tentar fazer com que o analisando pare de negar sua suposta real natureza e perceba que, no fundo (“inconscientemente”), está buscando uma mulher num

corpo de um homem, ou a analisanda busca ser este macho pegador de outras mulheres. Colocado dessa forma, todos somos heterossexuais, só que alguns se desviaram de seu “destino natural”.

Não há cura na clínica psicanalítica, porque ela se baseia no trajeto do desejo, algo que escorre livremente, como disse Caetano Veloso na canção *Pecado Original*, “*A gente não sabe o lugar certo de colocar o desejo*”.

A análise deve ser conduzida para perseguir o conhecimento dos mecanismos que regulam permanentemente a sexualidade ao longo da vida de um sujeito. A saída do Complexo de Édipo é, por assim dizer, complexa. É como um rio no seu desaguadouro: um delta de muitas possibilidades.

Boa parte da psicanálise lacaniana não se desvincula da noção de perversão de origem psiquiátrica, cujo efeito é psicopatologizar as sexualidades que não se ajustam à heterossexualidade genital. Este é um efeito do Dispositivo da Sexualidade descrita por Michel Foucault. Trata-se um dispositivo que regula as sexualidades, suas hierarquias, os discursos que as decodificam e, ponto particularmente importante para os psicanalistas, o que pode e o que não pode ser dito, e quem pode fazê-lo. A Psicanálise, como já disse, é parte deste dispositivo das regulações da sexualidade. Mas as analistas devem prestar atenção não ao que se diz, o que é da ordem do normal, mas o que seria da

ordem do dissidente, do dissonante, do estranho (queer), do que foi calado.

A clínica voltada a sujeitos homo deve passar pelo tormento de não poder ser, ou de ser sempre se justificando. Neste diapasão, a clínica psicanalítica voltada para o fenômeno homo passa pela discussão sobre homofobia. A homofobia cria um lugar determinado para os sujeitos homo no mundo, geralmente no armário. *“Seja gay, mas não barbarize. Seja lésbica, mas use roupas de mocinha”*.

Outras teses dizem respeito à atração ao mesmo sexo. Certamente na cama um gay ou uma lésbica não estão com alguém do outro sexo... anatômico. Serão os gays, por isso, mais narcisistas do que quem busca um parceiro do outro sexo? pergunta Jorge Reitter (2018), psicanalista argentino. Procuram a si mesmos no encontro sexual? Não querem saber nada sobre a diferença? Um gay que procura outro homem identifica-se no lugar de “homem”? Procura-o “como homem”? E pelo lado do objeto, se alguém se apaixona por um ser portador de pênis não significa que o ame como portador do falo; busca no outro homem um “homem”?

Pensando teoricamente, a dimensão identitária erótica é uma dimensão fálica. O sujeito tem um falo ou o procura? O simples fato de alguém ter nascido com pênis não significa que se identifique do ponto de vista do gozo com o lugar de homem como portador do falo. Há

um descompasso entre a questão anatômica e a questão do desejo. A sexualidade não se aloja na anatomia. Ela se aloja no desejo.

Como analista, mais importante que entender por que um sujeito é gay ou lésbica, é entender qual é seu lugar nas relações de poder, como isso o condiciona como sujeito e, muito particularmente, como isso o condiciona como sujeito da palavra e do desejo, no mundo em geral e também no contexto de uma análise. O lugar o qual o sujeito ocupa nas relações de poder ao longo de sua vida determina diretamente seu lugar de nomeado e nomeador das pessoas, situações e coisas. Daí que o sujeito homo vai criar um vocabulário próprio, escolher determinada palheta de cores, ou seja, desenvolver um estilo de vida que lhe garanta um lugar minimamente confortável no mundo.

Trata-se de lidar com a homossexualidade como estilo de vida, portanto não neurótico, uma vez que não seria um problema a ser resolvido em análise. É apenas um modo de gozo, de desejo de amor que o sujeito escolheu. De que se trata numa análise é da sexualidade: uma condição biopsicossocial que controla e regula corpos e prazeres, ordenada pela família, escola, igrejas, médicos, sistema jurídico, mídias, publicidade. A invenção da “sexualidade” é uma tentativa de regular o gozo (o que não tem medida

e nem nunca terá, como diz Chico Buarque⁹ na canção *O que será, o que será?*)

Judith Butler, lendo Freud enxerga uma das ferramentas conceituais mais poderosas para desarticular o regime heteronormativo e que rompe com o pensamento psiquiátrico, autenticamente psicanalítico: *“Deixamos de pensar que concebíamos ligação muito estreita entre a pulsão sexual e o objeto sexual”*.

Uma vez que a pulsão carece de um objeto natural, é lógico que se ofereça um ao sujeito criança. Com efeito, a lógica é que se ofereçam, para as “meninas”, identificações e ideais “femininos”, e vice-versa para os “meninos”.

Minha proposta é encontrar formas de pensar que saquem a Psicanálise da plataforma lisa do platô heteronormativo no qual ela se coloca e no qual coloca seus analisandos. Que a Psicanálise caminhe pelos percursos rugosos da sexualidade, com suas múltiplas formas e pontos de fuga.

Fica assim visível como funciona o dispositivo da sexualidade na regulação e controle de subjetividades em trânsito ou dissidentes. É na vivência homossexual que estas formas opressivas atuam no sentido do que pode ser dito e o que não, o preço a pagar por fazer ou por não fazer. Na análise, pois, o fantasma do sujeito passa pelos

9 Esta canção foi composta em 1976, composta para o filme *Dona Flor e seus Dois Maridos* e depois gravada no álbum *Meus caros amigos* do mesmo ano.

efeitos desses mecanismos, desses dispositivos, e de suas possíveis resistências.

Como analistas, precisamos intervir de maneira que esse sujeito possa perceber tudo o que M. Foucault nos ensinou. Que esse sujeito possa perceber por que sua vida está assim. Viver de um modo ou de outro. Então, a analista deve intervir de forma a desnaturalizar a sexualidade.

A única forma psicanalítica de abordar a clínica consiste sempre em apostar na novidade: a clínica não vem confirmar. Ela serve apenas como desconfirmação permanente do familiar, abertura para o não conhecido, não analisado, não pensado e não teorizado de antemão.

A homossexualidade é consequência da homofobia. Mais se sabe da homossexualidade pelo seu medo do que por si mesma. Portanto, a clínica deve focar mais na homofobia do que mesmo na questão homossexual, uma vez que esta está dentro das escolhas dos sujeitos.

Qualquer concepção hierarquizada das sexualidades que dê primazia à norma heterossexual configura homofobia, no sentido de uma série de estratégias opostas à legitimação da homossexualidade enquanto sexualidade aceitável da mesma forma que a heterossexualidade. Segundo Foucault (1981):

"Acho que ser gay não é se identificar aos traços psicológicos e às máscaras visíveis do homossexual, mas tentar definir e desenvolver um novo modo de vida".

O gênero aparece então como o dispositivo normativo no qual o masculino e o feminino são produzidos e performados num binarismo que é contingente: as transformações do gênero que não cabem dentro deste binarismo pertencem ao gênero do mesmo modo que as suas expressões mais normativas. O binarismo é uma herança do discurso biológico e religioso. A sexualidade não cabe aí. É mais uma estratégia de poder da heteronormatividade.

E a Psicanálise, quanto prática clínica e teórica, deve deixar espaço para estas reconfigurações. Lembre-se que a ela lida com a linguagem. Uma do analisando, outra do analista, outra do contexto no qual se encontram os dois lados. A construção das práticas sexuais é em muito uma construção individualizada com base em padrões sociais. Não existiria, deste modo, uma forma de ser homossexual, e sim múltiplas.

As formações do inconsciente, porém, quebram a fantasia da mesmice do sujeito. Contra a identidade, a abordagem psicanalítica visa inscrever a plasticidade psíquica em movimentos identificatórios provisórios, segundo Ayouch (2019). A identidade é sempre um projeto em construção, de acordo com o espaço-tempo no qual se insere o sujeito.

Identidade tem a ver com alteridade: o sujeito se forma a partir do outro, apropriando-se e negando situações, atributos e discursos.

O sujeito somente percebe o próprio corpo e o corpo do outro através de uma certa simbolização do seu desejo, através de suas fantasias. Mulheres e homens são apenas significantes e não realidades em si. Quando crianças, seres que nos amam transmitem estas informações para nós desde o útero. Do mesmo modo que a criança, submergida num universo adulto recebe sem questionar a oposição social transmitida entre masculino e feminino, a psicanálise retoma às vezes esta oposição sem questioná-la, afirma o psicanalista francês Laplanche (2001).

Cada sujeito elabora a sua própria sexualidade pessoalmente, mesmo tentando seguir padrões mais gerais, fora de qualquer generalização. Portanto, em uma psicanálise desejosa de escutar esta multiplicidade clínica, trata-se de desfazer a associação entre patologia e escolha de um objeto alternativo. Então, assim como pensa Chodorow (2000), socióloga e psicanalista americana, as sexualidades são formações de compromisso com o Outro, o que permite nestes laços vinculares uma enormidade de expressões do feminino, do masculino, do homossexual.

A sexualidade é nômade. Portanto, se somos constantemente assujeitados às normas, nossos modos de subje-

tivação podem ser diversos. Isto implica em que, em algum momento, as normas serão contestadas por contrapoderes presentes na experiência vivida. A Psicanálise, enquanto um saber formado a partir da experiência clínica, pressupões abrir espaços para as reconfigurações dos sujeitos em análise. Tanto a homossexualidade quanto a heterossexualidade são conceitos inventados pela Psiquiatria, saberes que engessam o sujeito em identidades fixas, enquanto a própria subjetividade é algo fluido.

O sujeito é posição dentro de um território de poder. Mas o sujeito, a partir do seu desejo, se vira, se revira, se enrugam, se expande em mil platôs de experiências de si e do outro.

REFERÊNCIAS

AYOUCH, Tammy. **Psicanálise e homossexualidades**. Curitiba: Calligraphie, 2019.

AYOUCH, Tammy. **Psicanálise e hibridismo**. Curitiba: Calligraphie, 2020.

BUARQUE, Chico. O que será. São Paulo: Ariola: 1976. *In: Meus caros amigos*. Streaming (04 min).

BUTLER, Judith. **Desfazendo o gênero**. São Paulo: UNESP, 2022.

CECCARELLI, Paulo. Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. **Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade**. Rial, C.; Pedro, J.; Arende, S. (Org.), Florianópolis, Ed. Mulheres, p. 269-285, 2010.

CHODOROW, Nancy. **Femininities, masculinities, sexualities**: Freud and beyond. Kentuck: UPK, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. Da amizade como modo de vida. Entrevista de Michel Foucault a R. de Ceccaty, J. Danet e J. le Bitoux, **Gai Pied**, nº 25, abril de 1981, pp. 38-39. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/amitie.html>

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos II**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: **Amor, sexualidade, feminilidade**. São Paulo: Autêntica, 2018.

GAY, Peter. **Freud**: uma vida para nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

LACAN, Jacques. O aturdido. *In*: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, Jacques. **Seminário 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. **Seminário 20**: mais, ainda. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LAPLANCHE, Jean. **Entre sedução e inspiração**. Notas a partir de uma aula, Belo Horizonte, PUC, 2001.

MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

REITTER, Jorge. **Heteronormatividade y psicoanálisis**. Buenos Aires: Letra Viva: 2018.

SEDGWICK, Eve K. **Epistemologia do armário**. São Paulo: Angelus Novus, 2003.

WITTIG, Monique. **O pensamento homossexual**. São Paulo: Autêntica, 2022.



SOBRE OS AUTORES

Adriano de León. Professor titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisa Gênero, sexualidades no campo da Psicanálise e da Antropologia.

Alice de Fatima Veras de Almeida Brito. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

Amanda Oliveira Magalhães. Graduada em Psicologia (UFPB) e pós-graduanda em Psicanálise e análise do contemporâneo (PUC-RS). Atua como psicóloga clínica.

Andresa Dávila da Silveira Galvão. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Psicóloga Clínica. Experiências em Escolas públicas com Ensino Fundamental I e II.

Anselmo Clemente. Professor efetivo do Departamento de Psicologia (CCHLA/UFPB) e do Programa

de Pós-Graduação em Psicologia Clínica - Mestrado Profissional (MPPSICLI/CCHLA/UFPB)

Bernardino Fernández-Calvo. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor orientador do Programa de Pós-graduação de Neurociências Cognitiva e Comportamento e do Mestrado Profissional em Psicologia Clínica, ambos cursos da UFPB. Pesquisador Distinguido Sênior “Beatriz Galindo” no Departamento de Psicologia da Universidade de Córdoba, Espanha.

Camilla Maria Lima Silva. Psicóloga clínica, formada pela Universidade Federal da Paraíba.

Carmen Amorim-Gaudêncio. Doutora em Psicologia pela Universidade Complutense de Madri, Espanha. Mestre na Intervenção em Ansiedade e Estresse, Universidade Complutense de Madri, Espanha. Especialista em Psicologia Clínica-Forense, Pericial Corporativa, Espanha. Psicóloga Perita Clínica Forense. Professora Associada III do Departamento de Psicologia - Área da Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. Coordenadora do Mestrado Profissional em Psicologia Clínica da Universidade Federal da Paraíba - MPPSICLI, UFPB. Coordenadora da Clínica-Escola de Psicologia do

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, CCHLA/UFPB. Coordenadora do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense – LAICF/UFPB/CNPq. Coordenadora do Projeto de Extensão e Pesquisa: Avaliação Psicologia na Prática Clínica: Uma Proposta de Formação e Intervenção Qualificada (CCHLA). Parecerista do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Parecerista de revistas científicas (Psicologia USP, Ciência e Profissão, Ciência e Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Direito Processual Penal etc.).

Cleide Pereira Monteiro. Psicóloga, psicanalista. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (1989), mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (2012) e doutorado em Letras pela Universidade Federal da Paraíba (2012). Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Na pesquisa e extensão universitárias trabalha principalmente dentro dos seguintes temas: ensino e transmissão da teoria e clínica psicanalítica, urgências subjetivas, psicopatologia, psicanálise aplicada às instituições de saúde mental.

Eder Oliveira Teixeira. Psicólogo graduado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - Paraíba, com aprofundamento na área Clínica e enfoque Fenomenológico Existencial. Mestrando em Psicologia Clínica na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) com financiamento concedido pela CAPES. Membro do Laboratório de Pesquisa em “Psicologia Clínica Fenomenológica Existencial e Psicossocial - LACLIFEP” vinculado à linha de Pesquisa “Práticas Clínicas: Psicologia e Política” do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, e, membro do “GPEPFE - Grupo de Pesquisa em Psicologia Fenomenológica Existencial” da Universidade Federal da Paraíba.

Fábio Fernandes Pires Filho. Estudante de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisador voluntário do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) no campo da pesquisa fenomenológica.

Fátima Fernandes Catão. Doutora em Psicologia Clínica pela USP-SP, com complementação de estudos no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Lisboa/PT. Pós- Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP e em Saúde e Bioética pela Faculdade Medicina da Universidade do Porto – Portugal. Professora Associada da Universidade Federal da

Paraíba-UFPB com atuação na Graduação, na Pós-Graduação em Psicologia Clínica e na Pós-Graduação em Gestão das Organizações Aprendentes Coordenadora pesquisadora no Núcleo de Estudos Psicossociais da Exclusão/Inclusão e Direitos Humanos -NEIDH-CNPq-UFPB

Filipe Walasse Lira de Oliveira. Psicólogo. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (2021). Na Universidade, atua como colaborador externo no projeto de extensão Aimée, onde realiza atendimentos psicanalíticos na clínica-escola de psicologia. Trabalha com a psicanálise lacaniana em consultório privado.

Gabriela Ferreira dos Santos Tinoco. Discente de psicologia da UFPB, autora bolsista da pesquisa “Saúde Mental e Cuidado em Tempos de Pandemia do COVID-19: a experiência de mulheres de uma comunidade popular da cidade de João Pessoa-PB”.

Gerlane da Silva Vieira Torres. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora Bolsista (PIBIC) do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense (LAICF): Projeto: Avaliação Psicológica na Prática Clínica: Uma proposta

de formação e intervenção qualificada (APPC). Plano de pesquisa: Perfil biopsicossocial de uma amostra de usuários da clínica-escola de psicologia (2023). Extensionista do projeto PROBEX “Avaliação Psicológica na Prática Clínica: Uma proposta de formação e intervenção qualificada” (APPC), onde capacitou-se para realização de psicodiagnóstico e elaboração de laudos psicológicos.

Gisele Suminski Mendes. Psicóloga. Pesquisadora do Laboratório de Avaliação e Intervenção Clínica Forense (LAICF) e auxiliar técnica externa do Projeto Avaliação Psicológica na Prática Clínica: Uma Proposta de Formação e Intervenção Qualificada, desde 2020. Mestranda em Psicologia da Saúde (UEPB). Pós-graduada em Avaliação Psicológica (UNIPÊ). Especialista em Segurança Pública (CESP). Capitã da Polícia Militar da Paraíba (PMPB) e Diretora do Centro de Assistência Psicossocial da PMPB (Espaço Viver Bem).

Ieda Franken. Professora associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisa Saúde Mental, Psicopatologia e Interculturalidade.

Isabel Cristina Vasconcelos de Oliveira. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba, com atuação na área de Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (2017), com Mestrado (2010) e Graduação (2007) pela UFRN e UFPB, respectivamente. Especialista em Avaliação Psicológica pelo IPOG (2014). Atuou como Psicóloga do Ministério Público do Estado da Paraíba no período de 2011-2019, com experiência em perícia psicológica. Foi membro da Comissão de Avaliação Psicológica do Conselho Regional de Psicologia da 13ª Região (2011-2013). Ministrou módulos de Avaliação Psicológica em cursos de Pós-Graduação Lato Sensu. Proferiu palestras sobre Avaliação Psicológica em Congressos Regionais. Tem experiência com avaliações psicológicas compulsórias, especialmente em contextos de concursos públicos e cirurgia bariátrica. Possui interesse profissional na área de Avaliação Psicológica, nos temas: avaliação da personalidade, avaliação de interesses profissionais, dimensão positiva da personalidade, psicodiagnóstico, elaboração de instrumentos psicológicos, avaliações compulsórias e testes psicométricos.

Joniostenes de Souza Vicente. Estudante de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisador

voluntário do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) no campo da pesquisa fenomenológica.

Laura Gabryelle Fernandes de Medeiros. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Maianna Costa-Fernandes. Graduada em Psicologia - Universidade Federal da Paraíba. Residente Multiprofissional em Saúde, na área de Terapia Intensiva Adulto – Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Psicologia Social – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicologia General Sanitária – Universidade de Córdoba, Espanha.

Maria Carolina Felício Silva. Graduada em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, pela Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO). Atua profissionalmente com assessoria de comunicação, tecnologia e arte. Possui trabalhos como artista visual e audiovisual, com ênfase na defesa dos direitos humanos e população LBT.

Maria Luiza Ferreira Dantas. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Marísia Oliveira da Silva. Professora Associada, do Departamento de Psicologia, da UFPB. Desenvolve pesquisas de cunho fenomenológico e da pesquisa-ação no âmbito da saúde e saúde mental orientando-se pela ótica da clínica clássica e clínica ampliada. Tem com suas teorias de base, a ACP e a Educação Popular

Mayane Maia Rodrigues. Graduanda do curso de Psicologia da UFPB, é estagiária do NAEPSI na Clínica-Escola de Psicologia da UFPB e bolsista do Programa de Tutoria Protut da disciplina: Psicologia Fenomenológica e Existencial I. Participa, como voluntária, da extensão: Plantão Psicológico indo ao IFPB em Cabedelo: cuidado e acolhimento à saúde mental. Trabalha, também, como Acompanhante Terapêutico escolar. É membro do Grupo de Pesquisa de Psicologia Fenomenológica e Existencial (GPEPFE).

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino. Professora associada II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, orientadora do Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva

e Comportamento e do Mestrado Profissional em Psicologia Clínica. Bolsista do CNPq PQ2. Pesquisa transtornos psiquiátricos, traumas, apego e memórias autobiográficas.

Mônica de Fátima Batista Correia. Professora titular, pesquisadora e supervisora de estágio do departamento de Psicologia da UFPB. Psicóloga, especialista em avaliações e medidas em Psicologia (UnB), Mestre e Doutora em Psicologia Cognitiva (UFPE), pós doc em Educação (Berkeley-UC). Trabalha com avaliação e intervenção em dificuldades de aprendizagem; aprendizagem e desenvolvimento neurocognitivo; e relações entre cognição-cultura-contextos educacionais.

Rayssa Medeiros dos Santos Cavalcante. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Regileide de Lucena Fernandes. Psicóloga, psicanalista. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Santa Úrsula (1982), especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica – CEP COP VI USU-RJ (1984), especialização em Psiquiatria Social – ENSP RJ (1986), curso de especialização em

Psicanálise-Teoria – UFPB (1996). Possui experiência clínica em consultório privado e na rede pública de saúde mental tendo atuado na Colônia Juliano Moreira – RJ (MS) e na Prefeitura de João Pessoa - PB. Na UFPB, atuou na clínica-escola de psicologia, como psicóloga clínica, e na extensão, onde criou, atuou e coordenou o projeto de extensão Aimée, oferecendo tratamento psicanalítico à clientela, supervisão ao alunado e coordenando o GEPSI (Grupo de Estudos Psicanalíticos). Áreas de interesse: transmissão da teoria e clínica psicanalítica, psicopatologia, tratamento psicanalítico, psicanálise nas instituições e relações na equipe multidisciplinar.

Sandra Souza. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia Clínica. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Fez estágio de doutoramento na Universidade Complutense de Madri, Espanha. É mestra em Psicologia Social pela UFPB. Desenvolve suas atividades de pesquisa, estágio, extensão e ensino sob os pressupostos da Psicologia Fenomenológica Existencial com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa. Fundadora e coordenadora do NAEPSI. Foi uma das organizadoras dos livros: “Plantão Psicológico: ressignificando o humano na experiência da

escuta e acolhimento” (2015), e “Estudos e práticas em clínica ampliada: a perspectiva da Clínica-Escola de Psicologia da UFPB” (2019).

Shirley de Sousa Silva Simeão. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, Representante Estadual das Terapias Cognitivas no Estado da Paraíba pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) e membro da comissão de avaliação psicológica do Conselho Regional de Psicologia (CRP 13). Atua com ênfase na Psicologia clínica em Terapia cognitivo-comportamental. Pesquisa saúde mental, avaliação psicológica e desenvolvimento de habilidades sociais.

Tatianne Silva Ferreira. Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Atua no campo do desenvolvimento infanto-juvenil com crianças com atraso de desenvolvimento. Durante o curso foi bolsista de iniciação científica do Núcleo de Estudos Psicossociais da Exclusão/Inclusão e Direitos Humanos – NEIDH e extensionista do Comitê de Políticas de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – CoMu da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Thaísy Campos da Nóbrega Rangel. Psicóloga clínica com atuação na terapia cognitivo – comportamental e terapia dos esquemas. Mestre em Neurociência pelo programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba.

Victor Arruda Marinho. Graduando em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e bolsista do projeto de extensão universitária Devires da Clínica.

Vitória Silva Felix. Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - Paraíba, com aprofundamento na área Clínica pela Abordagem Centrada na Pessoa. Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia Fenomenológica Existencial (GPEPFE) da Universidade Federal da Paraíba.

Yuren Costa Silva. Bacharelado em Psicologia na Universidade Federal da Paraíba (2022) e Licenciado em Ciências Biológicas também pela Universidade Federal da Paraíba (2015). Fez estágio no Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB), no setor de psicologia, atuando no atendimento integral com equipe multidisciplinar acompanhando usuários durante todo o período de tratamento, pré e pós-operatório

de Cirurgia Bariátrica. Tem experiência na área de Educação, lecionando a matéria de ciências e biologia nas turmas do ensino fundamental e médio. Além disso, na área de Psicologia, atua principalmente na área clínica e de avaliação psicológica. Pós-graduação Lato Sensu em andamento em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica pela Faculdade Venda do Imigrante. Atualmente, desempenha atividade como Monitor PL na empresa DOT Digital Group. Atuando diretamente com a área da tecnologia, educação EAD, acompanhando e implementando ações para retenção de alunos, comunicação, geração de relatórios, acompanhamento dos índices de aproveitamento e atendimento ao cliente.

Zaeth Aguiar do Nascimento. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, Graduação em Psicologia (UFRN), Doutora em Letras; Supervisora de estágio em clínica e saúde mental; correspondente da Seção PE/Escola Brasileira de Psicanálise, Líder da Base de Pesquisa CNPq “A Saúde Mental e a Prática entre Vários”. Membro do GT ANPEPP Psicanálise, política e clínica.



<i>Título</i>	ESTUDOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA: FUNDAMENTOS, PRÁTICAS E REFLEXÕES
<i>Organizadoras</i>	Carmen Amorim-Gaudêncio Fátima Fernandes Catão
<i>Projeto Gráfico e Capa</i>	Michele Holanda
<i>Imagem</i>	imagem de unsplash (https://unsplash.com/pt-br) com modificação no projeto gráfico da capa e miolo
<i>Revisão, edição e normalização</i>	Responsabilidade do(s) autor(es) da obra
<i>Formato</i>	PDF – 4,91 MB
<i>Tipografia</i>	Myriad Pro
<i>Número de páginas</i>	295

EU