

A PSICOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES

Papel, Desafios e Contribuições

Cristiano de Jesus Andrade
Miria Benincasa
(Organizadores)


**GENIO
CRIADOR**

Cristiano de Jesus Andrade
Miria Benincasa
(Organizadores)

A Psicologia nas Instituições

Papel, Desafios e Contribuições



Conselho editorial:

Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia - Universidade Católica de Santos

Dr. Miguel Mahfoud - Universidade Federal de Minas Gerais

Dra. Tânia Mara Marques Granato - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Direção editorial:

Cleusa K. Sakamoto

Revisão textual:

Ana Paula Mariano Rodrigues

Diagramação:

Ricardo Bastos Smith

Capa:

Gênio Criador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

A psicologia nas instituições [livro eletrônico] : papel, desafios e contribuições / organizado por Cristiano de Jesus Andrade, Miria Benincasa. -- São Paulo : Gênio Criador, 2023.

1,2 MB. ePUB

ISBN 978-65-94269-73-7 (e-book)

1. Psicologia 2. Instituições públicas - Atendimento psicológico 3. Serviços de saúde - Atendimento psicológico 4. Saúde mental I. Andrade, Cristiano de Jesus II. Benincasa, Miria

22-5646

CDD 150

1ª edição, 2023

ISBN: 978-65-94269-73-7 (e-book)

© Gênio Criador Editora - 2023

Av. Brigadeiro Faria Lima, 1616 - sala 804

Jardim Paulistano, São Paulo - SP, 01451-001

<http://geniocriador.com.br>

Sumário

Prefácio	6
Apresentação	11
1 O papel do psicólogo nas equipes matriciais e o suporte à Atenção Básica em Saúde	13
Carlos de Sousa Filho e Ana Cristina Costa Figueiredo	
2 O psicólogo no Sistema Único de Assistência Social: uma análise materialista histórico-dialética do Estado e de suas Políticas Públicas	32
Renato Ramos	
3 Homossexualidade e as mulheres lésbicas: (re)pensando a importância da promoção da saúde pelo SUS	47
Andreia da Fonseca Araujo e Rosa Frugoli	
4 Contribuições do pensamento de Winnicott para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	64
Marcela Silva Baccelli, Valéria de Carvalho Oliveira Somera, Miria Benincasa e Cristiano de Jesus Andrade	
5 O psicólogo, a humanização do parto e a ótica da equipe multiprofissional	77
Ana Vergínia Mangussi da Costa Fabiano, Taciana Helena de Sordi Galdino, Luciana Maria Caetano e Betânia Alves Veiga Dell' Agli	
6 O que cabe a Psicologia nas prisões? – Conjuntura, desafios profissionais e crítica ao estado penal	96
Thais Lasevicius	

- 7 Encarceramento feminino e maternidade: narrativas de egressas do sistema prisional de Minas Gerais 110**
Fernanda Mendes Resende e Aline Daiane Pereira
- 8 Problematizações da Institucionalização: entre a hanseníase, a rua e as drogas 126**
Caroline de Souza, Pedro Pulzatto Peruzzo e Roberta Carvalho Romagnol
- 9 Cuidando do cuidador de idoso 150**
Rosana Santos dos Reis, Hélio Alves e Daisy Inocência Margarida de Lemos
- 10 Possibilidades de atuação do psicólogo: desenvolvimento humano para além das fronteiras organizacionais 171**
Ana Paula de Lima, Miria Benincasa e Cristiano de Jesus Andrade

Prefácio

É com muito prazer que recebemos a coletânea de trabalhos que fala da Psicologia nas instituições, aplicada às Políticas Públicas, tão depauperadas no nosso país nesse momento pós pandêmico. O papel do psicólogo no SUS, no SUAS, entrelaçando temas tão caros como sexualidade, maternidade, sistema prisional, envelhecimento e cuidado. Unindo teoria e prática, para além da pesquisa – afinal, de que Saúde Mental estamos falando?

O trabalho está todo centrado na promoção da Saúde Mental nos diversos contextos, focando-se no atendimento psicológico a pessoas e grupos a partir da escuta, uma escuta especializada, humanizada e atenta. As teias que o enlaçam compõem uma rede de cuidado incomparável...

Sousa Filho e Figueiredo no Capítulo 1 iniciam discutindo o papel do psicólogo nas equipes matriciais no suporte à Atenção Básica em Saúde – desde a revisão do conceito de Saúde, ampliando-o na sua dimensão psicossocial, entendem o psicólogo como mediador na equipe, com uma postura crítica a fim de favorecer uma revisão continuada dos conceitos, durante sua atuação. Ramos no Capítulo 2 discute a seguir, o papel dos psicólogos no Sistema Único de Assistência Social, fazendo uma análise materialista histórico-dialética do Estado e de suas Políticas Públicas e coloca que a saída dos psicólogos do consultório particular para o Serviço Público tem mais a ver com questões de mercado de trabalho do que com um compromisso social assumido pela categoria. O autor acrescenta ainda, que as Políticas Públicas servem mais aos interesses da burguesia do que da justiça social. Em ambos capítulos, ressalta-se que cabe ao psicólogo uma “postura crítica e questionadora de transformação social”.

Araujo e Frugoli trazem, então, no Capítulo 3, a promoção da Saúde pelo SUS na perspectiva da homossexualidade e das mulheres lésbicas, o que dá continuidade ao tema do papel do psicólogo nessa atuação, quando mais uma vez a Psicologia é chamada a questionar preconceitos e a propiciar melhor qualidade de vida a suas vítimas. Partem de que não há base científica para o preconceito, tema já recorrente abordado pelas autoras, relatam o sofrimento e discriminação vividos por estas mulheres, em particular numa especialidade direcionada ao público feminino, o atendimento ginecológico.

No Capítulo 4, Baccelli, Somera, Benincasa e Andrade trazem contribuições do pensamento de Winnicott para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), visando fortalecer as Políticas Públicas e o Serviço referido para uma prática crítica e transformadora. Descrevem um Serviço, que trabalha tendo como meta a emancipação das crianças, a partir das potencialidades prescritas de acordo com cada faixa etária e apresentam suas reflexões embasadas na teoria winnicottiana da compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano; a tendência inata ao amadurecimento emocional; o ambiente suficientemente bom; os conceitos de *holding*, *handling* e apresentação de objetos e também, de maternagem, relacionando-os com as experiências vividas pelas crianças.

A seguir a obra apresenta a maternidade e o parto, as prisões e o ser mãe no sistema prisional. E então, o envelhecimento. Áreas tão vulneráveis e que requerem muito da Psicologia – temos algo a dizer e muito a fazer! Fabiano, Galdino e Dell’Agli abordam a importância do psicólogo na humanização do parto na rede de atenção à maternidade (Capítulo 5), e Resende e Pereira, do ser mãe enquanto egressa do sistema prisional de Minas Gerais (Capítulo 7), enquanto que Lasevicius trata do psicólogo no próprio sistema prisional (Capítulo 6).

Fabiano, Galdino e Dell’Agli discorrem sobre a humanização no parto e o ponto de vista dos que ali trabalham “tratando a

grávida como condutora do processo” e o psicólogo com o papel de “propiciar um espaço de escuta para que a família possa nomear e atribuir significados diante do novo”. Mais do que isso, busca pela humanização dando um suporte emocional às gestantes e puérperas e suas famílias. Portanto, tem o psicólogo um papel em construção. Os autores concluem que suas reflexões facilitam que os psicólogos construam seu papel, não apenas como “um ouvinte generoso”, mas ativo em favorecer a autonomia da mulher.

Também ao discutir o papel da Psicologia nas prisões, Lasevicius aponta a prisão como um sistema de barbárie numa “sociedade marcada por níveis expressivos de desigualdade social, violências e opressões generalizadas”; a autora define o psicólogo como alguém que pode trazer uma compreensão crítica da instituição da prisão e das manifestações que sustentam a lógica de punição, repressão e controle social. Questiona ainda a Psicologia como servindo à manutenção da lógica de controle e disciplina social e propõe sua atuação nas prisões como sendo de resistência em um espaço de constantes violações de direitos; mais do que isso, aponta o psicólogo como ator que denuncia as opressões cotidianas assumindo uma postura ético-política de compromisso social, num país que é o terceiro no *ranking* de países que mais encarceram em todo mundo.

Já Resende e Pereira refletem sobre ser mãe enquanto egressa do sistema prisional, mostrando o quanto as mulheres encarceradas e as egressas de um sistema como o descrito no trabalho anterior são vítimas do controle exercido sobre seus corpos, os de seus filhos e familiares, que impacta direta e violentamente sobre a maternidade. Pode-se também, nesse quadro, estender o papel da Psicologia como o de um agente crítico e questionador, de busca pela transformação social.

Finalmente, enquanto Gonçalves, Benincasa e Andrade trazem reflexões sobre a velhice e a institucionalização de

idosos (Capítulo 8), Reis, Alves e Lemos discutem no Capítulo 9 o cuidado com o Cuidador do idoso, tarefa bem difícil e muitas vezes tão pouco valorizada. Ser idoso será muito em breve de suma importância para os cuidados na Psicologia, cabendo ao psicólogo, certamente, um trabalho de escuta, humanização e também questionador de preconceitos, como um agente de mudanças e de transformações em prol de uma população tão vulnerável e que enfrenta solidão, inutilidade, demência, enfim, porque costuma ser vista como produto “descartável”. O psicólogo é descrito como agente de cuidado e não de manutenção desse descarte do idoso. E ser um Cuidador familiar do idoso que se encontra adoecido/dependente é igualmente uma situação de vulnerabilidade, sendo o psicólogo também um agente de cuidados ao Cuidador.

Para encerrar, Lima, Benincasa e Andrade tematizam no Capítulo 10, o papel do psicólogo para além das fronteiras organizacionais, ou seja, questionam a Psicologia Organizacional em seu duplo compromisso: um, em favor dos trabalhadores, seu desenvolvimento e sua Saúde Mental e outro, em prol das Organizações, seus resultados, competitividade e produtividade. Os autores propõem que seja possível que o psicólogo atue nesse duplo compromisso, a partir de estudos que proporcionem um “espaço de reflexão e reapropriação da realidade do trabalho, permitindo o movimento subjetivo necessário para que mudanças ocorram nos processos laborais, amenizando seu potencial gerador de sofrimento e tornando a relação homem-trabalho mais prazerosa, saudável e dotada de sentido”.

Podemos ver uma linha que entrelaça cada um dos Capítulos apresentados de modo contundente, na defesa do papel do psicólogo e da Psicologia junto às diversas instituições como uma função de questionamento, crítica e em busca de uma sociedade mais justa e igualitária, desmistificando preconceitos e dando maior sentido a cada trabalho – inclusive,

do próprio psicólogo. Bem vindos à construção de um mundo melhor!

Helena Rinaldi Rosa
*Psicóloga, Professora associada e
Pesquisadora no Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo*

Apresentação

Quando buscamos vislumbrar o lugar que hoje a Psicologia ocupa em contextos institucionais, verificamos uma amplitude de possibilidades para atuação, bem como para realizar o manejo frente às demandas trazidas por sujeitos e grupos a este espaço.

Ao lançarmos o olhar para um passado nada longínquo, constatamos que foi com o fim da Segunda Guerra Mundial, que a até então incipiente Ciência da alma (Psicologia), despertou o interesse de estudo sobre o bem-estar psicológico. Nas análises, foi possível evidenciar indicadores sociais de qualidade de vida - QV.

Na época, o papel da Psicologia era direcionada a cumprir uma função na área de Recrutamento e Seleção. Isto nos permite afirmar que, o olhar psicológico, estava inteiramente voltado para a avaliação das aptidões singulares de cada sujeito, para compreender as condições que poderiam levá-lo a experimentar as chamadas “doenças mentais”. Fenômenos que poderiam motivar sofrimento e que conseqüentemente, derivaria afastamentos dos postos de trabalho, ocasionando prejuízos aos seus empregadores.

Verificamos que o que de fato os representantes da Psicologia Industrial buscavam era selecionar talentos que melhor favorecessem a lucratividade das organizações e não promover saúde aos sujeitos, ou grupos que o compunham.

Com a chegada da Psicologia da Saúde no Brasil o cenário passou a ser revisto. Embora inicialmente, a Psicologia da Saúde fosse realizada em contexto hospitalar de modo individual e nos leitos, essa foi a abertura necessária para que as intervenções coletivas promotoras de Saúde Mental hoje pudessem existir.

Neste cenário, o objetivo desta obra é contribuir para a ampliação do debate sobre o(s) espaço(s) que ocupa(m) a Psicologia no âmbito institucional e principalmente, (re)pensar as estratégias já utilizadas para desenvolver atendimentos que visam a promoção da Saúde Mental a sujeitos e grupos.

Dez capítulos serão apresentados, com recortes de experiências desenvolvidas por pesquisadores diversos da área de Psicologia da Saúde. Compreendemos a importância da escuta a sujeitos e grupos em diferentes vivências, já que abarca elementos de promoção da Saúde Mental no contexto da saúde pública e privada. Consideramos no âmbito da escuta, as questões de gênero, das pessoas privadas de liberdade, do acolhimento a mulheres frente a maternidade, o posicionamento e as possíveis técnicas a serem adotadas por psicólogos(as) nas diversas áreas de atendimentos.

A proposta aqui apresentada é sustentada no reconhecimento de que a promoção de saúde se faz não apenas no contexto de saúde, mas sim em todos os locos de atuação com seres humanos.

Os Organizadores

Capítulo 1

O Papel do Psicólogo nas Equipes Matriciais e o Suporte à Atenção Básica em Saúde¹

Carlos de Sousa Filho²

Ana Cristina Costa Figueiredo³

A inserção do psicólogo nas Instituições de Saúde

O início da inserção do psicólogo nas Instituições de Saúde data da década de 70, tendo sido influenciada pelas mudanças ocorridas referentes à compreensão de Saúde ao longo do tempo (MENDES, 1994). Se antes no cenário de Saúde se utilizava fundamentalmente do modelo biomédico para se relacionar com o paciente, por meio do qual se reduz a experiência à doença e se privilegia o olhar exclusivamente para o aspecto biológico, com uma nova compreensão de Saúde abrem-se novas possibilidades de que outras áreas de saber passem a ser contempladas em Serviços de Saúde. Nesse sentido, a revisão do conceito de Saúde tem um papel relevante para revisitar as práticas de Saúde e olhá-las em sua dimensão psicossocial. Nesse âmbito, o psicólogo poderá agregar na compreensão integral dos fenômenos das unidades, o que se manifestará, sobretudo, nas reuniões de suporte à Atenção Básica.

1 Trabalho com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2 Doutorando em Psicologia Social e do Trabalho pelo Instituto de Psicologia da USP-SP. Mestre e Graduado em Psicologia pela PUC-MG. Especialista em Psicologia Clínica Fenomenológica-Existencial pela UNIFEG. Psicólogo Clínico no CAPS Ad de Poços de Caldas/MG.

3 Pós-Doutora em Psicologia (Universidade do Porto); Doutora em Psicologia (PUC-MG / Universidade do Minho); Mestra em Psicologia Clínica (PUC-SP); Especialista em Terapia de Casal e Família (PUC-MG); Graduada em Psicologia (PUC-MG / *St. Thomas Aquinas College*-NY).

A elaboração de uma nova concepção de Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) data de 07 de abril de 1948, quando esta definiu Saúde como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 37). Essa definição suscita alguns questionamentos, pois sugere a possibilidade de um completo estado de bem-estar; entretanto, abre a possibilidade de mudança da relação que se estabelece com o sujeito e com a Saúde (DEJOURS, 1986). Assim, se antes o paciente era visto como um organismo, no qual se fariam manipulações para reaver a saúde, ele passa a ser olhado com maior complexidade, retomando o lugar de sujeito. Ou seja, o paciente não é mais compreendido como aquele que apenas recebe passivamente o que lhe é oferecido em Serviços de Saúde, mas lhe é reconhecido o direito de opinar sobre si e em relação ao tratamento que lhe é oferecido. Com essa finalidade, outros saberes que não enfocam exclusivamente no aspecto biológico passam a se debruçar sobre esse sujeito que procura cuidado. A partir dessas mudanças de compreensões de Saúde, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, há uma abertura no cenário da Saúde brasileira para a inserção de novos saberes, como o fato da entrada do psicólogo clínico nas Instituições de Saúde na década 1970 (ANGERAMI, 2019; MORETTO, 2019).

A entrada do psicólogo não vem, contudo, sem desafios, pois este passa a ter que entender e encontrar o seu lugar, seja como terapeuta, bem como membro de uma equipe. Para tanto, essa inserção demanda assertividade, clareza sobre o contexto, as condições de trabalho, assim como o domínio de seu instrumental material e intelectual de trabalho (MORETTO, 2019). Nesse sentido, esse profissional é chamado a estar em várias instituições, a saber: Hospitais Gerais, Hospitais Dia; Hospitais Psiquiátricos; Unidades Básicas de Saúde (UBS); Unidades de Saúde da Família (USF); Núcleos de Apoio à Saúde

da Família (NASF); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); dentre outros.

Dispositivos de Saúde que oferecem suporte à Atenção Básica

Diante destes cenários diversos de inserção do psicólogo, encontra-se a necessidade de uma articulação e compreensão sobre a integralidade do sujeito e da complexidade da demanda, o que ressalta a importância do matriciamento na inserção do psicólogo. Em consequente, é preciso que ele tenha conhecimento sobre o território em que ele está, pois este estaria para além de uma delimitação geográfica e seria um elemento do processo de subjetivação, de constituição da identidade de quem transita por aquele espaço, assim como compreenderia um sujeito que é produto e produtor em meio ao coletivo no qual ele se localiza (FERREIRA NETO, 2011). Nesse sentido, o sujeito seria destino e palco, no qual o imaginário coletivo transitaria, espaço de controle social e assim, diria da representação e formação de grupos e de suas singularidades (SOUSA FILHO, 2019). São nesses territórios que se instalam as Unidades de Saúde e nas quais se devem inscrever não só fisicamente, mas também simbolicamente. Sobre essa relação entre equipes, vale destacar alguns serviços como a USF, NASF e CAPS, que foram objetos deste estudo.

Dessa feita, a Atenção Básica pode ser representada pela figura das Unidades de Saúde da Família (USF), pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As Unidades de Saúde da Família localizam-se em bairros, fazendas ou comunidades ribeirinhas, atentando-se às demandas dessa população e aproximando-se dos cenários nos quais a população se encontra, também com enfoque na prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, são serviços de nível básico em Saúde (BRASIL, 2012).

Já o NASF oferece suporte às USF e UBS na forma de atendimentos à comunidade, com uma equipe multiprofissional,

nas dependências dessas unidades ou por intermédio de reuniões de matriciamento (BRASIL, 2014). Nas reuniões, podem ser abordadas questões administrativas das Unidades no sentido de ações sistemáticas dos profissionais que venham a favorecer o desempenho da equipe, como também discussões dos casos mais desafiadores, que exigem novas ações com a clientela ou o trabalho intersetorial, no qual outros serviços — como o da Assistência Social — serão necessários (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Ademais, para a atenção às especificidades da clientela de Saúde Mental e composição desta rede foi instituído como dispositivo de saúde o CAPS, com o objetivo de “evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental [...]” (RIBEIRO, 2004, p. 95). Nesse aspecto, este serviço se articula com os demais, como as USFs, com o objetivo de atender essa população em sofrimento mental, inclusive, por meio de discussões de caso e de temáticas que perpassam as especificidades desse dispositivo de Saúde Mental.

Equipes matriciais no trabalho com as Unidades de Saúde da Família

O apoio oferecido pelas Equipes de NASF e CAPS às Equipes de Saúde da Família (EqSF) é denominado de apoio matricial ou matriciamento⁴. A atribuição desses dispositivos para o bom funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode ser entendido como um suporte de equipes

4 Tais Equipes de Saúde da Família, as EqSF, são representadas por profissionais que atuam em nível básico de atenção em saúde sobre as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. Assim, possuem como referência o cuidado com as famílias, por uma lógica de território, de modo que buscam estar mais próximas da população adscrita se inserindo em contextos comuns.

especializadas para outras equipes de modo a revisitar práticas e compreender mais amplamente a demanda (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009; CHIAVERINI, 2011). O desenvolvimento dessas ações pode ser observado mais claramente nas atuações realizadas nos NASFs, que possuem nas ações conjuntas o fundamento dos seus trabalhos, visto que foram implementados visando o suporte e a ampliação da Atenção Básica. Assim, esse serviço desenvolve o matriciamento junto às EqSFs e usuários, também se atentando à Saúde Mental, em vias da prevenção, promoção, manutenção e reabilitação de usuários com Transtornos Mentais graves assistidos pela Atenção Básica.

Como um dos elementos do apoio matricial observa-se a educação permanente que pode acontecer junto às EqSFs *in loco*, em relação à atenção e à responsabilidade para com a comunidade (BRASIL, 2014). Os profissionais que atuam dia-a-dia com as famílias decidirão acerca dos procedimentos para o acolhimento, escuta aos atendidos, oferecimento de Assistência à Saúde e manejo em relação a demanda. Essa educação toma o cotidiano como cenário de produções, aceitação de mudanças e elaboração de atitudes partilhadas, no que concerne à escuta da clientela, em sua multiplicidade. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) diz respeito à mudança de dispositivos sobre o processo de aprendizagem e em relação ao desempenho na atenção em saúde. A partir da sua implementação, passam a ser consideradas as mudanças relacionais, de ações e que se refletem fundamentalmente em todos os atores sociais envolvidos no processo de produção de saúde; ou seja, passam a ser consideradas as mudanças sociais, os contextos diversos e todas as equipes partícipes da reunião na qual se realiza a educação permanente.

Ao contrário do CAPS, o NASF não oferecerá educação permanente apenas sobre a Saúde Mental, mas também em relação às demais demandas frequentes nas USFs. Nesse

sentido, o processo educacional precisará se atentar ao conhecimento do território, dos usuários e das demandas. Assim, a troca de aprendizados poderá ocorrer como um meio de instrumentalizar e construir saberes partilhados, considerando os saberes locais das singularidades da Unidade e dos conhecimentos prévios das EqSFs (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Sob esta perspectiva, o NASF oferece suporte às EqSFs por meio de discussões, da organização de ações e ao colaborar com o processo de aprendizagem constante, o que vem a montar a educação permanente de ambos serviços.

Método

Esta pesquisa é parte integrante de uma dissertação de Mestrado, que teve como objetivo compreender os sentidos produzidos por profissionais de Equipes de Saúde da Família que atuavam em USFs sobre as pessoas com Transtornos Mentais severos e persistentes. A partir do contato com esses profissionais, esse capítulo surgiu com o objetivo de descrever a percepção de Equipes de Saúde da Família sobre o matriciamento e a atuação dos psicólogos nesse suporte à Atenção Básica. A pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, com enfoque descritivo.

A partir do objetivo proposto, os dados foram coletados por meio de entrevistas, sendo que os entrevistados foram profissionais que compõem um quadro básico de trabalhadores de uma EqSF. Ademais, os dados foram obtidos a partir da observação das reuniões com as Equipes de Saúde. Ressalta-se que os psicólogos não foram participantes das entrevistas, mas estavam presentes nas reuniões de Serviços como o CAPS e o NASF, que também forneceram material de análise em relação ao processo formativo de Educação em Saúde viabilizado pelas discussões desses profissionais com as EqSF. Assim, participaram desta pesquisa profissionais efetivos por concurso público, lotados na Secretaria Municipal de Saúde em um município do interior de Minas Gerais,

sendo esses selecionados segundo indicação da gestora da Atenção Básica. Esses profissionais eram dois médicos, dois enfermeiros e quatro agentes comunitárias de Saúde, sendo respectivamente metade dos profissionais de cada área para uma USF Urbana e metade para outra USF Rural.

Os participantes da USF Urbana serão apresentados a seguir: uma enfermeira da USF Urbana, que será tida como E1, possui uma capacitação em Saúde Mental, é especialista em Saúde Pública, especialista em Saúde da Família, preceptora no SUS, preceptora em Residência Médica e possui um Mestrado em Enfermagem; a médica da Unidade, que será tida como M1 e não tinha nenhuma pós-graduação; as duas agentes de comunitárias de Saúde dessa USF serão nomeadas ACS1 e ACS2, ambas possuem uma capacitação em Saúde da Família, sendo que a ACS2 também possui uma capacitação em Saúde Mental.

Quanto aos participantes da USF Rural, esses apresentam o seguinte perfil: um enfermeiro que será chamado E2, especialista em Urgência e Emergência; o médico, M2, especialista em Medicina do Trabalho, Medicina da Família e em Nutrologia; no que concerne às duas agentes comunitárias (ACS3 e ACS4), ambas informaram possuir capacitação em Saúde da Família.

Em relação às reuniões observadas, estas foram realizadas entre o primeiro e o segundo semestre de 2018 nas USFs. No entanto, apenas foram acompanhadas reuniões com a USF Urbana, tendo em vista que o NASF não oferecia suporte às USFs Rurais. A data de realização do matriciamento do CAPS na Unidade Rural não coincidiu com a etapa de coleta de dados. Das reuniões desenvolvidas na USF, duas ocorreram com o NASF e uma com o CAPS II, junto à Equipe da Atenção Básica. Destacam-se as seguintes temáticas que nortearam a observação e foram coletadas em diário de campo: a educação permanente, as discussões de caso e as relações entre as Equipes nos momentos de apoio matricial.

Como procedimento de coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde foi contatada anteriormente e concedeu autorização para a realização da pesquisa; em seguida, solicitou-se o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, que também anuíram. A coleta das entrevistas e a observação das reuniões ocorreram concomitantemente, sendo que todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo móvel, enquanto as reuniões foram transcritas em diário de campo. Posteriormente, os dados foram analisados, sob os pressupostos da Análise de Conteúdo que buscou se ater ao modo como os participantes viviam e deram sentido às relações estabelecidas durante os encontros com as Equipes (CAMPOS; TURATO, 2009; TURATO, 2003). Assim, foi empreendida uma leitura flutuante do material e por conseguinte, uma leitura exaustiva para a construção de categorias. Ressalta-se que a pesquisa apenas teve o seu início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, sob o número do Parecer 2.485.822.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos demonstram como ocorreu a relação da Unidade de Saúde da Família no que se refere às Equipes matriciais, em especial a figura do psicólogo. Além disso, puderam ser observadas essas concepções desde as entrevistas com as EqSFs até às reuniões de matriciamento. Nesse sentido, vale ressaltar que em ambas as Equipes (do NASF e CAPS) os psicólogos assumiam a figura de mediadores, tecendo questionamentos e conduzindo os diálogos durante as reuniões.

A percepção das Equipes de Saúde da Família sobre o Matriciamento

O modo como as Equipes concebiam a atividade de matriciamento desenvolvida pelas equipes matriciais foi contemplado em entrevistas com as EqSFs, que descreveram

as suas percepções, ponderando a sua importância e alguns desafios, como pode ser notado nas narrativas a seguir:

Olha o que eu vejo hoje são os matriciamentos que a gente tem é, que a gente discute isso auxilia muito, com médico, com os enfermeiros, psicólogos e outros profissionais do CAPS. Então eles ajudam bastante a nortear, então eu acredito que isso seja um investimento né, de parar para pensar e discutir sobre isso. (E1)

Então eu acho que é mais no sentido de tentar trocar conhecimento com a gente, de passar algumas coisas que talvez no dia a dia deles eles têm mais facilidade de lidar com determinadas situações do que a gente. Então eu acho que é uma questão mesmo de troca de experiências e de troca de conhecimentos e informação. (E2)

Fundamental né, fundamental. Até a gente tem vários, como é que chama (pausa) que a gente fez aquele dia. Matriciamento a gente faz, era trimestral. Então, assim a gente sente discute os casos e tudo. É a gente tem um vínculo muito bom, liberdade de ligar qualquer coisa que precisar, a gente, fazer um encaixe e tudo. (M2)

O apoio deles é muito importante, muito interessante, porque através deles a gente chega num consenso, tenta resolver aquele problema. (...) Um é (pausa), completa o outro. (ACS1)

(...) na reunião que a gente faz, eles vêm, procuram saber tudo certinho o que está acontecendo, para ficar atualizado sobre a situação, a gente passa pra eles como está o paciente e para pelo menos estar sendo informado, “né” (sic). (ACS4)

No discurso da enfermeira e da agente comunitária da região urbana, bem como do médico e da agente comunitária da área rural é evidenciada a importância da realização do matriciamento. Nesse sentido, essa proposta se apresenta como uma forma de troca de conhecimentos, de atualização e de que se abram novos caminhos para o cuidado. Ao mesmo

tempo, como apresentado pelo médico, este menciona a possibilidade de encaixes dos pacientes como uma abertura da RAPS em prol do sujeito, como uma complementariedade dos serviços. Os sentidos positivos que consideram a relação entre Equipes de níveis de complexidade diferentes também foram encarados como importantes por outras pesquisas, que apontam a possibilidade de diálogo e atenção à maior complexidade do sofrimento do sujeito, por meio de encaixes e encaminhamentos viabilizados por esses espaços de conexão, que são as reuniões (IGLESIAS; AVELAR, 2016). No entanto, quando se fala em atualizar a Equipe matricial, pode-se estar referindo a um movimento de passar o caso para outro Serviço da rede, o que não visaria grandes problematizações e aprofundamento na compreensão e manejo dos profissionais. Tais autores ainda problematizam os objetivos do encaminhamento, para não se incorrer em um movimento de “empurra e empurra”, o qual pode enfraquecer o laço entre o usuário e os Serviços de Saúde, agravar o caso e se configurar como um desrespeito para com o cidadão em relação a seu direito.

De outro modo, duas das agentes comunitárias apresentaram uma visão diferente acerca de como concebem o apoio matricial realizado. Essas trabalhadoras trouxeram questionamentos diante do que é oferecido e o que esperam das Equipes.

(...) Ah, o nosso NASF é muito fraco, muito fraco. Assim, tanto é que eu vou te falar, a gente tinha um grupo aqui, o grupo “bombava” (sic) de atividade física, assim de mais de 30 pessoas. Aí a professora vinha um dia, faltava outro, vinha um dia, faltava outro. Acabou o grupo. O pessoal vinha, chegava na aula não tinha professora, foi desanimando, desanimando. Parou de vir. O nosso NASF é muito fraco. Agora que tá mudando o pessoal, quem sabe melhora. Por exemplo o psicólogo é novato, novato para nós, “né” (sic), e a fisioterapeuta é novata.
(ACS2)

(...) Eu acredito assim, que quando a gente tem os matriciamentos, a gente discute os casos, a gente passa o que está acontecendo, eu acredito que eles poderiam estar visitando estes pacientes pra ver uma realidade física, estrutural, como que é a família, como que é a casa. (...) Ah, eu assim, eu não acho muito bacana não, na verdade quem resolve é a gente mesmo, a gente que acaba resolvendo, eu acho que eles não resolvem muita coisa não. (...) Aí, papel, papel, papel, estar indo lá estar passando numa consulta psiquiátrica, estar sendo medicado e pronto. (ACS3)

Em ambos os relatos das agentes comunitárias está presente um descontentamento em relação ao que se esperava das Equipes matriciais, pois existe um desencontro entre o esperado e o que se propõe. Paralelamente, há uma necessidade em se explicitar os papéis do suporte matricial, bem como mais espaço de discussão e posicionamento para a exposição dos questionamentos. A descontinuidade apontada pela ACS2 enuncia uma angústia diante da fragilidade como um dos trabalhos ocorreu e sinaliza alguns desafios do próprio suporte à Atenção Básica, que também precisam ser revistos nas reuniões. Tal descontentamento assinala alguns entraves e frustrações comuns no trabalho entre mais de uma Equipe, bem como a necessidade de reavaliação do que é proposto, como em um projeto terapêutico singular que deve ser sempre atualizado e é passível de ajustes (BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018; BRASIL, 2014). O apoio clama por um diálogo, pois senão se daria apenas pela via unidirecional. Entretanto, são as EqSFs que podem denunciar o emergente comunitário, sendo necessário fundar espaços de diálogo para que isso possa acontecer com maior fluidez. Da mesma maneira, a ACS3 demonstra não acreditar que, por meio de discussões, poderá ter algum contributo para o seu trabalho e reduz a atuação das Equipes matriciais à consulta psiquiátrica, algo que também tem a sua função no acompanhamento pós-alta da média complexidade, mas pode encerrar o trabalho

possível desses profissionais. Ao se centrar as possibilidades do apoio de outras Equipes na figura do psiquiatra, reduz-se a compreensão do adoecimento ao fator biológico, e desconsidera-se sua integralidade e multidimensionalidade (IGLESIAS; AVELAR, 2016; MORETTO, 2019). Tal concepção fragmenta o sujeito e ainda, pode reforçar a percepção de quem realmente resolve os problemas é apenas a EqSF e não se partilham as responsabilidades, bem como a rede deixa de estar à serviço da comunidade em sua amplitude.

Nesse ensejo de questionamentos ao modo como o matriciamento estava sendo realizado pelo CAPS, uma das participantes delineou seu anseio pelo desenvolvimento da educação permanente nas reuniões e não só as discussões de caso, para que fossem abordadas também as temáticas de Saúde Mental, como se observa a seguir:

(...) Algumas vezes, até algumas informações bacanas, sabe no começo quando a gente começou foi bem legal, que o psiquiatra vinha, ele falava a respeito das doenças, dos quadros de doenças, das formas de lidar. Agora eu acho que não, sumiu esse interesse. Vem pergunta do paciente, você fala o paciente está estável, está tomando a medicaçãozinha, beleza, ponto. (ACS3)

Em tal relato da agente, levantou-se uma crítica ao que passou a ser feito no CAPS II, quando a educação permanente e a aprendizagem durante as reuniões foram reduzidas a partir da ausência do psiquiatra. Tratavam-se de discussões que atravessavam integralmente a formação do psicólogo e poderiam ocorrer por intermédio deste profissional, assim como dos demais que estavam inseridos nesta Equipe de Saúde Mental, o CAPS II. Nesse sentido, o matriciamento demonstrou estar reduzido à atividade de discussão de casos e não avançar muito para a educação permanente (BISPO JUNIOR, MOREIRA, 2018; CIRILO NETO, DIMENSTEIN, 2017). Ou seja, abarcou-se o imediatismo da experiência, sem a ampliação dos olhares para

desconstrução de saberes vigentes. A visão do Serviço sobre o paciente pareceu manter-se centrada na imagem do médico e da medicalização, por meio da qual o aspecto biológico é priorizado para se compreender o sujeito. Desta feita, alguns espaços clamam serem ocupados, levantando os seguintes questionamentos: faltaria um olhar atento a essa demanda pela aprendizagem? Quais os desafios para que a complexidade e a educação permanente se apresentem mais claramente no trabalho com múltiplas Equipes?

O papel do psicólogo nas equipes matriciais do CAPS, NASF e EqSF

No matriciamento desenvolvido na região urbana foram propostas algumas ações que visavam atingir a necessidade socioeconômica de todo o território, como a construção de uma horta comunitária. Em uma das reuniões do CAPS o tema central discutido foi o suicídio, em virtude da demanda levantada pela Unidade. Todavia uma das reuniões com o NASF durou menos de meia hora, visto que os profissionais da USF não apresentaram casos para serem discutidos. Desta maneira, serão apresentados alguns fragmentos do que fora observado nas reuniões que demonstram a atuação do psicólogo na problematização de conflitivas específicas da USF Urbana.

Em uma das reuniões realizadas pelo NASF na USF Urbana, tendo em vista a dificuldade financeira da comunidade adscrita, foi proposto pelo psicólogo do NASF a criação de uma horta comunitária. Essa proposta foi apresentada como uma alternativa ao acesso a alimentos pela população, ao fortalecimento de vínculos comunitários e à prática terapêutica que poderia ser realizada, pensando nos usuários da Unidade que tivessem algum Transtorno Mental e pudessem se beneficiar da realização dessa atividade, como se observam em outras pesquisas (e.g., GOSENHEIMER *et al.*, 2018; VALVERDE, SILVA, ALMEIDA, 2018). Abarcou-se a horta como um meio dos sujeitos sentirem-se mais produtivos e obterem alguma

realização pessoal pelo desenvolvimento de potencialidades. Assim, esta proposta pretendeu potencializar e criar espaços de desenvolvimento de um coletivo, alimentação saudável, promoção de saúde e construção de espaços para uma Educação em Saúde pela atuação em nível básico (LEMOS; BARBOSA, 2020). Além disso, a horta apresentaria uma função terapêutica de resgate das histórias de vida por meio do contato com a terra e da socialização dentro do território (CARDOSO, 2002; DIAS, 2011).

Outro momento de destaque da figura do psicólogo foi em uma das reuniões do CAPS, quando os profissionais discutiram casos contrareferenciados e alguns deles envolviam o quadro de depressão, como se observa em outro estudo (e.g., SANTOS *et al.*, 2017). Durante a discussão, o psicólogo começou a arguir os integrantes da Unidade acerca das suas concepções sobre o suicídio. Uma das agentes comunitárias comparou a sua experiência de desenvolvimento com a de uma adolescente que se mutilava e apontou que isto teria ocorrido por esta adolescente não ter trabalhado desde a sua infância. Outra agente demonstrou acreditar que seria uma dificuldade desta adolescente se comunicar e por isso ela tentaria fazê-lo em seu próprio corpo. Após a exposição de como concebiam alguns fenômenos relacionados aos sintomas depressivos e ao suicídio, o psicólogo pontuou este tema como sendo multicausal, corroborando os dados do Ministério da Saúde em relação ao modo como ocorrem as tentativas de suicídio de acordo com o sexo e com que a frequência (BRASIL, 2017). Por fim, a Equipe matricial do CAPS propôs que a EqSF discutisse com o NASF a possibilidade do desenvolvimento de atividades de cunho preventivo em comemoração ao Setembro Amarelo.

Nesse sentido, a atuação dos psicólogos apresentou-se como uma tentativa de promover uma educação permanente, em que os conhecimentos prévios dos profissionais fossem reconhecidos e, ao mesmo tempo, o saber técnico-científico pudesse dialogar com as experiências. Contudo, na reunião

do CAPS com a USF, o diálogo entre os saberes foi pouco problematizado pelo psicólogo, tendo em vista que não desmistificou uma concepção de senso comum, para a qual o sofrimento psíquico se resolveria com o trabalho. Assim, o conhecimento que se tem em Saúde seria questionado como uma educação permanente que se proponha a ser mais crítica. Em contrapartida, essas Equipes puderam simbolizar em seus discursos a relação que estabelecem com o matriciamento.

Considerações Finais

O presente estudo evidenciou que, ao se inserir em uma Instituição de Saúde, a Equipe matricial também se inscreve simbolicamente nas relações da EqSF, o que exige um exame minucioso dessa realidade, das práticas realizadas, assim como uma revisão dos saberes e ações durante este percurso de trabalho em conjunto.

Abarcaram-se alguns desafios para o trabalho do psicólogo na atuação em rede, na Atenção Básica e em sua inserção em Instituições de Saúde. Ao se prestar apoio matricial, é de suma importância conhecer a realidade com a qual se trabalha, acessar os saberes acerca da Saúde presentes naquele território e desvelar outras perspectivas, com uma postura questionadora. Conforme demonstrado pelos profissionais da EqSF, o matriciamento requer trocas permanentes e diálogos que poderão fluir livremente para além da discussão de casos, direcionadas à aprendizagem. Apresenta-se o seguinte questionamento relativo à educação permanente: Como a equipe de Saúde Mental pode assumir o papel da educação permanente como forma de abertura de caminhos para outras concepções em Saúde? Sabe-se que há uma emergente necessidade dessa aprendizagem, sendo relevante a criação de espaços de fala para que ela possa surgir e ser trabalhada.

Assim como um projeto que passa por remodelações, o matriciamento deve oferecer espaços para questionamentos e reavaliações, sendo essencial o papel do psicólogo na

proposição de diálogos e aprendizagem constante. Ao psicólogo cabe questionar os saberes assentados em experiências pessoais, deveras que o sujeito é em si singular e a sociedade está em movimento constante. Neste ínterim, é fundamental abarcar o sofrimento psíquico a partir de uma compreensão ampla dos processos de saúde e doença. A saúde está relacionada a diversos fatores e nenhum deles pode ser negado, pois assim se reduziria a experiência e se perderia quem dela usufrui.

Recomenda-se que novos estudos empíricos, tanto qualitativos quanto quantitativos, contemplem amplamente a atuação das Equipes matriciais voltadas à Saúde Mental e, especialmente, o papel do psicólogo nessas Equipes, de modo a investigar com maior profundidade e amplitude a perspectiva desses profissionais acerca dessa temática.

Referências

ANGERAMI, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00108116>. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde** [Epub] 19 Mar. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 14, n. 54, 1986.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínicoqualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. v. 17, n. 2, 2009, p. 259-264.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 22, n. 1, 2002, p. 2-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000100002>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIRILO NETO, M.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, 2017, p. 461-474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>. Acesso em: 18 dez. 2018.

DIAS, M. K. A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, 2011, p. 2155-2164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400015>. Acesso em: 16 nov. 2018.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: FAPEMIG, 2011.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado.

Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 129-138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>. Acesso em: 01 dez. 2018.

GOSENHEIMER, G. A. et al. A horta comunitária como uma atividade facilitadora do processo de autocuidado na atenção primária em saúde. **Anais: XIX Jornada de Extensão**, 2018. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/download/9755/8406>. Acesso em: 15 abr. 2022.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2016, v. 36, n. 2, p. 364-379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001372014>. Acesso em: 15 jun. 2022.

LEMOS, C. M. L. P.; BARBOSA, M. J. S. INTERVENÇÃO SOCIAL EM SAÚDE EDUCATIVA POR MEIO DE HORTA COMUNITÁRIA URBANA EM PARAGOMINAS – PARÁ. **P2P & INOVAÇÃO**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 2, p.18-36, Mar./Ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21721/p2p.2020v6n2.p18-36>. Acesso em: 15 abr. 2022

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **O Distrito Sanitário**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 19-94.

MORETTO, M.L.T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, 2004, p.92-99. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, 2017, p. 694-706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 29-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOUSA FILHO, C. **A atuação das equipes de saúde da família com as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Belo Horizonte, 2019.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

VALVERDE, A. V.; SILVA, N. C. B.; ALMEIDA, M. Z. Introdução da Fitoterapia no SUS: contribuindo com a Estratégia de Saúde da Família na comunidade rural de Palmares, Paty do Alferes, Rio de Janeiro. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-40, abr. 2018.

Capítulo 2

O Psicólogo no Sistema Único de Assistência Social: Uma Análise Materialista Histórico-Dialética do Estado e de suas Políticas Públicas

Renato Ramos⁵

Introdução

O método materialista histórico-dialético foi criado por Marx e se caracteriza pela proposta de um método prático de transformação social que compreende o ser humano e todo seu universo de maneira relacional, por meio do processo histórico e de suas bases materiais. Neste método, a realidade social é vista como um produto derivado das transformações que os homens produzem na natureza através do trabalho, e de como estas transformações influenciam as maneiras como os homens se relacionam entre si (LESSA; TONET, 2011).

Para o materialismo histórico-dialético, o mundo humano não pode ser explicado apenas pela ideia e pela matéria, mas pela relação entre as duas. A realidade tal como é conhecida é resultado do mundo e de como os homens a transformam. Ao transformarem a natureza e ao interagirem no mundo para atender seus interesses, os homens não produzem apenas bens materiais, eles constroem a si mesmos por meio das relações sociais que estabeleceram durante o processo de transformação e interação com o mundo. É assim que os homens se tornam seres históricos e sociais, cuja realidade social é um reflexo de sua interação com mundo e entre si (MARX, 1845/2007; LESSA; TONET, 2011).

Neste trabalho usaremos o método materialista histórico-dialético como norteador de nossas discussões acerca do

⁵ Psicólogo pela PUC-MG, Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, Pós-graduado em Psicanálise pela PUC-MG.

papel dos psicólogos no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O nosso foco não é o de analisar a atuação singular de cada profissional, mas o papel dos psicólogos enquanto categoria profissional.

Nas últimas décadas houve uma expansão gradativa no campo de trabalho dos psicólogos. Se antes a atuação destes profissionais se dava principalmente na esfera do atendimento clínico individual, hoje os psicólogos ocupam lugar em diversas Políticas Públicas e compõem o quadro profissional de diferentes tipos de Serviço Público. De acordo com Lacerda Júnior (2016), este aumento da inserção de psicólogos em instituições e equipamentos que lidam diretamente com refrações da questão social não tem a ver tanto com um novo compromisso social assumido por estes profissionais para atenderem novas demandas, mas com um movimento de mercado. Os psicólogos foram levados a buscar novos campos de atuação mais por estarem em um mercado cada vez mais competitivo, que remunera cada vez pior e no qual as ofertas de trabalho vão se tornando cada vez mais escassas, do que por terem assumido um novo compromisso ético e político que buscasse levar a Psicologia até a população de baixa renda e que afrontasse o modelo clínico clássico, que era voltado em sua maior parte para clientes de alto poder aquisitivo (LACERDA JÚNIOR, 2015; 2016).

Consequentemente, como apontam Yamamoto e Oliveira (2010), muitos psicólogos se veem despreparados para suprir as demandas apresentados pelo Serviço Público. Consideramos um problema da própria formação acadêmica, pois muitas Faculdades de Psicologia ainda privilegiam a formação clínica clássica. Mas, para além do que se espera do trabalho dos psicólogos em Políticas Públicas, é preciso que entendamos melhor o lugar das Políticas Públicas dentro do movimento da História. Não basta pensar apenas sobre as implicações éticas e políticas dos psicólogos dentro da esfera pública se não

direcionarmos nossa análise para as próprias políticas sociais, e tentar compreender a função delas no motor da História.

O surgimento das Políticas Públicas tais como as conhecemos hoje, tem a ver com a luta por direitos civis e sociais, e remonta as grandes revoluções burguesas que deram fim aos regimes monárquicos e consolidaram o capitalismo como sistema econômico dominante. A ascensão econômica da burguesia e sua consolidação no poder dependeu, em larga medida, da concessão de direitos civis e sociais que permitiram igualdade jurídica, liberdade de comércio e participação na administração do Estado. Antes todos estes privilégios eram exclusivos apenas ao rei, a nobreza e ao clero (HOBBSAWN, 2002).

Os privilégios oriundos da concessão de direitos políticos e sociais eram, no entanto, muito mais voltados para a burguesia do que para os trabalhadores. Estes últimos continuavam a ser explorados e submetidos a uma rotina de trabalho extenuante, mal remunerada, e por vezes perigosa.

Vemos desde a revolução francesa que é apenas com pressão dos trabalhadores que o Estado se vê forçado a elaborar algumas políticas solidárias para atender parte dos interesses da classe trabalhadora. Geralmente isso se dá em períodos de efervescência social nos quais há risco de a burguesia vir a perder seus privilégios. Neste cenário, o Estado se vê obrigado a conceder algumas pequenas benesses para a classe trabalhadora a fim de manter a ordem social e preservar os interesses da burguesia (LAVAL; DARDOT, 2019). Trata-se de um movimento que se repete continuamente ao longo da História. A crise mundial do capitalismo em 1929, por exemplo, foi o estopim para que os ideais liberais fossem colocados em xeque. Em seu lugar vemos tomar força ideias como as do economista inglês John Maynard Keynes, que vieram a se consolidar após a Segunda Guerra Mundial e deram origem ao Estado de Bem-Estar social. Este modelo de Estado se caracterizava pela intervenção do Estado na Economia para

diminuir as desigualdades sociais através de Políticas Públicas e direitos sociais (PEREIRA, 2000).

Já temos aí um indício de como operam as Políticas Públicas. Ao mesmo tempo em que elas são conquistas obtidas por meio de lutas sociais e expressam os anseios da classe trabalhadora em busca de melhores condições de vida, também são uma resposta do Estado para amenizar os conflitos sociais e assegurar os interesses da burguesia. Isto faz com que as políticas sociais sejam políticas compensatórias, que atendem partes das necessidades da classe trabalhadora, sem fazer qualquer mudança realmente significativa na vida dos mesmos. Apenas o suficiente para que eles não se rebelem e façam uma revolução que realmente colocaria um fim nos privilégios da burguesia. Dito de modo mais simples, as políticas sociais são feitas para que se evite fazer justiça social.

Para poder compreender isto é preciso ter em mente que o Estado de Bem-Estar social diminui as desigualdades sociais, mas não acaba com elas. Toda a riqueza social é produzida por meio do trabalho, contudo, para que possa haver acumulação de capital, é preciso que a distribuição destas riquezas não seja feita de forma igualitária. Como consequência, não pode haver pessoas ricas se não houver pessoas pobres, o que torna a pobreza estrutural nas sociedades capitalistas e nos mostra que o lucro está acima do bem estar coletivo e social, de modo que o bem estar social só é promovido até onde não atrapalhar efetivamente a acumulação de riqueza, ou, dito de outro modo:

O que importa é o lucro dos capitalistas. Se, para isso, a fome deve ser mantida apesar de se poderem produzir alimentos para todos; se a ignorância deve ser mantida, apesar de se poder erradicá-la; se muitos devem ficar sem casas e sem assistência médica, apesar de existirem os meios para abolir esses sofrimentos; se, para acumular o capital, é necessário levar a humanidade à beira de uma catástrofe nuclear, produzindo reatores e bombas atômicas, ou, ainda, destruir a natureza e romper o equilíbrio ecológico, tudo

isso será feito em nome do capital e em detrimento das necessidades humanas. Nesse contexto, as tensões sociais se tornam cada dia mais graves. Fome, miséria, desemprego, violência tornam-se ainda mais insuportáveis à medida que dispomos dos recursos necessários para eliminar todas essas desumanidades (LESSA; TONET, 2011, p. 96).

Como as políticas sociais são compensatórias, elas apenas tentam remediar parte dos efeitos nefastos da pobreza, mas não atuam eficientemente contra a pobreza e os problemas sociais que geram, pois, para isso, teria que se atacar o ponto nevrálgico de como se distribuem riquezas no capitalismo e acabar, dentre outras coisas, com a propriedade privada dos meios de produção e com a extração do que Marx (1867/2013) chama de “mais valor”, que é a apropriação que o burguês faz da riqueza produzida pelo trabalhador.

Por esta razão, as políticas sociais se tornam “essenciais para a manutenção da lógica de reprodução do capital” (OLIVEIRA, 2016, p. 233). A produção e o comércio de mercadorias precisam de pessoas que comprem mercadorias. De tempos em tempos o capitalismo entra em crise, pois a avidez em torno da extração de lucro faz com que se sucateiem direitos civis e sociais atingindo diretamente os trabalhadores, com isso eles perdem poder de compra e deixam de consumir mercadorias, o que leva a períodos de recessão econômica e crise financeira (MASCARO, 2013). É por isso que em alguns cenários garantir direitos sociais se torna importante para a própria manutenção do capitalismo, pois coloca freio nos meios de exploração para que eles possam se perpetuar.

É dentro de toda esta conjuntura política, histórica, econômica e social que é preciso analisar a inserção dos psicólogos dentro da esfera pública, pois se o papel histórico das Políticas Públicas e da garantia de direitos civis e sociais não é o de acabar com os meios de exploração e opressão engendrados pelo capitalismo, mas de atenuá-los e garantir sua reprodução, os psicólogos que trabalham em Serviços

Públicos são convocados a compactuar, de um modo ou de outro, com toda esta mesma dinâmica.

Embora a prática profissional nem sempre seja condizente com os manuais e com as leis, nem por isso deixa de sofrer influência e direcionamentos, daí a importância de investigar as implicações do papel dos psicólogos no SUAS. Sobretudo, quando este papel pode ajudar a reproduzir sistemas de exploração e opressão.

Metodologia

Propomos analisar o papel dos psicólogos no SUAS e pensá-lo a partir do método materialista histórico-dialético.

Nesta investigação, por meio de pesquisa bibliográfica, que segundo Lakatos e Marconi (2003), é um trabalho reflexivo e sistemático de materiais bibliográficos com intuito de construir uma investigação acerca de algum assunto que se deseja aprofundar, resgatamos a concepção marxiana acerca de Estado e Políticas Públicas para poder pensar o papel históricos dos psicólogos no Sistema Único de Assistência Social. Começamos resgatando a concepção marxiana acerca do Estado, em seguida procedemos para análise do SUAS e do papel histórico dos psicólogos dentro deste setor. O nosso objeto de investigação não foi a atuação singular de cada um destes profissionais, mas o seu papel histórico.

Deste modo, o capítulo se divide entre duas partes. Na primeira delas apresentarmos a concepção marxiana a respeito de Estado e Políticas Públicas, e na segunda, interrelacionarmos o pensamento marxiano, por meio do método materialista histórico-dialético, com o SUAS e com o papel dos psicólogos neste campo.

Estado e Políticas Públicas

A Teoria marxiana a respeito do Estado é peculiar e polêmica, isto porque, segundo Engels (1984), o Estado moderno é uma formação que se deu justamente para garantir

a produção capitalista e a exploração dos trabalhadores. Logo, ele não pode ser visto como um aparato a favor dos interesses de toda a população, pois ele foi concebido para beneficiar a burguesia e permitir a exploração dos trabalhadores. Assim, se ao Estado cabe a tarefa de conciliar os interesses sociais, e acalmar as tensões sociais, é preciso saber que este seu papel é tendencioso, e sempre favorecerá a burguesia. Não por acaso, Lenin (2018, p. 50) afirma que

A democracia burguesa, por mais que seja um grandioso progresso histórico em comparação com a Idade Média, permanecerá sempre – e sob o capitalismo não deixa de permanecer – estreita, amputada, falsa, hipócrita, um paraíso para os ricos, uma armadilha e uma fraude para os explorados, para os pobres.

Nessa mesma direção, Mascaro (2017) nos mostra que também a garantia de direitos é uma falácia que atua em prol da reprodução do capital e de toda a sua lógica de exploração: Em suas palavras, afirma que “É defendendo os direitos do indivíduo que os proprietários do capital do mundo dormem tranquilos, sem medo do saque ou da divisão compulsória do que é seu com os pobres” (MASCARO, 2017, p. 110).

Na realidade, o capitalismo se constitui com a concessão de direitos e depende amplamente da forma jurídica e do Estado para operacionalizar os seus interesses (PACHUKANIS, 2017). Sem o direito não é possível haver garantia dos contratos, assim as mercadorias não podem ser comercializadas e nem se pode contratar mão de obra para produzi-la. Sem o direito também não existe propriedade privada dos meios de produção. Por isso, até mesmo em casos extremos de restrição de direitos nos quais se esgarçam as leis do Código Civil, como em uma ditadura, ainda assim se conservam alguns traços de subjetividade jurídica, pois, caso contrário, não há como haver trocas mercantis já que os contratos perdem garantia e não pode haver reprodução do capital (MASCARO, 2013).

É através do direito e do Estado que o trabalhador pode vender sua força de trabalho e ser explorado, pois não existe trabalhador assalariado sem Estado e sem direito. Nos Estados modernos o trabalhador goza de direitos garantidos pelo Estado e por isso tem certa liberdade de escolha para quem quer trabalhar, e recebe salário pelo seu trabalho. Contudo, o seu salário é pago mediante a extração de mais valor, e por isso a maior parte dos trabalhadores irá receber apenas o suficiente para sua subsistência e, em momentos de crise do capital, que são cíclicas, nem isso. Mesmo assim, a acumulação individual de riquezas não é crime algum, independentemente se provoca pauperismo e miséria e impõe grandes restrições para a maior parte da população. Isto não se dá de modo acidental, mas tem a ver como o direito, o Estado e suas políticas operam nas sociedades capitalistas, e nos mostram que a superação do capitalismo e de todos os problemas sociais por ele provocados não pode se dar por meio do direito (MASCARO, 2013, 2017).

Por outro lado, a concessão de direitos civis e sociais ajuda a refrear o peso da exploração que se abate sobre os trabalhadores. Sem estes direitos, a burguesia e o Estado podem tornar a vida da classe trabalhadora ainda mais difícil. Eis aí o caráter ambíguo acerca da concessão de direitos nas sociedades capitalistas: ao mesmo tempo em que ela faz parte de um regime de exploração, ela também estabelece alguns limites para esta exploração, e pode ser usada para sua manutenção, quando se resume apenas em lutas democráticas sem qualquer interesse revolucionário, ou para sua superação, quando se entende como se opera a exploração capitalista e se quer arregimentar forças para superá-la.

A questão é que como uma revolução não se faz da noite para o dia, e está bem longe de acontecer na atualidade, lutar pela garantia de direitos se torna uma tática fundamental para proteção da classe trabalhadora enquanto se arregimentam forças contra o capitalismo. Entretanto, é bom que saibamos que lutar apenas por direitos não é suficiente para resolvermos

as injustiças sociais, pelo contrário, a concessão de direitos atenua uma parte relativamente pequena destas injustiças, o que ajuda na sua manutenção e reprodução. Portanto, para resolvermos alguma coisa não basta apenas lutarmos em prol de mais direitos, é preciso também tentarmos nos engajar em lutas anticapitalistas.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

As lutas democráticas no Brasil sempre foram um movimento complexo, e por vezes contraditório. Após o período de ditadura militar a pressão política e social conseguiu arregimentar forças para elaboração de uma nova constituição, a Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, e que foi responsável, dentre outras coisas, por traçar princípios como igualdade, equidade, cidadania, gestão democrática e compartilhada, mas, sobretudo, por estipular a universalidade de políticas e direitos, caracterizando assim, um modelo de Estado voltado para o bem-estar social. Esta nova constituição foi responsável por lançar as bases para a criação de uma rede de proteção social, composta por diferentes serviços e benefícios, no qual se torna dever do Estado garantir direitos civis e sociais para seguridade social, algo até então inédito na História brasileira (CARVALHO, 2002).

Foi a partir desta constituição que se formou o sistema de seguridade social, e se instituiu parte das bases democráticas que viriam juntamente com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), consolidar o SUAS (PEREIRA, 1996).

O SUAS surge então para materializar os princípios e as diretrizes da LOAS, propondo criação e reorganização de serviços, programas e benefícios, para atender as necessidades de seus usuários. O SUAS se divide em dois níveis de proteção: a proteção social básica e a proteção social especial de média e alta complexidade. Cada um destes níveis é composto por diferentes serviços, programas e benefícios, e contém

normativas e diretrizes de funcionamento para cada um deles (LOPES, 2006).

Não há necessidade de nos aprofundarmos aqui em todos os meandros de funcionamento do SUAS e nem em todos os seus diferentes serviços, programas e benefícios. O essencial para nosso trabalho é apontar duas coisas, a primeira é que a consolidação desta política tem a ver com luta social e com pressão política feita pela sociedade civil através de seus representantes, que conseguiram assim melhorar a vida dos trabalhadores, e a segunda, é que o SUAS está fundamentado em um modelo de Estado de Bem-Estar social. Ou seja, ao mesmo tempo em que ele é uma conquista histórica da classe trabalhadora, o seu horizonte político-ideológico ainda se resume, mesmo que de forma mais branda, à reprodutibilidade do capital que oprime e explora esta mesma classe.

O papel do psicólogo no SUAS delinea o que

é preciso evitar fazer exigências que vão além das possibilidades da ação profissional (confundindo a ação profissional que comporta uma dimensão política com a ação propriamente política). Nunca é demais lembrar que o psicólogo, no limite, como executor terminal das políticas sociais (nos termos de Netto, 1992), atua nas refrações da questão social, transformadas em políticas estatais e tratadas de forma fragmentária e parcializada, sendo uma das formas privilegiadas, a delegação para o “terceiro setor” Portanto, atuar no campo do bem-estar social, seja nas instâncias estatais, cuja manutenção deve ser uma bandeira para os profissionais e para a sociedade, seja no “terceiro setor”, será sempre, no limite, uma intervenção parcializada. (YAMAMOTO, 2007, p. 35)

Seguindo estas ideias, a atuação do psicólogo dentro do campo de Bem-estar social, no qual se inclui o SUAS, é sempre uma intervenção parcializada, que não atinge o cerne das injustiças sociais. No limite, o psicólogo enquanto profissional assalariado “executor terminal das políticas sociais”, tem seu

trabalho limitado ao que o Estado espera que ele faça. Ir contra isso implica em topar com resistências, e correr riscos como o de vir a perder o emprego.

Para Yamamoto (2007), a atuação do psicólogo enquanto profissional difere de sua ação política enquanto cidadão. São duas instâncias diferentes de ação, na quais na primeira o psicólogo deve atuar nas refrações da questão social e, na segunda, assumir uma postura política mais combativa. No entanto, essa é uma postura que a depender de como se interpreta, pode aliviar a responsabilidade do papel do psicólogo dentro das políticas sociais. Claro que não são apenas os psicólogos os únicos profissionais encarregados pelo Estado a cumprir os seus interesses, qualquer profissional assalariado estará sujeito à mesma ordem. E também não devemos nos esquecer de que o compromisso social assumido pela Psicologia, e a inserção dos psicólogos em novos campos de atuação, são uma resposta ao antigo modelo clínico individual e elitista, de modo que a inserção dos psicólogos no SUAS faz parte do movimento de políticas de Bem-estar social que tensionam para que haja garantia de direitos e proteção da população mais pauperizada (YAMAMOTO, 2007).

Mesmo assim, inserir a Psicologia dentro do SUAS significa levar para as massas um campo de saber que tem a propensão de individualizar problemas sociais (PARKER, 2014), cujos ramos teóricos não raras vezes foram e ainda são, usados para subsidiar práticas de controle social e adaptação de indivíduos (FURTADO, 2012), e que desde que chegou ao Brasil se empenhou em higienizar, moralizar e a construir um novo ideal de homem alinhado com os interesses da classe dominante, de disciplinar a classe trabalhadora para que ela seja dócil e siga as regras que a exploram sem causar muitos problemas (ANTUNES, 2017). Além disso, inserir a Psicologia dentro do SUAS significa inserir a Psicologia dentro de políticas de Bem-estar social pensadas para perpetuar o capitalismo, e manter

a exploração dentro de patamares controlados para que ela não se extinga.

É claro que está, além alçada de atuação dos psicólogos, vir a colocar um fim nos problemas sociais engendrados pelo capitalismo, isto porque a Psicologia é uma ciência cujo foco de atuação é o indivíduo, ou grupos de indivíduos, e não lida diretamente com os problemas econômicos e políticos que permeiam as injustiças sociais. Nesse sentido, Yamamoto (2007) está correto quando diz que determinados assuntos têm que ser resolvidos enquanto cidadão e não enquanto profissional da Psicologia, contudo, como Martín-Baró (2002) nos lembra, se não cabe a Psicologia um papel decisivo nos problemas econômicos e políticos que incidem sobre os povos latino americanos, nem por isso a Psicologia deixa de ser convocada a participar de contextos de exploração e de opressão. Este nos parece ser o caso quando pensamos no papel dos psicólogos no SUAS. Não pretendemos negar que a inserção dos psicólogos nos diferentes campos do SUAS tem fortalecido os ciclos democráticos e suas instituições, no entanto, é preciso apontar que isso ainda é insuficiente para superar uma sociedade dividida em classes, e sem um projeto político revolucionário se torna funcional para reprodução do capitalismo, o que nos mostra que os psicólogos não estão apartados do motor da História, e não podem se eximir do papel histórico que exercem.

Considerações Finais

Em tempos de forte ofensiva do capital sobre o trabalho, em que a classe trabalhadora se encontra fragilizada e fragmentada, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, convém não alimentarmos ilusões sobre as alternativas a esta ordem social que aliena, desumaniza, e que nos conduz incessantemente para o precipício da barbárie. (BOECHAT, 2017, p. 68).

Vivemos tempos perigosos. Por todo o mundo o capital tem avançado sobre os trabalhadores, precarizando suas vidas e impondo restrições de saúde, lazer, moradia, alimentação etc. A pobreza e as dificuldades que se abatem sobre a classe trabalhadora matam, maltratam, humilham. Frente ao desespero, a ignorância avança, e os ideais fascistas tomam força novamente. Em um cenário assim não podemos nos dar ao luxo de nos deixar levar por ilusões. Foi por essa razão que neste trabalho assumimos a árdua tarefa de tentar desmistificar um pouco a atuação dos psicólogos no SUAS e em demais campos das políticas sociais. É importante deixar claro os limites da democracia burguesa e da garantia de direitos para que os psicólogos não as busquem de modo ingênuo, mas que façam uso delas sem deixar de ter como horizonte ético e político mudanças revolucionárias.

Qualquer coisa menos do que isso é se deixar levar por falsas soluções cujo efeito é o de dissuadir as forças sociais de se organizarem e se articularem em favor de algo que irá realmente mudar e não apenas atenuar as injustiças sociais de nossa sociedade.

Referências

ANTUNES, M.A.M. **A Psicologia no Brasil**: um ensaio sobre suas contradições. São Paulo: Educ, 2017.

BOECHAT, F.M. A psicologia brasileira nos ciclos democrático-nacional e democrático-popular. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.37, p.57-70, 2017.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**. O longo caminho. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FURTADO, O. 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. **Psicologia Ciência e Profissão**, n.32, p.66-85, 2012.

HOBBSAWN. E. J. **A era das revoluções** – 1789-1848. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LACERDA JÚNIOR, F. Podem as políticas públicas emancipar? *In*: LIMA, A.F.; ANTUNES, D.C., CALEGARE, M.G.A. (orgs.). **A psicologia social e os atuais desafios ético-políticos no Brasil**. Porto Alegre: ABRAPSO, 2015, p. 111-128.

_____. (2016). Marxismo e Psicologia: Notas críticas sobre epistemologismo, emancipação e historicidade. *In*: OLIVEIRA, I. F.,; PAIVA, I. L.; COSTA, A.L.F.C.; COELHO-LIMA, F.; AMORIM, F. (orgs.). **Marx hoje: pesquisa e transformação social**. São Paulo, SP: Outras Expressões, 2016, p.255-278.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LENIN, V. **Democracia e Luta de Classes**. São Paulo: Boitempo, 2018.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LOPES, M.H.C. O tempo do SUAS. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, Ano XXVI, n.87, p.75-95, 2006.

MARTÍN-BARÓ, I. La psicologia política latino-americana. *In*: PACHECO, G.; JIMÉNEZ, B. (orgs.). **Psicología de la Liberación para América Latina**. Guadalajara: Universidade de Guadalajara, 2002. p.91-114.

MARX, K. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **O capital: crítica da economia política: livro 1 O processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASCARO, A.L. Direitos humanos: uma crítica marxista. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, p.109-137, 2017.

_____. **Estado e Forma Política**. São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

OLIVEIRA, I.F. A atualidade do marxismo e sua contribuição para o debate sobre a formação e atuação do profissional de psicologia. *In*: OLIVEIRA, I.F.; PAIVA, I.L.; COSTA, A.L.F.C.; COELHO-LIMA, F.; AMORIM, F. (orgs.). **Marx hoje**: pesquisa e transformação social. São Paulo: Outras Expressões, 2016, p.223-244.

PACHUKANIS, E. B. **Teoria geral do Direito e Marxismo**. São Paulo: Boitempo, 2017.

PARKER, I. **Revolução na Psicologia**: da alienação à emancipação. Campinas: Alínea, 2014.

PEREIRA, P.A. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

YAMAMOTO, O.H. Política sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.1, 2007.

_____; OLIVEIRA, I.F. Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, n.26, p.9-24, 2010.

Capítulo 3

Homossexualidade e as Mulheres Lésbicas: (Re)pensando a Importância da Promoção da Saúde pelo SUS

Andreia da Fonseca Araujo⁶

Rosa Frugoli⁷

Introdução

A homossexualidade existe desde os primórdios da humanidade (COSTA, 1992; SANTOS; BERNARDES, 2008; SALLES; MELO, 2011), podendo ser encontrada, inclusive, na Grécia Antiga, mas não era nomeada como homossexualidade e sim tida como uma prática sexual comum, sendo praticamente sinônimo de educação sexual, na qual os homens mais velhos educavam os mais novos para a guerra e para vida (SALLES; MELO, 2011). E, neste sentido, de acordo com Salles e Melo (2011), os espartanos, ao lutarem lado a lado com seus amantes, teriam mais chances de ganhar a guerra, pois lutariam de forma ainda mais dedicada e corajosamente em prol de seu amado.

Séculos posteriores, com a ascensão do cristianismo e a ênfase da igreja católica em reprimir os desejos sexuais, instaurou-se a repressão do prazer, sendo o sexo destinado apenas para a procriação da espécie e, assim, todas as demais formas de desejo erótico e manifestação da sexualidade,

6 Psicóloga Junguiana, Psicossomática e Arteterapeuta. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Assuntos de Gênero e Saúde - NEPAG-Saúde. Pesquisadora em Saúde, Gênero e Violência. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo (Bolsista CAPES-PROSUC).

7 Psicóloga e Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Assuntos de Gênero e Saúde - NEPAG-Saúde. Pesquisadora em Saúde, Gênero e Violência. Professora de Graduação da Universidade de Taubaté e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

foram definidas como pecaminosas (RODRIGUES, 2012). Isto favoreceu como um dos elementos deste contexto, tanto a supervalorização do masculino em desvantagem ao feminino, como a consideração da heterossexualidade a única forma de manifestação possível e aceita da sexualidade humana. Enfatiza Rodrigues (2012), que a partir deste período, a homossexualidade foi caracterizada como um abuso dos desejos carnis, considerada delito, pecado, vício e indecência.

Pondera Costa (1992, p. 11) que não faz sentido querer categorizar a sexualidade humana em uma única vertente e possibilidade de manifestação, pois “[...] vocabulários diversos criam ou reproduzem subjetividades diversas”, de modo que estas subjetividades são vividas a partir de quem as experiencia, não podendo, portanto, serem categorizadas ou limitadas a uma única vertente de manifestação da sexualidade. E foi a partir da categorização da sexualidade que a homofobia ganhou força⁸.

Nesta perspectiva, assinalam Araujo, Benincasa e Frugoli (2022b) que o preconceito tem como alicerce ideias sem embasamentos, críticas ou ponderações e pode, em suas diversas formas de manifestação, negar o direito de vida a outrem e desembocar, inclusive, em morte. Observam Santos e Bernardes (2008) e Frugoli e Tanizaka (2019) que o preconceito e a estigmatização aos homossexuais revela-se de diversas formas, por ofensas verbais e gestuais, olhares discriminatórios, agressões verbais, psicológicas e físicas, dentre outras.

E, neste mesmo sentido, Parente, Moreira e Albuquerque (2018) e Frugoli e Tanizaka (2019) acentuam que os comportamentos de hostilidade à diversidade sexual, repercutem na exclusão de pessoas, devido a sua orientação

8 A expressão homofobia, segundo Cerqueira-Cesar *et al.* (2015) foi empregada pela primeira vez por George Weinberg, psicólogo nova-iorquino, em 1971, descrita como violência, opressão, aviltamento, difamação à gays e lésbicas (homossexuais) e às pessoas bissexuais.

sexual e/ou identidade de gênero, estigmatizando-as como inferiores ou anormais em uma cultura heteronormativa.

Outras formas de expressão da sexualidade, de acordo com Vasconcelos (2019) foram surgindo e neste percurso a palavra homofobia foi readaptada para LGBTfobia, a fim de abarcar todas as demais formas de manifestação da sexualidade humana e intolerâncias sofridas, bem como para se contemplar não apenas orientação sexual, mas também identidade de gênero como esclarecem Araujo, Benincasa e Frugoli (2022b). Ambas as palavras são encontradas na literatura e são utilizadas para designar comportamentos de preconceito e discriminação à LGBTQIA+, explicam Araujo, Benincasa e Frugoli (2022b).

Explicam Araujo, Benincasa e Frugoli (2022a) que orientação sexual diz respeito a quem o outro deseja, portanto, ao interesse afetivo e sexual de uma pessoa pela outra. E, identidade de gênero refere-se a forma como a pessoa se percebe, independentemente de seu sexo biológico, com o qual originalmente nasce.

As siglas que compõem a palavra LGBTfobia expressam, de acordo com Vasconcelos (2019) e conforme Araujo, Benincasa e Frugoli (2022b):

L – Lesbofobia: Abuso às mulheres, por serem mulheres, sexismo (discriminação de gênero, por serem mulheres) e por serem lésbicas, sendo vítimas de homofobia por sentirem atração por pessoas do mesmo sexo.

G – Gayfobia: Segregação aos homens, por não corresponderem ao padrão de masculinidade normatizado e por serem gays.

B – Bifobia: Hostilidade às mulheres ou homens por sentirem atração afetivo/sexual por ambos os sexos.

T – Transfobia: Marginalização à transgêneros, travestis e transexuais, por não se identificarem com seu sexo biológico. De acordo com o GGB – Grupo Gay da Bahia (pioneiro na defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil), no relatório

de 2018, elaborado sobre crimes contra LGBT+ no Brasil, as pessoas trans são as mais vulneráveis a mortes violentas.

Neste capítulo, no qual abordaremos a importância da promoção de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as mulheres lésbicas (que se relacionam afetivo/sexualmente entre iguais), iremos abordar o termo lesbofobia ao falarmos sobre aversão, repugnância, medo, ódio, preconceito negativo, violência física e/ou verbal e todas as variações que compõem o preconceito e a discriminação a estas pessoas.

O tema da homossexualidade, apesar de todos os avanços obtidos ao longo dos anos, na luta contra a homofobia e, mais atualmente, contra a LGBTfobia, segue sendo um assunto discutido e embasado no senso comum, sem um conhecimento prévio da ciência médica e psicológica, mas, diferente disto, pautado em crenças ético-morais e religiosas, portanto, discriminada e condenada como impura e pecaminosa.

Para além disso, parece não haver interesse por parte da sociedade em se compreender o real significado da homossexualidade na perspectiva da pessoa que é homossexual, mas de julgá-la a partir de crenças pré-estabelecidas, passadas e repassadas na sociedade.

Desta forma, alvo de julgamento e discriminação social, a homossexualidade segue com sua história permeada de preconceito e discriminação em todos os setores, inclusive na saúde, ainda que o direito à saúde seja para todos, conforme prevê e garante a Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde) pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, conforme esclarecem Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c).

No setor da saúde, as mulheres lésbicas são duplamente estigmatizadas. Primeiramente, por serem mulheres e viverem em uma sociedade patriarcal, machista, sexista e excludente, e por serem lésbicas ao se relacionarem afetiva/sexualmente com pessoas do mesmo sexo (ARAUJO; BENINCASA; FRUGOLI, 2022b).

Observam Santos *et al.* (2020) que a população LGBT tem um acesso à saúde demarcado por condutas inadequadas, advindas de um atendimento discriminatório por parte de profissionais pouco preparados para atender a esta população, devido a falta de conhecimento acerca das diversas formas de manifestação de sexualidade humana e, sobretudo, pelo preconceito que trazem consigo a estas pessoas.

Tal despreparo faz com o que os médicos, especialmente em áreas específicas de atendimento especializados às mulheres, coloquem as lésbicas em uma condição de invisibilidade, sem um espaço para ocuparem e sem um olhar de cuidado e acolhimento a sua saúde e menos ainda à doença (ASSIS *et al.*, 2017; ARAÚJO, 2021).

Neste contexto, diferente do que se propõe a saúde, a gerar saúde, esta discriminação produz sofrimento psíquico nestas mulheres, podendo, inclusive contribuir para que elas adoeçam ainda mais ou venham a óbito ao se sentirem inibidas de buscarem ajuda médica quando necessitam e em um momento em que seria possível tratá-las. Em outras palavras, falar de cuidados de saúde às mulheres lésbicas constitui-se em uma história cravada na violência e invisibilidade a estas mulheres, como indicam Assis et al. (2017), Araújo (2021) e Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c).

Em vista disto, este capítulo se propõe a compreender a importância da promoção da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a mulheres lésbicas, especialmente no âmbito de uma especialidade direcionado ao público feminino, o atendimento ginecológico.

Método

O método utilizado no estudo foi qualitativo do tipo exploratório, desenvolvido por meio do delineamento de estudo de caso, com entrevista semiestruturada para coleta de dados. Esta investigação é parte integrante da pesquisa de dissertação de mestrado da autora principal, aprovada no Comitê de Ética

- CAAE: 52943621.6.0000.5508, da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), e tem como tema O Sofrimento em Homossexuais Vítimas de Homofobia.

Para este capítulo, utilizou-se o recorte de entrevista de 2 participantes da pesquisa com relatos sobre os Serviços de Saúde, no qual sofreram lesbofobia. Elas são maiores de 18 anos, lésbicas, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de livre e espontânea vontade. Estas participantes são nomeadas como P1 e P2 para se garantir o sigilo de informações.

Para Minayo (2001) e Santos e Silva (2017), o objetivo da pesquisa qualitativa é responder questões que dizem respeito ao universo dos significados, motivos, anseios, crenças, valores e atitudes e, de acordo com Yin (2016), em vista disto, por meio de suas experiências vividas, o indivíduo é parte diretamente do estudo realizado. Com isto, neste capítulo, poderemos observar a importância da promoção de saúde do SUS a mulheres lésbicas, contrapondo ao atual fenômeno da violência e invisibilidade na saúde, sobretudo ginecológica, a que elas experienciam diariamente em suas vidas.

O estudo exploratório tem a função de permitir buscar conhecer novos objetos de pesquisa, conforme Shaughnessy *et al.* (2012), Tonetto, Brust-Renck e Stein (2014) e Yin (2016). Assim, este estudo de caso nos outorga compreender de forma confiável e autêntica, a partir das experiências vivenciadas pela participante, o sofrimento de mulheres lésbicas face ao fenômeno de violência e invisibilidade na saúde, especialmente na esfera ginecológica, levando-nos a compreender a importância da promoção de saúde pelo SUS a estas mulheres que vivem à margem da sociedade, por terem sido lá colocadas, uma vez que não perfazem as regras sociais heteronormativas.

Para a investigação da pesquisa de Mestrado, os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: um formulário de interesse, questionário, entrevista semiestruturada e Testes de Depressão (BDI-II – Inventário de Depressão de Beck) e

instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (*The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref*). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com base nas temáticas: homossexualidade, sofrimento e homofobia, e revelaram que ao se aludirem à homofobia sofrida, uma das informações trazidas por várias entrevistadas foi o atendimento médico, sobretudo o ginecológico, no qual se sentiram discriminadas pelo profissional da saúde, ao evidenciarem sua orientação sexual ao médico.

A coleta de dados por meio de entrevista possibilita alcançar informações e refletir sobre comportamentos e reações dos participantes de determinado fenômeno, que se pretende estudar e compreender (MINAYO, 2001; YIN, 2016). A entrevista semiestruturada é elaborada com questões específicas acerca da temática que se pretende abordar, permitindo que outras perguntas sejam inseridas, com o objetivo de se esclarecer ou adentrar em pontos específicos, o que permite uma investigação mais aprofundada.

Neste capítulo, para analisar as entrevistas, utilizou-se de Análise Temática - AT, de Braun e Clarke (2016), para identificar padrões de ocorrências e sentidos, chamados “temas”. A AT consiste em um processo que de início do pesquisador busca padrões de significados nos dados e questões de interesse na pesquisa. O processo de AT, pautado nas diretrizes de Braun e Clarke (2016), deu-se em 6 fases.

Fase 1 - familiarização com os dados por meio de leitura ativa e repetida, buscando significados e padrões nos relatos apresentados nas entrevistas das participantes. Foram analisadas duas entrevistas de mulheres que experienciaram lesbofobia na área da saúde, notadamente na esfera ginecológica. Nas entrevistas selecionadas, as participantes descreveram como foi a vivência deste fenômeno.

Fase 2 - geração de códigos iniciais, que detectaram características dos dados a partir de um significado, como

semânticas, conteúdos declarados ou ocultos, e que se acoplaram com os objetivos da pesquisa.

Fase 3 - busca de temas, a partir da reorganização temática de forma ampla. Mediante a estruturação de uma lista de temas potenciais, subtemas e extratos de dados codificados com relação a eles, finalizou-se esta fase.

Fase 4, revisão dos temas, dividindo-se em dois níveis. No nível 1, por meio da análise dos extratos agrupados em cada um dos temas propostos, foi possível verificar padrões coerentes e, após concluído este nível, no nível 2, face a avaliação da relação do tema com todo o trabalho, uma nova releitura foi realizada.

Fase 5 - definição e nomeação dos temas, com o aprofundamento de cada tema surgido, bem como apurado o aspecto do dado capturado por cada tema.

Fase 6 - escrita de relatório, com a análise conclusiva, evidenciando-se as categorias e resultados obtidos.

Com o objetivo de elucidar como estas consultas médicas ginecológicas ocorreram, a seguir serão trazidos dois recortes de relatos de participantes da pesquisa, P1 e P2.

Resultados e Discussão

De acordo com Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c), as pessoas LGBT, pelo preconceito e discriminação que sofrem inclusive de profissionais da saúde, por não se condizerem com as regras sociais heteronormativas, como única forma possível de expressão da sexualidade, têm seus direitos violados, ficando fragilizadas e vulnerabilizadas.

Ainda para Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c), no que se refere ao âmbito da saúde no atendimento à LGBT, de acordo com Santos *et al.* (2020), os profissionais da saúde se sentem incomodados em atender pacientes LGBT, o que contribui para que o atendimento médico seja discriminatório e excludente a esta população, não sendo considerada em suas demandas e necessidades.

Nesta conjunção, a homofobia que faz parte dos atendimentos em saúde, dificulta o acesso da população LGBT, esclarecem Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c), aludindo em constrangimento, desalento e incômodo para estas pessoas, levando-as muitas vezes a não buscarem por ajuda médica quando necessitam. E isto evidencia uma confessa falta de acolhimento e atendimento humanizado a LGBT, fazendo-se urgente ações universais de Políticas Públicas que possam garantir os direitos de saúde a esta população discriminada (ARAUJO; BENINCASA; FRUGOLI, 2022c).

O Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com Torres (2020), conforme explicitado pelo Ministério da Saúde, garante o direito à utilização por toda e qualquer pessoa. Deste modo, é direito de todos, a utilização do SUS, sem que sejam vítimas de discriminação, por sua orientação sexual ou identidade de gênero, afirmam Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c).

O SUS preconiza a humanização no atendimento à saúde, contudo, pelos recortes de relatos das participantes, é possível observar que isto não ocorre de forma adequada. Esclarece Medeiros *et al.* (2016), conforme Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c, p. 17), que seguindo os princípios do SUS, integridade e humanização no atendimento à saúde, diz respeito a “um modelo assistencial integral e de qualidade, resolutivo e humanizado, baseado na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, com equidade e participação social”.

Especificamente no que se refere às mulheres lésbicas no atendimento à saúde, observam Rodrigues e Falcão (2021) que embora tenham sido incluídas nas Políticas Públicas e sejam reconhecidas em sua diversidade, nas consultas médicas, isto não ocorre. E, de acordo com Parente, Moreira e Albuquerque (2018) trata-se de uma violação aos Direitos Humanos que repercutem na ausência da busca por atendimento médico, sobretudo, ginecológico, por estas mulheres, levando-as, não raras vezes, a terem suas doenças agravadas, podendo levá-las a óbito.

A invisibilidade a que as mulheres lésbicas são lançadas no setor da saúde as leva ao temor de procurarem por ajuda médica e exporem sua orientação sexual ao médico. Podemos observar este fato no relato de P1 ao descrever sua vivência ao buscar por ajuda médica ginecológica no SUS, demonstrando sua condição de vulnerabilidade e discriminação por ser lésbica, bem como os riscos de vida que correu por estar doente e pelo atendimento médico negligenciado a que recebeu.

Passei pelo menos dez anos procurando por um profissional que me atendesse com respeito. Foram todas situações muito ruins e constrangedoras as minhas idas ao ginecologista, mas uma delas me impactou mais. Certa vez fui a um hospital público porque estava com muitas dores na região dos ovários, não tinha dinheiro para ir a um particular e nem convênio médico naquela época. Enfim.... chegando lá fui atendida por um médico que me encheu de perguntas e quando começou a perguntar quais métodos contraceptivos eu usava, respondi que nenhum, pois eu era lésbica. Lembro-me perfeitamente.... Ele soltou a caneta, olhou para mim e disse: tira a roupa e deita na maca para eu te examinar. Até aí, para mim era só mais uma consulta desagradável, nada além do que eu já estava acostumada. Atendi ao solicitado e ele iniciou o exame de toque em mim. Senti muita dor e disse que estava doendo. Ele respondeu: doendo? Você já deveria estar acostumada com um dedo dentro de você... Foi uma sensação horrível, não consegui responder, fiquei trêmula, voz embargada, vermelha, queria fugir daquele lugar. Meu coração acelerou, fiquei gelada. Eu tinha 25 anos. Hoje eu processaria aquele infeliz, mas na época eu não soube o que fazer e nem o que dizer, só queria fugir de lá. Ele me pediu uns exames, mas eu não fiz. Fui embora e só quando a dor estava no limite, busquei por outro médico, em outro hospital. Eu estava com câncer de colo de útero. (P1, 2022).

Para muitas mulheres lésbicas, de acordo com Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c), segundo Rodrigues e Falcão (2021),

ir a um ginecologista é sinônimo de intenso constrangimento, pois, quando se revelam lésbicas, são tratadas como aberrações e, perguntas inadequadas lhes são feitas sobre sua sexualidade.

Elucidam Carvalho, Calderaro e Souza (2013) que ser lésbica em uma classe econômica mais baixa, não é o mesmo que ser lésbica em uma classe social mais privilegiada, pois as dificuldades se intensificam e os atendimentos médicos podem ser ainda mais constrangedores. E isto se evidencia no relato da participante da pesquisa:

Precisava ir a uma ginecologista porque estava com um corrimento que não passava e, como tinha convênio e nem condições de pagar um médico particular, fui a um hospital público e lá fui atendida por uma médica. Senti na hora certo alívio, porque sempre preferi ir em médicas, já que médicos os homens, quando eu falava sobre minha sexualidade, me tratavam pior. Bem, a consulta toda foi estranha, ela me fez várias perguntas sobre gravidez, vida sexual etc., e quando eu disse que era lésbica ela me perguntou: Você introduz algum objeto na vagina? Fiquei entre surpresa, porque eu não esperava a pergunta, e constrangida, porque não sabia o que responder e me senti humilhada, inclusive pela maneira com que ela me olhava, parecendo me medir pelas minhas roupas simples que eu usava. Respondi: Não, mas nem pensei direito, apenas quis acabar com aquilo logo. Ela falou: E como você transa? Nossa, eu fiquei vermelha, quis morrer, como ela poderia me perguntar como eu transava? Parecia que não sabia como mulheres lésbicas transavam ou então, que para ela, a única forma de sexo fosse com um homem ou com penetração de algo.... Não respondi, fiquei somente olhando para ela, não sabia o que dizer... Não sei se ela percebeu como eu estava desconfortável ou, se como eu, também queria acabar com aquilo, e disse: Posso te examinar? Fiz apenas um sim com a cabeça e ela seguiu: Você já fez exames ginecológicos? Eu tinha mais de 30 anos, e comecei a pensar o que ela queria saber, se eu era virgem? Respondi: Já. Ela me

examinou e fez uns pedidos de exames. Nunca mais voltei lá e fiquei anos assim, sem buscar ajuda. (P2, 2022).

Nos relatos das participantes, pode-se notar, inclusive, que além da discriminação que sofreram, não houve investigação médica sobre doenças a que poderiam estar acometidas, frente ao relato que trouxeram, assim como não houve orientação médica sobre doenças sexualmente transmissíveis – DSTs, seja pela falta de interesse ou pelo desconhecimento médico sobre mulheres lésbicas e suas formas de se relacionarem sexualmente com pessoas do mesmo sexo. Para Rodrigues e Falcão (2021) o fato revela uma inabilidade destes profissionais em lidarem com estas pacientes, somando-se, em muitos casos, ao descaso, desrespeito e preconceito.

Como consequência deste despreparo médico e desta prestação de serviços inadequada, as pacientes sofrem emocionalmente, tendo traumas que se reverberarão para sempre em suas vidas, tornando-as inseguras e amedrontadas para buscarem ajuda médica quando necessitarem, esclarecem Araujo, Benincasa e Frugoli (2022c).

Este tipo de atendimento médico prestado às mulheres lésbicas pode levar a consequências bastante graves além de traumas emocionais e óbitos, podendo implicar diretamente na produção de dados epidemiológicos que deem sustentação às Políticas Públicas integrais voltadas à saúde destas mulheres, podendo, inclusive, salvar vidas quando as doenças são detectadas em seus estágios iniciais. Ainda, que seja legítimo um atendimento de qualidade em quaisquer serviços e programas de assistência, sobretudo os públicos, a vida destas mulheres lésbicas, devem ser valoradas tanto quanto a vida de qualquer pessoa.

Conclusão

Embora o direito à atenção à saúde esteja previsto na Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde

(Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde) pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, as mulheres lésbicas claramente não recebem o mesmo atendimento médico que teriam se fossem heterossexuais. E isto ocorre, especialmente, porque vivemos em uma sociedade heteronormativa que preconiza a heterossexualidade como única forma possível de manifestação da sexualidade e, por conseguinte, contribui para que as mulheres lésbicas sofram preconceito e sejam descriminalizadas em todos os setores de suas vidas, tendo, como consequência seus direitos subtraídos, como, por exemplo, o direito à saúde, a uma vida digna, dentre tantos outros.

Muitas foram as lutas da população LGBTQIA+ para terem seus direitos assegurados e devolvidos e, no âmbito da saúde, diversos movimentos foram organizados por mulheres lésbicas na busca de terem um atendimento médico digno. No entanto, quando nos deparamos com a literatura e com relatos destas participantes da pesquisa “O Sofrimento em Homossexuais Vítimas de Homofobia”, fica evidente a qualidade de atendimento médico que lhes é prestado, sobretudo na clínica ginecológica, notadamente quando revelam sua orientação sexual.

O despreparo médico para atender mulheres lésbicas se faz presente, evidenciando-se, inclusive, nas perguntas que lhes são feitas, tais como: se fazem uso de algum contraceptivo etc., até que, constrangidas as mulheres lésbicas revelam sua orientação sexual ao médico e, neste momento, por meio do desconforto do médico e das novas perguntas inadequadas que lhes são feitas, a discriminação, o preconceito, a inabilidade se confirmam.

O desrespeito que as mulheres lésbicas são alvo na saúde ginecológica aponta para uma violência institucional física e mental e para a violação de seus Direitos Humanos.

Diversas são as mulheres que, por receberem atendimentos desqualificados como estes que foram relatadas, ficam

emocionalmente traumatizadas, deixando de procurar ajuda médica quando necessitam, vindo, muitas vezes, de encontro ao óbito, por não serem tratadas em estágios iniciais de doenças como câncer de útero e outras. E, neste sentido, instituições de saúde que deveriam produzir saúde, produzem doenças e mortes.

É urgente que se reconheça a humanidade destas pessoas e que o fato de serem mulheres lésbicas não as tornam desmerecedoras de um atendimento digno e humanizado, mas, diferente disto, é necessário que haja Políticas Públicas voltadas ao atendimento destas mulheres, especialmente no quesito da saúde ginecológica destas pessoas.

É fundamental que lhes sejam prestado um atendimento com acolhimento e respeito e que tenham direito a uma vida digna, efetivamente com uma escuta ativa, para assegurar o relato de si mesma e não do profissional da saúde sobre o paciente, que as discriminem. É urgente proporcionar um serviço de saúde de rede, que ofereça informação e orientação técnica adequada às demandas trazidas por estas mulheres.

Referências

ARAUJO, Andreia da Fonseca, BENINCASA, Miria, FRUGOLI, Rosa. **LGBTQIA+**: Compreensão da Diversidade Sexual, Vol. 1. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Metanoia Editora, 2022a. Disponível em: <https://loja.metanoiaeditora.com/vol-1-compreensao-da-diversidade-sexual-lgbtqia>. Acesso em: 14 jun. 2022.

_____. **LGBTQIA+**: LGTBfobia e suas Ramificações, Vol. 2. [livro eletrônico]. Metanoia Editora, 2022b. Disponível em: <https://loja.metanoiaeditora.com/vol-2-lgbtfobia-e-suas-ramificacoes-lgbtqia>. Acesso em: 14 jun. 2022.

_____. **LGBTQIA+**: Direito à Atenção Integral e Humanização na Saúde no ABCD Paulista, Vol. 4. [livro eletrônico]. Metanoia

Editora, 2022c. Disponível em: <https://loja.metanoiaeditora.com/vol-4-direito-a-atencao-integral-e-humanizacao-na-saude-no-abcd-paulista-lgbtqia>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ARAÚJO, Rodrigo Almeida Santiago de; OLIVEIRA, Raquel de Santana; DIAS, Júlia Maria Gonçalves; FONTES, Gabriela de Queiroz; SILVA, Thaís Serafim Leite; GONÇALVES, Amanda Silvestre Santos; ALBUQUERQUE, Alessandra Aleixo. As barreiras das mulheres que fazem sexo com mulheres no acesso à saúde no Brasil. **Revista Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. São Paulo, v.10, n.17, p.1-7, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23602>. Acesso em: 5 fev. 2022.

ASSIS, Bárbara Freitas; ARAÚJO, Juliane Cunha; GALDINO, Lorena Pina; PIMENTEL, Manuella Silva Leite; MARTINS, Manuela de Carvalho Vieira. Homossexualidade feminina e a consulta ginecológica: uma revisão integrativa. *In*: Congresso Internacional de Enfermagem. Universidade Tiradentes. São Paulo, p. 9-12, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5533/2044>. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, n.2, v.3, p.77-101. Disponível em:.. Acesso em: 03 fev. 2021.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin e. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política**. São Paulo, v.13, n.26, p.111-127, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2022.

CERQUEIRA-CESAR, Elder; CARVALHO, César Augusto de Sá; NUNES, Lucas Menezes; SILVEIRA, Aline Pompeu. Homofobia Internalizada e Religiosidade entre Casais Homoafetivos. *Temas em Psicologia*, São Paulo, v.25, n.2, p.691-702, 2016. Disponível

em: <https://www.redalyc.org/journal/5137/513754617015/html/>. Acesso em: 26 set. 2021.

COSTA, Jurandir. Freire. **A Inocência e o Vício** – Estudos sobre o Homoerotismo. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FRUGOLI, Rosa.; TANIZAKA, Hugo. Escola e Família: vamos discutir gênero? *In*: CAETANO, L. M.; SILVA, S. C. (org.). **Psicologia para Pais Educadores**, v.02 - Desenvolvimento Moral e Social. Curitiba: Ed. Juruá, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PARENTE, Jeanderson Soares; MOREIRA, Felice Teles Lira dos; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. **Revista de Salud Pública**. Colômbia, v.4, n.20, p.445-452, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.62942>. Acesso em: 04 fev. 2022.

RODRIGUES, Rita de Cássia Colaço. Homofilia e homossexualidades: recepções culturais e permanências. **Revista História**. São Paulo, v.31, n.1, p.365-391, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-90742012000100018>. Acesso em: 03 jul. 2022.

RODRIGUES, Juliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.30, n.1, p.1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021181062>. Acesso em: 03 fev. 2022.

SALLES, Carlos Alberto Corrêa; MELO, Jussara Maria de Fátima César e. **Estudos sobre a Homossexualidade**. Debates Junguianos. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011.

SANTOS, Jane Paim dos; BERNARDES, Nara M. G. Percepção social da homossexualidade na perspectiva de gays e de lésbicas. In: ZANELLA, A. V. *et al.* **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p.289-296, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-27.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SANTOS, Suely Emília de Barros; SILVA, Ellen Fernanda Gomes da. Fenomenologia Existencial como caminho para a investigação qualitativa em Psicologia. **Revista do NUFEN**. Universidade Federal do Pará. Belém, v.9, n.3, p.110-126, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v9n3/a08.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SHAUGHNESSY, John. J., ZECHMEISTER, Eugene B., ZECHMEISTER, Jeane S. **Métodos de Pesquisa em Psicologia**. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

TONETTO, Leandro Miletto; BRUST-RENCK, Priscila Goergen; STEIN, Lilian Milnitsky. Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, v.34, n.1, p.180-195, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100013>. Acesso em: 15 jan. 2022.

VASCONCELOS, Caê. **Por que falar em LGBTfobia e não homofobia?** Disponível em: <https://ponte.org/artigo-por-que-falar-em-lgbtphobia-e-nao-homofobia/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

Capítulo 4

Contribuições do Pensamento de Winnicott para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Marcela Silva Baccelli⁹

Valéria de Carvalho Oliveira Somera¹⁰

Miria Benincasa¹¹

Cristiano de Jesus Andrade¹²

Introdução

A partir da Constituição Federal em 1988 e com a regulamentação da Lei nº 8.742 (Lei Orgânica da Assistência Social), ficou estabelecida no Brasil a Assistência Social como um direito de todos os cidadãos que dela necessitar. (BRASIL, 1988; 1993).

Novos paradigmas concebem que a Assistência Social deixa de ser entendida como prática ancorada nos ideais

9 Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica, Mestre e Doutora em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo, Docente nos cursos de graduação em Psicologia e Pedagogia. Atua no Terceiro Setor na execução de Políticas Públicas de Assistência Social.

10 Psicóloga com Especialização em Psicanálise pelo Centro de Estudos Psicanalíticos, Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Atua como Psicóloga Clínica e Organizacional e Supervisora de Casos Clínicos na abordagem Psicanalítica.

11 Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela USP. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Professora da Universidade Católica de Santos.

12 Psicólogo. Doutor e Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Especialista em Psicoterapia Operacionalizada. Professor da Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG. Pesquisador com foco em atuação psicológica, inclusão social, saúde mental no trabalho e questões de gênero.

assistencialistas, consolidando-se como política pública de seguridade social não contributiva estruturada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir do oferecimento dos serviços socioassistenciais em rede.

Neste sentido, as ações da política de Assistência Social se organizam em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e de Alta Complexidade. (BRASIL, 2004).

A PSB se configura como um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social que visa prevenir situações de vulnerabilidade por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, bem como do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2011).

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2009), um dos trabalhos desenvolvidos nesse segmento é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Tal serviço realiza grupos de convivência, nos quais os usuários são reunidos de acordo com o ciclo de vida para realizarem encontros, ações e atividades que promovam o fortalecimento de vínculos e da convivência familiar, comunitária e social.

O município de Guarujá, localizado geograficamente na Baixada Santista, situa-se na Ilha de Santo Amaro e é formado pelo distrito de Guarujá e Vicente de Carvalho. A população segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) conta com 324.977 habitantes, com 26.095 domicílios localizados em assentamentos precários, o que representa aproximadamente 95.427 pessoas morando em favelas, ou seja, praticamente um terço da população guarujaense.

Com esta realidade conjuntural, tem-se a focalização e a fragmentação das políticas sociais. Logo, os direitos garantidos

constitucionalmente às crianças e aos adolescentes, na prática, ficam difíceis de serem executados e viabilizados. Dessa forma, este contexto exige ações de todos os setores da sociedade para planejar e executar estratégias que possam garantir e viabilizar os direitos preconizados pela Constituição Federal (1998) e no Estatuto da Criança e Adolescente (1990), numa perspectiva de parceria e cooperação entre o Poder Público e as organizações do Terceiro Setor.

Neste sentido, apresentamos o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos ofertado por uma organização não governamental (ONG) localizada no município do Guarujá, litoral de São Paulo. São inúmeras atividades realizadas com as crianças com o objetivo de promover autonomia e sociabilidade.

O presente trabalho tem como objetivo geral relatar as experiências vivenciadas no cotidiano do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) com crianças de 6 a 12 anos e, por fim, abrir uma discussão ao relacionar as teorias do psicanalista Donald Winnicott com as intervenções ocorridas na execução do trabalho.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, delineada como estudo de caso de cunho observacional.

A abordagem qualitativa, segundo Chizzotti (1995, p. 79), parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está

possuído de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações.

Para Gil (2009), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de fenômenos de determinada população ou estabelecimento. Seu delineamento refere-se à utilização de técnicas padronizadas para coleta de dados, podendo ser através de questionário ou, ainda, pela observação sistemática.

A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a dezembro de 2019 em um SCFV localizado no município de Guarujá, localizado na Baixada Santista em São Paulo. Tal Serviço atende a crianças e suas famílias na faixa etária de 6 a 12 anos. Os resultados foram formulados com base na sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos no decorrer do contato com a dinâmica do SCFV.

O quadro de profissionais que executam as atividades é composto por uma psicóloga, uma assistente social e uma educadora social.

O estudo é baseado em uma pesquisa descritiva, fundamentada no relato de experiência, conduzida com observações feitas às segundas-feiras. Ao todo, foram 30 encontros observados e registrados em diário de campo, diário que representa um dos instrumentos adotados para auxiliar nas observações e coletar dados: é uma ferramenta pessoal e intransferível que serve para o pesquisador, depois de todas as anotações feitas, formular um relatório detalhado dos momentos da pesquisa.

A experiência no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Integrando a Proteção Social Básica – que tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitário –, o SCFV destina-se à população

que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

O Serviço prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e serem organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a Proteção Social Básica, dada a natureza de sua realização.

Organizam-se por meio de grupos estruturados por idade que visam possibilitar – a partir de atividades socioeducativas, lúdicas e socioculturais –, o exercício das escolhas e decisões coletivas, o reconhecimento e nomeação das emoções, o diálogo para resolução de conflitos, a valorização do outro e a construção de projetos de vida. Essas ações visam contribuir com a autoestima dos usuários e em seus laços comunitários, promovendo diálogos e fazeres que materializam alternativas de enfrentamento das realidades instituídas (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012).

O então trabalho realizado no SCFV numa Organização Não Governamental (ONG) desenvolveu-se em grupo com crianças de 6 a 12 anos.

As ações desenvolvidas nesse espaço de convivência lograram, como meta, a emancipação das crianças e adolescentes, a partir das potencialidades prescritas por essa faixa etária. São frentes do Serviço: uso de atividades lúdicas - brinquedos, brincadeiras e jogos; atividades culturais, artísticas e esportivas como formas de expressão, interação, sociabilidade e desenvolvimento social, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2014).

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos pauta-se no *modus operandi* grupal e tem por foco a constituição de espaço de convivência, formação para a participação e cidadania, desenvolvimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. As intervenções devem ser pautadas em experiências lúdicas, culturais e esportivas como formas de expressão, interação, aprendizagem, sociabilidade e proteção social. Inclui crianças e adolescentes com deficiência, retirados do trabalho infantil ou submetidos a outras violações, cujas atividades contribuem para ressignificar vivências de isolamento e de violação de direitos, bem como propiciar experiências favorecedoras do desenvolvimento de sociabilidades e na prevenção de situações de risco social.

Assim, foram realizados encontros semanais de uma hora e trinta minutos ao longo de 2019, com a participação de 6 a 18 crianças por encontro.

As atividades foram desenvolvidas na sala multiuso, ou espaço aberto do Serviço.

A perspectiva winnicottiana sobre a constituição da subjetividade

A Teoria de Donald Winnicott remete à compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano. Compreende que todo ser humano possui uma tendência inata ao amadurecimento emocional, ou seja, o bebê possui um potencial vital próprio que o impulsiona ao processo de desenvolvimento em busca do início de sua existência e, por consequência, de sua continuidade de ser.

Embora Winnicott pontue uma tendência inata ao amadurecimento como algo essencial, da ordem do ser, de acordo com o autor (2000), um bebê não pode existir sozinho, pois é essencialmente parte de uma relação na qual se constitui

a partir do outro, biologicamente e psiquicamente, e a mãe deve ser suficientemente boa, capaz de oferecer um ambiente suficientemente bom, convivendo sem prejuízos psíquicos.

Para que esse potencial inato se concretize é, portanto, fundamental a presença de um ambiente constante e facilitador, constituído pelos cuidados maternos – meio em que o bebê se desenvolve. (WINNICOTT, 1960/1983).

A função materna é

[...] aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. A mãe suficientemente boa, como afirmei, começa com uma adaptação quase completa às necessidades do bebê, e, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela. (WINNICOTT, 1971/1975, p. 25).

Considerando o vínculo entre mãe-bebê, o autor fundamenta as três funções maternas essenciais: *holding*, *handling* e apresentação de objeto. Sendo *holding* a sustentação física e emocional, a mãe como o esteio em uma rotina simples e estável (WINNICOTT, 2000); *handling* refere-se ao manejo físico, como trocar as fraldas, dar banho, proporcionando ao bebê o bem-estar físico e gradualmente integrando a vida psíquica, (WINNICOTT, 2000); e a apresentação de objeto, que envolve a entrega ao bebê do objeto desejado, fazendo com que ele acredite que o mundo pode conter o que precisa e deseja (WINNICOTT, 2000).

Após breve descrição e considerações teóricas sobre os conceitos winnicottianos, será apresentado, a partir de categorias temáticas, a relação entre a experiência vivida no processo grupal com crianças, e como o grupo, com a função de

sustentação, que propicia e favorece mudanças significativas ao desenvolvimento do ser.

Categoria Temática 1 - *Handling*

Em seus artigos, Winnicott (1945/1993) revela preocupação com o incentivo à técnica de cuidados físicos oferecidos pela mãe ao bebê.

O autor descreve *handling* uma das funções básicas de uma maternagem suficientemente boa, favorecedora da constituição do *self* do bebê. O manejo ou *handling* é descrito como o manuseio corporal da criança nas atividades de troca, banho, favorecedor da personalização ou localização do *self* num corpo próprio. Ou seja, da mesma maneira que os bebês não podem crescer sem alimentação e higiene adequadas, também não podem desenvolver seus sentimentos, sua psique e subjetividade sem que alguém se mostre sensível às suas necessidades e dedique atenção suficiente.

O trabalho no SCFV representou uma proximidade e cuidado até físico das necessidades das crianças, como por exemplo, quando se auxiliava limpar o nariz escorrendo de alguma criança, ou se auxiliava a lavar as mãos, ou o auxílio para com o lanche; o toque ao se dar as mãos durante os pequenos trajetos percorridos dentro do espaço, ou durante a realização de alguma brincadeira ou atividade lúdica. Outro elemento observado é o fato de o adulto na condução de alguma atividade segurar (*to hold*) a criança dando-lhe a atenção necessária na execução das tarefas.

Nota-se que se trata de um movimento construído nas relações entre os pares.

Categoria Temática 2 - Maternagem

Ressalta-se que a função de sustentação denominada por Winnicott (2000) de *holding* representa um fazer essencial para além da clínica convencional. Nesse sentido, ancorados

num olhar de uma psicanálise a céu aberto¹³, podemos afirmar que toda e qualquer pessoa necessita se sentir sustentada ao longo de toda sua vida, variando a forma e a intensidade desta sustentação, uma vez que a condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial.

Os cuidados maternos são de extrema importância para um amadurecimento emocional saudável e, muitas vezes, o SCFV se firma como um importante espaço em que os cuidados anteriormente não fornecidos podem ser percebidos e, com isso, a vivência posterior de um ambiente suficientemente bom, que dê uma sustentação para esse desenvolvimento.

Assim, a partir das experiências vivenciadas e transcritas, observamos que os encontros representaram um ambiente de sustentação, uma vivência acolhedora.

Através da sustentação oferecida, do fornecimento de cuidados básicos às crianças, observamos a internalização desses cuidados e dessa sustentação, de forma que lhes foi possível reproduzi-los consigo mesmos, com os pares, e com os brinquedos e brincadeiras presentes nos momentos lúdicos.

Entende-se que o trabalho da Proteção Social Básica, sobretudo, o trabalho desenvolvido com crianças no SCFV, interatua na perspectiva do olhar sobre as crianças como sujeitos de direito, enfatizando o Art. 227 da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988).

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de

13 A ideia de uma clínica extensa que nos permita levar o método psicanalítico para situações que vão além dos domínios do consultório particular e atuar em diferentes territórios, embasa essas propostas que podem ser sistematizadas e implantadas por um setor na instituição que pense o atendimento à comunidade.

colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2012).

Categoria Temática 3 - Independência x Dependência

A última fase do desenvolvimento emocional descrita por Winnicott (1963/1983) seria a de “rumo à independência”. A independência em relação ao meio não deve ser total e absoluta; o desejável é que o indivíduo mantenha aberto o contato com outras pessoas.

Para Winnicott (1975), o brincar é um indicador da saúde, do desenvolvimento e do sentimento de ser do bebê. O prazer na brincadeira é a garantia de saúde de quem brinca.

Assim, ao proporcionar à criança que ela brinque num espaço em que seu mundo simbólico pode ser expresso livremente, usando ou não objetos disponíveis, o grupo facilita o processo de transição da criança entre o mundo totalmente dependente da mãe para seu próprio mundo.

Ao longo da execução do SCFV, foi observado o modo como as crianças brincavam, organizavam os brinquedos e demais materiais que utilizavam. Os maiores auxiliavam os menores em atividades mais complexas.

Nota-se que a aquisição da autonomia na realização das atividades e nos relatos das/os responsáveis pelas crianças foi um elemento importante observado.

Considerações Finais

Como resultado do estudo, constatou-se que o trabalho desenvolvido pelo SCFV indica que mudanças significativas podem ser alcançadas quando o sujeito pode usufruir de uma experiência emocional de sustentação.

A execução do projeto SCFV foi importante no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, autonomia e minimização das situações de vulnerabilidade social.

O presente estudo traz importantes contribuições para fomentar discussões sobre a proteção integral de crianças

e adolescentes, voltando o olhar a aspectos específicos e contextuais de Serviços de Proteção Básica a crianças e adolescentes. Reforça-se que tais olhares são estimulados pelas contribuições das três funções sintetizadas pela psicanálise winicottiana: *holding* (sustentação), *handling* (manejo), e a apresentação dos objetos.

Foi observado, ao longo do ano de execução do SCFV, melhoria nos cuidados com a saúde, educação e segurança alimentar.

Não se pretendeu aqui engessar a *práxis* em torno das políticas públicas de Assistência Social, mas lançar reflexões e apontar alguns caminhos possíveis para ampliar as estratégias de intervenção a partir do trabalho desenvolvido pelo Terceiro Setor.

O presente relato aponta para a necessidade de ressaltar modelos que apresentam um novo jeito de fazer saúde, capaz de articular aos conceitos de saúde, formas de cuidar e gerenciar este cuidado, utilizando-se do fortalecimento de vínculos e ações comunitárias.

Assim, embasados na transversalidade entre Saúde e Assistência Social – num movimento de tratamento integral dos sujeitos atendidos por essas políticas e acreditando na intersectorialidade como aspecto fundamental desta integralidade, espera-se que este estudo, além dos conhecimentos produzidos, possa levar os leitores a reflexões acerca das contribuições dos estudos de Políticas Públicas associadas às contribuições da psicanálise winicottiana voltadas para uma prática crítica e transformadora.

Referências

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. 11 ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 237 p. (Série legislação, no 113), 1990.

BRASIL. Lei no 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília (DF): CNAS, 2004.

BRASIL. Resolução no 109, de 11 de novembro de 2009. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). 20 ed. Brasília (DF): CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Legislação. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao#b_start=0. Acesso em: 10 set. 2019.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GIL, A.C. (2009). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento emocional primitivo. *In*: _____. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. 4.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____. Distorção em termos de falso e verdadeiro self. *In*: _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos

sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In*: _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Capítulo 5

O Psicólogo, a Humanização do Parto e a Ótica da Equipe Multiprofissional

Ana Vergínia Mangussi da Costa Fabiano¹⁴

Taciana Helena de Sordi Galdino¹⁵

Luciana Maria Caetano¹⁶

Betânia Alves Veiga Dell' Agli¹⁷

“Todas as teorias e toda a ciência do mundo não podem ajudar tanto quanto um ser humano que não tem medo de abrir seu coração para o outro.”

Elisabeth Kubler-Ross

14 Neuropsicóloga, Psicóloga Hospitalar, Especialista em “Relações Interpessoais na Escola e a Construção da Autonomia Moral”, em “Neuropsicologia Aplicada à Neurologia Infantil”, Mestre em Educação, Ambiente e Sociedade, Doutoranda pelo Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano no Instituto de Psicologia da USP. Membro do Grupo de Estudos em Psicologia do Desenvolvimento Moral-IPUSP. Docente na UNIFAE e preceptora na Santa Casa de Misericórdia Carolina Malheiros de São João da Boa Vista.

15 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino de São João da Boa Vista (UNIFAE). Psicoterapeuta com foco no Método ABA.

16 Pedagoga pelo Centro Universitário Salesiano de Americana – UNISAL, Mestre e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da USP, Livre-docente em Psicologia do Desenvolvimento pelo Instituto de Psicologia da USP. Professora associada do pelo Instituto de Psicologia da USP, coordenadora do grupo de pesquisas em psicologia do desenvolvimento moral – GPDM e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano no Instituto de Psicologia da USP.

17 Psicóloga pela PUC-Campinas, Mestre e Doutora pela Faculdade de Educação da UNICAMP, Pós-doutora pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Coordenadora técnico-especializado do Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil Casulo, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP, Coordenadora do Curso de Psicologia e docente do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE.

Introdução

A Humanização em seu contexto histórico surge como resposta à insatisfação ao estado de tensão e sofrimento que acomete pacientes e profissionais. Tal fenômeno é reconhecido como violência institucional na Saúde que inclui práticas de diversas formas como: abusos, castigos, intolerância, desprezo, violência obstétrica e medicalização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2018).

No sentido filosófico da palavra, Humanização tem como base o humanismo que reconhece o valor e a dignidade do homem, o respeito e a valorização do ser humano, sendo a medida de todas as coisas, reconhecendo assim limites, interesses, potenciais, na busca da compreensão humana, criando meios para que o homem compreenda uns aos outros (RIOS, 2009).

A primeira voz para Humanização teve seu início nos hospitais com o movimento contrário aos que mandavam e aos que só obedeciam. Para tanto, ações humanizadoras foram buscadas visando o direito, o respeito à generosidade e à subjetividade de cada indivíduo. Com isso, levou à transformação da cultura institucional, através de compromissos éticos com ações de atenção à saúde e gestão dos serviços, levando em conta as especificidades de cada problema e a busca de soluções compartilhadas, onde cada um participa com sua autonomia, responsabilidade na atenção e melhorias nas condições do ambiente (RIOS, 2009).

Dentre as demandas hospitalares, as questões relacionadas à maternidade vêm recebendo atenção especial. A gravidez e o parto são considerados um marco na vida de uma mulher, um momento em que ela deve ser a protagonista e os profissionais de Saúde, os coadjuvantes, que reconhecem os momentos críticos e colocam seus conhecimentos a serviço do bem-estar da mulher e do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No parto humanizado só é possível a Humanização diante de como o profissional enxerga a paciente. Um

estudo apresenta dois modos: assimétrico e simétrico. No modo assimétrico, que não possibilita a Humanização, o profissional se vê superior à mulher indefesa, fraca e submissa. De outro modo, o simétrico, coloca o profissional e a mulher numa posição de igualdade, respeito e confiança, possibilitando o desenvolvimento emocional para ambos, contribuindo para a Humanização (MALDONADO, 2013).

Para transformar a postura arraigada de profissionais e introduzir uma abordagem simétrica, humanizada, o profissional precisa estar sintonizado com as propostas e técnicas baseadas em evidências, tratando a grávida como condutora do processo. No entanto, é fundamental o preparo da gestante para o momento do nascimento, devendo ser iniciado durante o pré-natal, informando e sensibilizando a gestante sobre a prática humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A OMS estabelece parâmetros de como a prática humanizada deve ser introduzida de maneira positiva, destacando o cuidado materno-atencioso, o favorecimento às mulheres da dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a liberdade e defesa a maus tratos, permitindo uma escolha informada e contínua com apoio durante o pré-parto, trabalho de parto e pós-parto. É importante a comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, com métodos simples e culturalmente aceitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Psicologia surge no contexto hospitalar como “Psicologia Perinatal”, um campo de estudo que se preocupa em conhecer os fenômenos psicológicos da gestante, da parturiente e da puérpera, seu papel principal na maternidade é propiciar um espaço de escuta para que a família possa nomear e atribuir significados diante do novo. A importância deste lugar de escuta deve ultrapassar as fronteiras do contexto hospitalar, os serviços psicológicos devem facilitar o caminho para que as mulheres possam pedir ajuda para lidar com

sentimentos gerados pela expectativa do nascimento. Além disso, compreende aspectos em torno do nascimento como o planejamento familiar, luto perinatal, gravidez, parto e pós-parto, bem como dispõem de técnicas para prevenção de alterações emocionais significativas próprias desse período, como a ansiedade, estresse e depressão (IACONELLI, 2012).

O psicólogo tem um papel importante nas Instituições de Saúde na busca pela Humanização. Embasa sua atuação na Filosofia da Humanização e nos Direitos Humanos em que o respeito ao paciente, aos seus familiares e aos colegas de trabalho são elementos chave, tendo seu papel delimitado e bem definido, conectado com a equipe multiprofissional, favorecendo a minimização da ansiedade, do alívio emocional ao sofrimento e da angústia decorrentes da internação (CAMPOS, 1995).

O papel do psicólogo tem uma fundamental função caso ocorra um eventual nascimento de um bebê com deficiências, nascimento prematuro, junto ao envolvimento emocional da família, dado o vínculo da gestante com o bebê, as dúvidas e dificuldades que surgirão após o parto e ainda, em relação à idealização do bebê e o bebê real, ajudando no processo de mudanças e adaptações (CAMPOS, 1995).

Após o parto também podem ocorrer algumas alterações no âmbito emocional e é necessário que o psicólogo esteja atento à ocorrência de Depressão Pós-parto. A Depressão Pós-parto pode vir carregada de muito sofrimento tanto para a puérpera como para o bebê, trazendo interferência em vários aspectos do funcionamento e estado afetivo materno que irão por sua vez afetar a qualidade da relação entre ambos (VITOLLO; BENETTI; BORTOLINI; GRAEFF; DRACHLER, 2007).

O acompanhamento psicológico no suporte emocional vem ganhando espaço e tornando a assistência ao parto mais humanizada, respeitando a individualidade de cada mulher e ajudando a parturiente em todo processo, dando mais segurança à mãe nesta hora tão importante (CAMPOS, 1995).

Considerando que a Humanização é uma característica essencial para a Obstetrícia, a realização desse capítulo tem como finalidade contextualizar a importância do psicólogo, dando um suporte emocional às gestantes e puérperas. Apresenta a análise de como os profissionais atuantes em maternidade percebem a importância de um psicólogo durante o parto e puerpério, proporcionando uma reflexão do modo de atuação dos profissionais.

Acredita-se que receber orientações médicas e suporte psicológico favorece todo processo pré, peri e pós-natal. O papel do psicólogo neste processo pode ser fundamental, compreendendo a percepção de outros profissionais acerca da presença da Psicologia, podendo ser relevante para avaliar sua importância e a necessidade da participação no parto humanizado.

A realização da pesquisa

Na busca constante de conhecimento, toda Ciência utiliza-se de métodos padronizados para coletar, tratar e interpretar dados de interesse específico do pesquisador. A presente pesquisa segue o método quantitativo, de natureza transversal, exploratória e descritiva.

A pesquisa foi realizada em uma Maternidade de um Hospital público do interior do estado de São Paulo. A amostra de conveniência foi composta por 30 profissionais. Foram abordados todos os funcionários do hospital que atuam na ala da maternidade, e permaneceram na amostra os que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: membros da equipe de Saúde atuantes na Maternidade em questão. Foram excluídos profissionais que não apresentam condições físicas ou psicológicas para responder ao instrumento utilizado, no momento de aplicação. O número de participantes foi considerado suficiente segundo os critérios de saturação dos dados (MINAYO, 2017).

O estudo teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 14726719.7.0000.5382) e todos os procedimentos éticos foram adotados. Atende a Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e ao disposto na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, com as devidas garantias aos participantes de liberdade de participação, privacidade, sigilo e confidencialidade. Mediante ao consentimento da Instituição de Saúde para o desenvolvimento do trabalho de pesquisa, os participantes foram contatados diretamente, para conhecer os objetivos do projeto, procedimentos, possíveis benefícios e riscos, e desta forma, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1. Como se pode observar, a idade variou de 26 a 68 anos, eram de ambos os sexos, porém, com predomínio de mulheres (n=28). Sobre o estado civil, a maioria era casada (n=18). Dos 30 profissionais, 25 têm filhos. Entre eles, quatro são médicos obstetras/ginecologistas, três psicólogas, duas enfermeiras, três enfermeiras obstetras, onze técnicos de enfermagem, uma assistente social e seis auxiliares de enfermagem (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Variáveis	Categorias	Valores
Gênero	Masculino (n)	02
	Feminino (n)	28
Estado Civil	Solteiro (n)	08
	Divorciado (n)	04
	Casado (n)	18
Tem Filhos	Sim (n)	25
	Não (n)	05
Idade	Média	41,30
	DP	10,681
	Mínima	26
	Máxima	68

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes por profissão e pós-graduação.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes relativos à formação

Variáveis	Categorias	Frequência
Formação	Médico	04
	Enfermeiro	02
	Enfermeiro Obstetra	03
	Técnico em Enfermagem	11
	Psicólogo	03
	Assistente Social	01
	Auxiliar de Enfermagem	06
Pós Graduação	Sim	10
	Não	20

Como disposto na Tabela 2, podemos observar que 10 profissionais possuem pós-graduação e que o tempo de atuação na profissão varia entre um ano a trinta e seis anos, o tempo de atuação em maternidade varia entre duas semanas a trinta e três anos, o tempo de atuação na maternidade em questão se deu entre duas semanas a trinta e três anos, com jornada de trabalho entre 12 a 09 horas diárias, conforme consta na Tabela 3.

A coleta de dados iniciou-se com a apresentação aos participantes, do conceito de parto humanizado com base nos parâmetros da OMS. Logo após, foi realizado um roteiro de perguntas, elaborado para essa pesquisa, contendo dez questões que versam sobre: a importância do psicólogo na humanização do parto; a importância do psicólogo no pré-natal, pré-parto, parto ou pós-parto; presença e atuação do psicólogo na Maternidade pesquisada. Para cada item há opções de respostas que variam em uma escala *likert* de cinco pontos, sendo “0” discordo totalmente, “1” discordo, “2” não discordo nem concordo, “3” concordo e “4” concordo

Tabela 3 – Caracterização dos participantes relativos à atuação profissional

Variáveis	Categorias	Frequência
Local de Trabalho	Santa Casa de Misericórdia D. Carolina Malheiros	30
Tempo de atuação na profissão	Média	13,37
	DP	9,838
	Mínimo	01
	Máximo	36
Tempo de atuação em Maternidade	Média	40,4773
	DP	181,19823
	Mínimo	02 semanas
	Máximo	33 anos
Tempo de atuação nessa Maternidade	Média	40,1107
	DP	181,27276
	Mínimo	02 semanas
	Máximo	33 anos
Jornada de Trabalho	12x36	23
	10 horas diárias	01
	08 horas diárias	05
	09 horas diárias	01

plenamente. Os participantes responderam de maneira livre, tendo dez minutos como tempo estimado para a aplicação do roteiro.

Os dados sociodemográficos e perfil profissional foram coletados por meio de um questionário composto por dados de caracterização do participante como: gênero, estado civil, data de nascimento, nível de formação, tempo de atuação profissional, entre outros.

Os instrumentos foram tabulados em planilha do Excel e os dados analisados através do programa para análises estatísticas o JASP versão 9.0.2, considerando como nível de confiança 95%. Análises descritivas foram aplicadas para

obter frequência, média, mediana e distribuição nas variáveis do estudo.

A análise dos resultados

Os resultados estão apresentados de modo a contemplar a caracterização das respostas considerando a amostra como um todo e depois por profissão.

A Tabela 4 apresenta as análises descritivas dos itens, considerando a amostra total. Nela percebe-se que as médias e medianas foram menores para os itens 8, 9 e 10, que se referem à atuação do psicólogo na Maternidade, local do estudo. A pontuação em torno de 2 pontos sugere que os participantes não concordam que exista uma atuação do psicólogo no processo de parto. Os demais itens, a média e mediana variou de 2,9 a 3,8 sugerindo que, no geral, os profissionais conhecem sobre o conceito de humanização do parto, que o Hospital onde atuam pratica o parto humanizado e que o psicólogo é importante durante todo o processo do parto.

Ao comparar as médias dos itens 4, 5, 6 e 7, nota-se que o psicólogo se faz importante em todo momento na vida da parturiente, sendo mais importante no pré-natal com média 3,8 seguido do pós-parto com média de 3,5 e no pré-parto com média 3,4 e menor importância durante o parto com média 2,9 ($Z = 27,359$; $p < 0,001$),

As avaliações dos itens, considerando grupos formados com base na profissão exercida dentro da Maternidade é apresentada na Tabela 5. Nela pode-se notar que, enfermeiros obstetras e psicólogos apresentaram média 3,7 o que significa um maior conhecimento no conceito de humanização do parto. Apresentou menor conhecimento, o profissional atuante na assistência social com média 1,0. O Hospital onde atuam pratica o parto humanizado na visão dos enfermeiros obstetras, seguidos de técnico de enfermagem e psicólogos com média 3,3. Os médicos apresentaram o menor conhecimento na prática com média 2,0.

Tabela 4 – Descritivas dos itens considerando todos os participantes

Descrição	Todos os participantes		
	Média	DP	Mediana
01 Conheço o conceito de Humanização do Parto, estabelecido pela OMS.	3,1	0,9	0,3
02 O hospital onde trabalho pratica parto humanizado.	3,0	0,7	0,3
03 Acredito que o psicólogo é importante na humanização hospitalar, para as parturientes.	3,4	0,5	0,3
04 A participação do psicólogo é importante no PRÉ-NATAL.	3,8	0,4	0,3
05 A participação do psicólogo é importante no PRÉ-PARTO.	3,4	0,6	3,5
06 A participação do psicólogo é importante DURANTE O PARTO.	2,9	1,1	0,3
07 A participação do psicólogo é importante no PÓS- PARTO.	3,5	0,6	0,4
08 Na maternidade onde atuo existe a atuação do psicólogo no PRÉ-PARTO.	1,7	1,4	1,5
09 Na maternidade onde atuo existe a atuação do psicólogo no PARTO.	1,4	1,3	0,1
10 Na maternidade onde atuo existe a atuação do psicólogo no PÓS-PARTO.	2,2	1,3	0,2

Psicólogos são os que acreditam na importância da própria atuação na humanização hospitalar, apresentando 4,0 como média. Julgaram menos importante a participação do psicólogo, os enfermeiros, enfermeiros obstetras e assistente social média 3,0. Sobre a importância da participação do psicólogo no pré-natal, o enfermeiro obstetra, psicólogo e assistente social apresentaram média 4,0. A menor média 3,5 foi apresentada pelo enfermeiro.

Quanto à participação do psicólogo e sua importância no pré-parto, o psicólogo e assistente social apresentaram média 4,0. Apresentaram média 3,3, médicos, enfermeiro obstetra e auxiliar de enfermagem julgando como menos importante. Os psicólogos tendo como média 3,7 responderam que a participação do psicólogo é importante durante o parto. Sobre a mesma questão, os médicos obtiveram a média 2,2, classificando como menos importante.

No quesito participação do psicólogo e sua importância no pós-parto foi encontrada média 4,0 do enfermeiro obstetra, do psicólogo e da assistente social, demonstrando que entendem a importância, enquanto a média 3,0 foi apresentado por enfermeiro.

A atuação do psicólogo na maternidade no pré-parto obteve média 4,0 para assistente social, média 3,3 entre psicólogos e os demais apresentaram entre média 1,0 a 1,5. Durante o parto, a assistente social desconhece a atuação do psicólogo, atribuindo 0 à questão, que significa “desconheço”. Em sua totalidade essa prática apresentou média entre 0,0 a

Tabela 5 – Comparação das médias obtidas nas questões por profissão

Nº	Formação													
	Médico N = 4		Enfermeiro N = 02		Enfermeiro Obstetra N = 03		Técnico em Enfermagem N = 11		Psicólogo N= 03		Assistente Social N = 01		Auxiliar de Enfermagem N =06	
	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP
01	2,8	0,5	3,0	0,0	3,7	0,6	3,1	1,1	3,7	0,6	1,0	.	3,3	0,5
02	2,0	0,8	3,0	0,0	3,3	0,6	3,3	0,5	3,3	0,6	2,0	.	3,2	0,4
03	3,3	0,5	3,0	0,0	3,0	0,0	3,5	0,5	4,0	0,0	3,0	.	3,5	0,5
04	3,8	0,5	3,5	0,7	4,0	0,0	3,7	0,5	4,0	0,0	4,0	.	3,7	0,5
05	3,3	0,5	3,5	0,7	3,3	0,6	3,4	0,8	4,0	0,0	4,0	.	3,3	0,5
06	2,0	1,4	2,5	0,7	3,0	1,0	2,8	1,4	3,7	0,6	3,0	.	3,3	0,5
07	3,3	0,5	3,0	0,0	4,0	0,0	3,5	0,7	4,0	0,0	4,0	.	3,5	0,5
08	1,3	1,5	1,5	2,1	2,0	1,0	1,5	1,2	3,3	1,2	4,0	.	1,0	1,5
09	1,0	1,2	1,5	2,1	1,0	1,0	1,5	1,2	3,3	1,2	0,0	.	0,8	1,0
10	2,0	1,4	2,5	0,7	3,0	1,0	2,0	1,3	3,3	1,2	3,0	.	1,3	1,6

3,0, resultando em nenhum ou pouco conhecimento sobre essa atuação.

Em relação à atuação do psicólogo durante o pós-parto, os psicólogos apresentaram como média 3,3 e os auxiliares de enfermagem apresentaram menor conhecimento com média 1,3.

Discussão

O estudo abrangeu a caracterização e a opinião de profissionais que atuam em uma Maternidade sobre a importância do psicólogo na humanização do parto. Na visão geral, com todos os profissionais, pode-se notar como resultado que o psicólogo se faz importante em todo momento na vida da parturiente, tendo a sua maior importância no pré-natal seguido do pós-parto, pré-parto e, tendo sua menor importância durante o parto.

O acompanhamento psicológico no suporte emocional vem ganhando espaço e tornando a assistência ao parto mais humanizado, respeitando a individualidade de cada mulher e ajudando a parturiente em todo processo do parto natural dando mais segurança à mãe nesta hora tão importante (CAMPOS,1995).

Para tanto, a OMS estabelece parâmetros de como a prática deve ser introduzida de maneira positiva, com um cuidado materno-atencioso, favorecendo às mulheres a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a liberdade e defesa a maus tratos, permitindo uma escolha informada e contínua com apoio durante o pré-parto, trabalho de parto e pós-parto. É importante a comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, com métodos simples e culturalmente aceitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como resultado pode-se verificar que, enfermeiros obstetras e psicólogos apresentaram maior conhecimento no conceito de humanização do parto estabelecido pela OMS.

Apresentou menor conhecimento profissional atuante na assistência social, se tratando de uma profissional que não lida diretamente com as parturientes. Portanto, pode-se considerar que o conceito de humanização do parto possa ser mais bem abordado na formação de cursos da área da Saúde, onde se situam o psicólogo e enfermeiro.

Ao que se diz respeito à prática do parto humanizado, na compreensão dos profissionais que atuam em Maternidade, pode-se destacar que segundo Maldonado (2002) as orientações iniciais devem ser dadas pelo médico, sendo reforçadas pela equipe de enfermeiros e psicólogos, contribuindo assim para diminuir a ansiedade da paciente. No parto humanizado só é possível a Humanização em relação a como o profissional enxerga o paciente, portanto, todos os profissionais devem estar alinhados a essa prática.

E para transformar a postura arraigada de profissionais e introduzir uma abordagem humanizada, o profissional precisa estar sintonizado com as propostas e técnicas baseadas em evidências, tratando a grávida como condutora do processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Pode-se compreender que a Maternidade participante da pesquisa pratica o parto humanizado na visão dos enfermeiros obstetras, seguidos por técnicos de enfermagem e psicólogos. Os médicos apresentaram o menor índice de Humanização. Pode-se verificar que na visão dos mesmos não é praticado inteiramente a humanização do parto, que ainda existe um longo caminho para tal prática ser introduzida efetivamente.

Por sua vez, o psicólogo destaca a Humanização nas Instituições de Saúde e, portanto, a minimização do sofrimento emocional com o alívio da angústia da internação.

Comparando as opiniões dos profissionais sobre a importância do psicólogo na humanização do parto, considerando a função exercida pelo profissional, os psicólogos foram os que apresentaram maior média acreditando na importância de tal prática na humanização hospitalar para

as parturientes, seguido pelos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, enfermeiros obstetras e assistente social o que também se caracteriza por uma média alta, demonstrando que a equipe compreende a importância do psicólogo para as parturientes.

Tais resultados corroboram com um estudo que demonstra a importância do psicólogo para a parturiente e seus familiares, propiciando uma situação de escuta qualificada em que possam nomear e atribuir significados diante do novo. A importância deste lugar de escuta deve ultrapassar as fronteiras do contexto hospitalar, os serviços psicológicos devem facilitar o caminho para que as mulheres possam pedir ajuda para lidar com sentimentos e ansiedade gerada pela expectativa do nascimento (IACONELLI, 2012).

Para caracterizar e mensurar em que momento a atuação do psicólogo é mais importante se no pré-parto, parto, pós-parto, temos como compreensão o Manual Técnico do pré-natal e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) que apresenta a gestação dividida em três grandes eventos: períodos de gravidez, parto e puerpério.

No período de gravidez a gestante fica sobre os cuidados do pré-natal que inclui atendimento médico, psicológico, social e odontológico. O atendimento psicológico nessa fase tem como objetivo a escuta dos sentimentos relacionados às expectativas quanto à gestação, ao parto e ao pós-parto, e o quanto a mulher lida com sentimentos de ambivalência e medos. A assistência ao pré-natal é o momento de identificar se a gestante sofre alguma violência e orientá-la caso ocorra. O psicólogo deve informar a gestante sobre a violência contra a mulher que pode ser todo ato que cause danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, sofrido durante a gravidez ou no parto. A gestante que sofre violência tem um impacto sobre a saúde gestacional, podendo comprometer a gestação e o recém-nascido.

Na visão dos enfermeiros obstetras, psicólogos e assistente social a participação do psicólogo é importante no pré-natal. Já enfermeiros apresentaram menor média para essa questão. Quanto à participação do psicólogo e sua importância no pré-parto, obtiveram a maior média os psicólogos e assistente social, seguido de médicos, enfermeiro obstetra e auxiliar de enfermagem que apresentaram menor média, porém considerando importância relativa na atuação do psicólogo.

Durante toda a gestação o psicólogo deve preparar a mulher para passar pela segunda fase, o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Estudos mostraram que mulheres saudáveis eram submetidas às intervenções clínicas desnecessárias durante o parto. As novas diretrizes da OMS (2018), baseadas em evidências, delimitam como cuidado necessário a escolha de acompanhante durante e após o parto, classificando como cuidado respeitoso, mantendo a dignidade, privacidade e confiabilidade, garantindo a ausência de maus tratos, informando sobre procedimentos, fazendo escolhas livres sobre controle da dor, melhor posição, possibilitando a humanização no parto (OMS, 2018).

Em relação à participação do psicólogo durante o parto, os participantes classificaram como menor importância. Sobre a atuação do psicólogo no parto, notou-se que a assistente social desconhece a atuação. Na opinião dos psicólogos já ocorreu à participação dos mesmos, o que não é habitual e é evidenciado na opinião dos demais participantes.

O psicólogo na assistência à gestante no momento da internação e durante o puerpério (período pós-parto que abrange desde o dia do nascimento do bebê até a volta da menstruação da mulher) tem como objetivo prevenir a saúde mental e física da mãe e bebê, estimulando o vínculo entre ambos, esclarecendo e informando a respeito do puerpério, considerando o momento vulnerável à ocorrência de crises emocionais devido às mudanças interpessoais, desencadeadas pelo parto (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Em relação à participação do psicólogo e sua importância no pós-parto, os profissionais que apresentaram maior média foram o enfermeiro obstetra, psicólogo e assistente social, seguido por enfermeiros. É nesse momento que o psicólogo deve fazer o ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação, e o filho real, facilitando a relação nessa fase com o recém-nascido, que é baseada no padrão de comunicação não verbal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O psicólogo deve demonstrar interesse em um clima acolhedor, que se baseia na confiança e empatia, pois a mulher passa por uma transformação psíquica, em que surgem sintomas físicos, conflitos, dificuldades sociais e emocionais emergentes, não resolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A maior média é em relação a atuação do psicólogo no pós-parto. Destaca-se que os auxiliares de enfermagem atribuem a menor importância do psicólogo nesta fase, já que a participação dos psicólogos na Maternidade em estudo, ocorre somente com indicação médica.

A partir da descoberta da opinião dos profissionais é que os psicólogos poderão planejar, construir sua participação e colaborar com a equipe multiprofissional, pois o profissional atuante em Unidades humanizadas não é apenas um ouvinte generoso, mas sim o profissional que busca recursos técnicos para o diagnóstico e a adesão ao tratamento (RIOS, 2009).

Considerações Finais

A presença do psicólogo vem sendo cada vez mais solicitada pelas parturientes e profissionais atuantes em Maternidade. O atendimento deve ser sempre realizado dentro de um parâmetro interdisciplinar, o que inspira uma maior confiança e probabilidade de êxito, somando seu saber a outras práticas.

O presente estudo propôs refletir, sobre o conceito de parto humanizado, esclarecendo onde o profissional de

psicologia é mais importante na visão dos profissionais e se há a participação dos mesmos.

O parto humanizado tem como objetivo a autonomia da mulher em fazer suas escolhas durante o parto; esse fenômeno só pode ser aplicado se os profissionais atuantes em Maternidades tiverem o conhecimento sobre. E, acima de tudo, respeitar a prática e aplicá-lo no contexto hospitalar, discutir os fenômenos que envolvem essa prática do parto, que proporciona um novo ponto de vista em que os profissionais estão em constante reconstrução, considerando as questões culturais, sociais e econômicas de cada região.

Como resultado pode-se destacar que nem todos os profissionais atuantes na Maternidade em questão estão alinhados com a proposta estabelecida pela OMS. O Hospital participante da pesquisa encontra-se restrito quanto à prática do parto humanizado, ainda precisa de um ajustamento nas propostas e, assim, poder usufruir inteiramente das práticas humanizadoras.

As opiniões dos profissionais por área foram divergentes, denotando que cada setor enxerga a presença do profissional de Psicologia de uma maneira diferente. Em contrapartida podemos concluir que a participação do psicólogo na visão dos profissionais é mais importante durante o pré-natal.

Apenas a título de conhecimento e análise crítica, a Maternidade em análise não usufrui inteiramente da presença da psicóloga, sendo chamada apenas quando solicitada. É de suma importância que ocorra a aproximação entre o psicólogo e as parturientes, adotando um conjunto de medidas estruturais, gerenciais, financeiras e educativas, visando uma melhor vivência nessa fase tão importante da mulher.

Consideramos que a gestação e o momento de parir são específicos a cada mulher e que o papel e tarefas do psicólogo hospitalar ainda se encontram em construção.

O estudo possibilitou notar que ainda existem lacunas de eixos temáticos a serem explorados a respeito do assunto,

visando a saúde das mulheres e seus familiares diante da gestação, parto e puerpério. Portanto, se faz necessário o incentivo a estudos minuciosos considerando cada mulher e sua subjetividade.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia hospitalar: teoria e prática** 2 ed.. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U., 1995.

IACONELLI, V. O que é psicologia perinatal: definição de um campo de estudo e atuação. *In: Área de Estudos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal*, 2012.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

RIOS, I. C. **Caminhos da Humanização na Saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

VITOLLO, M. R.; BENETTI, S.P.D.C.; BORTOLINI, G.A.; GRAEFF, A.; DRACHLER, M.D.L. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, n.29, p.28-34, 2007.

WORLD Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, 2018.

Capítulo 6

O que cabe a Psicologia nas Prisões? – Conjuntura, Desafios Profissionais e Crítica ao Estado Penal

Thais Lasevicius¹⁸

Introdução

Atualmente, o Brasil é o terceiro país mais encarcera em todo mundo¹⁹. Pensando em números absolutos, o mais próximo documentado que se tem é o número de pouco mais de 820.689 pessoas privadas de liberdade de acordo com o último levantamento de informações penitenciárias do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2021)²⁰. Isso significa que a barbárie oriunda desse sistema penal-prisional se alastra como mais uma das expressões de uma sociedade marcada por níveis expressivos de desigualdade social, violências e opressões generalizadas.

Fazer a crítica sobre como esses processos se dão a nível universal quanto na singularidade-particularidade dos sujeitos é fundamental para se compreender as *reais funções* do sistema penal-prisional na esfera da produção e reprodução

18 Psicóloga. Mestra em Serviço Social e Políticas Sociais pela UNIFESP. Coordenadora do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sociedade Punitiva, Justiça Criminal e Direitos Humanos – Profa Andrea Almeida Torres (UNIFESP). Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental e Justiça da Comissão de Política Criminal e Penitenciária da OAB/SP. Pesquisadora do Núcleo Transdisciplinar Subjetividades, Violências e Processos de Criminalização (UFF).

19 Disponível em: <https://www.conectas.org/noticias/brasil-se-mantem-como-3o-pais-com-a-maior-populacao-carceraria-do-mundo/>

20 Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/assuntos/noticias/segundo-levantamento-do-depen-as-vagas-no-sistema-penitenciario-aumentaram-7-4-enquanto-a-populacao-prisional-permaneceu-estavel-sem-aumento-significativo>

das relações sociais inseridas na dinâmica capitalista. Significa apontar como horizonte ético-político deste trabalho que as absurdas “falácias res” – assim como brilhantemente nos adverte Batista (2015) –, demonstram a sua infeliz existência frente a um modo de sociabilidade que têm na exploração humana sua principal resposta. Muito longe de “ressocializar” ou “reeducar” alguém, a prisão e suas engrenagens carcerárias existem a fim de sustentar a lógica de constantes violências tão necessárias para que esse nefasto sistema continue se alimentando.

Alimentando, diga-se de passagem, da miséria da vida humana mortificada por espaços prisionais que distante de atender à falaciosa premissa das “res”, pelo contrário, é mais um sustentáculo fundamental nessa dinâmica opressão-violência-exploração. Como Foucault (1993) já alertava que a prisão era uma invenção desacreditada desde o seu nascimento, essa frase tão famosa acaba por muitas vezes cair na banalidade e perder sua essência: a prisão de fato cumpre com sua promessa de docilizar, controlar e mortificar vidas humanas.

Levanta-se a questão sobre o papel da Psicologia e dos profissionais que a exercem – aqui na especificidade prisional – tanto no que diz respeito aos processos de enfrentamento, resistências e principalmente, na construção de uma práxis que supere a visão humanista-romântica das prisões como instituição fundamental da “ressocialização” dos sujeitos; e também que consiga – ainda que com as diversas mazelas existentes –, resistir aos processos de enraizamento e perda da consciência crítica tão necessária para compreensão oriunda inclusive do Código de Ética da Profissão, direcionando nossa postura contrária a quaisquer tipos de violências e opressões, bem como, a lutar pela vida, pela liberdade e pela intransigente resposta via Direitos Humanos. Ou seja, fica óbvio que a existência da prisão e tudo o que faz essa engrenagem funcionar, é, sem dúvida, o oposto sobre o qual precisamos tecer problematizações e resistências diversas.

É impossível dissociar as questões históricas e também do tempo presente, fundamentadas em expressões de gênero, raça e classe, bem como, nos processos sociais, político-econômicos e culturais que dão a tonalidade para essas discussões a fim de superar as pretensas idealizações de que se tratando de crime e criminalidade, a conta fica para o sujeito que cometeu o delito. Na superação de uma lógica ainda tão hegemônica, segue-se nas páginas seguintes, a tentativa de que não se pode desvencilhar os processos históricos do nascimento da prisão; de sobre quem e como se criminaliza e especialmente, da especificidade do desenvolvimento dos mesmos na sociedade capitalista. Também, a indissociabilidade do papel da Psicologia e do técnico profissional para que não seja mais uma peça nessa grande engrenagem, mas que, de alguma forma, possa ser aquele “*pedacinho de noz*” que a faça parar de rodar, ainda que minimamente.

Esse trabalho divide-se em compreender o nascimento da instituição da prisão frente aos processos dinâmicos penais que se alastram na realidade social além de como esses dispositivos da criminalização funcionam para operar essa engrenagem. Concomitante, a análise sobre quem e como se criminaliza na sociedade do capital e enquanto desfecho – em vias de abertura de discussão – a Psicologia no contexto penal-prisional. A necessidade de superação de noções hegemônicas pelas vias subversivas da criminologia crítica, do abolicionismo penal e da crítica ao papel da Psicologia nas prisões são pontos de norteamo ético-políticos que emergem buscando um novo sentido a premissas historicamente enraizadas.

Prisão, engrenagens carcerárias e conjuntura penal

Compreender criticamente a instituição da prisão e as manifestações que sustentam essa lógica de punição, repressão e controle social, devem ser, em primeiro lugar, vinculados à uma análise histórica e social do tempo presente. Sem ela, pode-se cair em inferências ou além, nas visões infelizmente

ainda hegemônicas no que se refere ao sistema penal-prisional, descontextualizando-o da realidade social. Analisar como a prisão se constitui através dessas engrenagens carcerárias que operam toda essa lógica de violência frente a uma conjuntura regressiva de Direitos Humanos e da própria democracia, é fundamental para um trabalho crítico e de compromisso ético-político que supere interpretações equivocadas e falaciosas sobre a questão criminal.

Reflete-se sobre dois conceitos fundamentais para pensar essa lógica, são eles, as “engrenagens carcerárias” e os “dispositivos da criminalização”, já expostos na introdução desse trabalho e brilhantemente desenvolvidos por Rauter (2003; 2007). Compreender as engrenagens carcerárias como uma máquina alimentada e movida tendo como combustível os dispositivos da criminalização em primeiro lugar, como a autora coloca, não podem ser dissociados do campo social e dos efeitos deste nesses processos dinâmicos entre engrenagens e dispositivos, bem como, as suas grandes implicações no que se refere às “práticas que mantém as prisões em operação que produzem envenenamentos subjetivos, no sentido espinosista do termo.” (RAUTER, 2007, p. 42).

Esses envenenamentos subjetivos ocorrem de diversas formas a compreender os efeitos dos dispositivos da criminalização que fazem essas engrenagens se mover. O que isso quer dizer? Que essas engrenagens são operadas por vias de dispositivos diversos que são desde a polícia, o próprio Estado Penal que se ergue através do patriarcado, do racismo e do classismo, bem como, da função das mídias que fazem seu papel ao reproduzir o estereótipo do “criminoso nato”, não sendo uma ingênua coincidência sua materialização do corpo da classe trabalhadora preta, pobre e periférica. Além, é claro, desde as mais severas até as mais sutis formas de gerir a produção do processo de “mortificação do eu”, como bem lembra Goffman (2019).

Todos esses movimentos dinâmicos operam “múltiplos mecanismos subjetivos, para além das grades e muros” (RAUTER, 2007, p. 42), entendendo que essas ações entram em conformidade para fazer essa grande engrenagem funcionar, estando especialmente relacionada com mecanismos para além da própria prisão enquanto uma instituição, mas fundamentalmente corroborada pela dinâmica de violência, opressão e exploração social que é base do sistema capitalista. Seria ingenuidade colocar a prisão como uma instituição que “ressocializa” ou “reeduca” os sujeitos, uma vez que a esta não é, senão, produto direto e reproduzidor desse perverso sistema de violação da vida humana.

Toda essa explanação conflui diretamente com um histórico trecho exposto por Foucault (1993) quando o autor entende que esses múltiplos processos aparentemente direcionados pela instituição da prisão, estão, na realidade, para além dela. Pelo contrário, são essas ações que incidem de diversas maneiras pela manutenção desse sistema.

A prisão deve ser um aparelho disciplinar exaustivo. Em vários sentidos: deve tomar a seu cargo todos os aspectos do indivíduo, seu treinamento físico, sua aptidão para o trabalho, seu comportamento cotidiano, sua atitude moral, suas disposições; a prisão, muito mais que a escola, a oficina ou o exército, que implicam sempre numa certa especialização, é onidisciplinar. Além disso, a prisão é sem exterior nem lacuna, não se interrompe, a não ser depois de terminada totalmente sua tarefa; sua ação sobre o indivíduo deve ser ininterrupta: disciplina incessante [...] Leva a mais forte intensidade todos os processos que encontramos nos outros dispositivos de disciplina. Ela tem que ser a maquinaria mais potente [...] seu modo de ação é a coação de uma educação total. (FOUCAULT, 1993, p. 211).

O que Foucault (1993) coloca como uma característica “onidisciplinar”, pode ser vinculado com o exposto acima no que diz respeito à dinâmica das engrenagens carcerárias e

dos dispositivos de criminalização (RAUTER, 2003, 2007), o que reafirma a importância de se compreender todas as manifestações penais-prisionais antes de qualquer coisa como manifestações histórico-políticas, diretamente determinadas por um sistema cíclico que se mantém em funcionamento a partir da miséria humana, da luta de classes, do genocídio da população preta, indígena e de outras minorias tidas como “indesejáveis” a essa lógica de fazer morrer – *ou tornar matável*. É inegável a necessidade da reflexão crítica a partir da compreensão da historicidade, da produção e reprodução das relações sociais e de alguns – ainda que breves – fundamentos que sustentam a existência de um Estado Penal que possui gênero, raça e classe.

Crime e criminalidade: dialética de quem e como se criminaliza

Conforme exposto anteriormente, é inegável incidir sobre a totalidade dos processos históricos no que diz respeito a uma compreensão que se pretende crítica da realidade social, e especialmente, sobre como a dinâmica existente entre ambos – a totalidade histórica e a realidade do tempo presente – como fundamentais para dirigir uma análise que se pautar de uma visão contra hegemônica sobre as penas e prisões, ao Estado penal e seus dispositivos da criminalização além dos demais recursos que servem para a sustentação dessa lógica de opressão.

Também de acordo, não se podem separar todos esses processos citados na produção e reprodução daquilo que se entende como o “perfil do criminoso nato”, ou em outras palavras, da dialética que fundamenta essa sutil – mas às vezes não tão sutil – construção social de quem e como se criminaliza na sociedade capitalista. Recorre-se a Baratta (2002) quando o celebre criminólogo crítico aponta os caminhos para o entendimento dos processos de criminalização primária e secundária e como ambos fomentam as bases da

personificação do tipo penal a ser criminalizado na ordem do capital.

O sistema de valores que neles se exprime reflete, predominantemente, o universo moral próprio de uma cultura burguesa-individualista, dando a máxima ênfase à proteção do patrimônio privado e orientando-se, predominantemente, para atingir as formas de desvio típicas dos grupos socialmente mais débeis e marginalizados. (BARATTA, 2002, p. 176).

É evidente para o autor que essas ações fundamentam-se em um sistema de normatização vigente oriundo dos princípios específicos de uma classe social – a burguesa – que formalmente legitimam toda uma ordem social baseada na propriedade privada e na valorização do individual, sem contar outros determinantes essenciais que não podem ser deixados de lado quando se pretende uma análise crítica do sistema penal-prisional, que é a sua estratificação em gênero, raça e classe. Quando Baratta (2002, p. 176) comenta que as formas de construção da criminalização primária e secundária são direcionadas a fim de “atingir as formas de desvio típicas dos grupos socialmente mais débeis e marginalizados”, não se pode esquecer o fato de que esses grupos possuem gênero, raça e classe social.

Baratta (2002) continua a reflexão que esse processo de criminalização primária e secundária – a seleção de condutas a serem criminalizadas e os sujeitos penalizados – são atravessados pela esfera da classe social, o que justifica a compreensão de que é impossível construir uma análise crítica sobre essa realidade sem apreender os processos históricos e suas incidências na formação da realidade social de um país oriundo de um capitalismo periférico e dependente, que se ergue através do racismo, do patriarcado e de violações de direitos direcionadas especialmente às “classes sociais mais baixas”, conforme já citado anteriormente.

O autor é enfático quando coloca que “o paradigma mais eficaz para a sistematização dos dados da observação é o que assume como variável independente à posição ocupada pelos indivíduos na escala social” (BARATTA, 2002, p. 165). O que evidencia a falácia da neutralidade da Ciência do Direito Penal, mas não apenas, de todas as tecnologias científicas que coexistem a fim de retroalimentar esse nefasto sistema e legitimar um Estado Penal punitivo, pautado pelo controle e estigma social de uma classe muito específica: a classe trabalhadora empobrecida, preta e periférica que se torna o alvo ideal de uma política de repressão, barbárie e violação da existência desses sujeitos.

As maiores chances de ser selecionado para fazer parte da “população criminosa” aparecem, de fato, concentradas nos níveis mais baixos da escala social (subproletariado e grupos marginais). A posição precária no mercado de trabalho (desocupação, subocupação, falta de qualificação profissional) e defeitos de socialização familiar e escolar, que são características dos indivíduos pertencentes aos níveis mais baixos, e que na criminologia positivista e em boa parte da criminologia liberal contemporânea são indicados como as causas da criminalidade, revelam ser, antes, conotações sobre a base das quais o status de criminoso é atribuído. (BARATTA, 2002, p. 165).

Concorda-se com o autor e evidencia-se a crítica no desenvolvimento desse diálogo de que o mais importante – e interessante – ao sistema capitalista, diz respeito a sobre quem se criminaliza e a partir da seleção desses tipos penais, como enfim se criminaliza esses sujeitos que desafiam a dinâmica de opressão-exploração do capital. O autor ainda comenta que “a lei penal não é igual para todos; o status de criminoso é distribuído de modo desigual entre os indivíduos” (BARATTA, 2002, p. 162), portanto, é clara a incidência da lógica burguesa na produção e reprodução desses processos indissocialmente

históricos, político-econômico e sociais, esclarecendo a necessidade da crítica a todas as funções que legitimam essa teia de intensas violências.

Isso posto, não é possível cair na dicotomia de individualizar e compartimentar todas essas questões – do Estado Penal, de quem e como se criminaliza e do modelo social que é a base desse sistema – suscitando a urgência da compreensão das incidências que não apenas atravessam mas legitimam toda essa engrenagem, incluindo o papel da Psicologia e dos demais técnicos que operam o volante dessas máquinas de fazer morrer ou tornar matáveis – como discutido a seguir.

Atuação *psi* nas prisões pode ser resistência?

Conforme atesta Foucault (1993), é perceptível que historicamente as funções que legitimaram a atuação da Psicologia, mas não apenas, de outras ciências na esfera das penas e prisões tratou especificamente de corroborar com o controle e disciplinamento dos corpos sociais de sujeitos ditos enquanto “improdutivos” e “indesejáveis” ao sistema. É dessa forma que são constituídas as formas de legitimação das expressões punitivas e de repressão através de uma falaciosa pretensão da neutralidade científica que, vinculada ao direito penal e a justiça criminal, historicamente corroborou com a personificação da ideia do “criminoso nato”, de figuras midiáticas como a do “*serial killer*” e outras “aberrações monstruosas” como o conceito da “psicopatia”. A Psicologia, sem dúvida alguma, foi uma das principais Ciências a fim de constituir todos esses processos.

Abre-se a questão sobre como se pode pensar a atuação da Psicologia, essa Ciência que historicamente corroborou – e ainda corrobora – com práticas de disciplina e controle, pensando e construindo uma atuação crítica e verdadeiramente implicada com o compromisso ético-político da mudança social essencial para questões tão engessadas como essas. É justamente através dessa dialética, – entre o papel do

psicólogo que historicamente foi colocado a fim de fazer girar essas engrenagens carcerárias, mas também, pensar como os profissionais podem repensar esse posto, – de que se trata assumir essa dinâmica e assim superá-la. Sobre essa questão, Rauter (2007) afirma:

Os psicólogos que atuam em prisões podem estar ameaçados caso não se proponham a reproduzir a engrenagem da instituição carcerária através de sua atuação. Por outro lado, estes profissionais estão colocados num lugar estratégico no sentido de produzir focos de resistência à rede de poder institucional. Mas para isso eles terão que se desprender de suas atribuições formais e formular outros modos de atuação direcionados no sentido oposto ao da mortificação institucional. (RAUTER, 2007, p. 43)

A essas atribuições, podem-se considerar diversas atuações que ainda persistem no fazer da psicologia dentro do contexto prisional e que expressamente ferem a conduta de defesa de direitos colocadas no Código de Ética Profissional, bem como, a própria Lei de Execução Penal (LEP). Isso significa que, mesmo com correntes críticas e ético-políticas que produzem saberes nessa seara, verifica-se a continuidade de ações profissionais dentro do sistema prisional que reproduzem diretamente o movimento das engrenagens carcerárias e funcionam como importantes dispositivos da criminalização, tais como os exames criminológicos, de periculosidade e outros laudos e pareceres psicológicos que servem para a histórica produção de material dito como científico para valer os mecanismos que sustentam a opressão desse sistema.

Ainda que se tenha produzido diversas leis, notas técnicas e demais instruções constitutivas à atuação profissional na busca de superação dessa lógica de violência e controle social além do “dom de vidência” e do “exercício de futurologia” (RAUTER, 2003) produzido pelas ações citadas, essas construções historicamente construídas a respeito

do fazer *psi* nas prisões, na figura do “criminoso nato”, a responsabilização individual, o mito do monstro social e outros jargões psicológicos, psiquiátricos e jurídicos acabam sendo continuamente reproduzidos pelos ideais que os sustentam e que servem como base dessa perversa onda punitiva, mesmo com aparatos legais que justifiquem o contrário. Reitera-se o exposto anteriormente, o que importa a esse sistema de exploração e opressão social *é quem e como se criminaliza*.

Rauter (2007) lembra de que na dinâmica dessas engrenagens carcerárias e na tentativa de superação desta e dos dispositivos da criminalização presentes, a resposta está justamente no interior dessa grande máquina de matar ou tornar matável. Para a autora, apoiando-se em Guattari (1990) a resistência do profissional da Psicologia nas prisões está em deixar de lado o “avental branco” e em suspenso todas as noções pré-concebidas que direcionam ao sujeito questões como as de um “mal individual” a fim de superar essas dinâmicas de criminalização. Para tanto, a autora propõe:

A construção de estratégias de resistência frente à mortificação passará frequentemente pela arte, pelo trabalho com grupos, ou por estratégias de atendimento individual que possam intensificar os processos vitais. Não para apontar a salvação, a expiação de culpas, para se substituir o julgamento externo por um auto-julgamento, ou para propor a vida eterna como compensação para os sofrimentos desse mundo... Seria necessário, para aquele que se propõe a essa tarefa de tratamento, colocar o delito entre parênteses, porque uma vez julgado e condenado, o detento começa a “pagar” sua dívida com a sociedade, como se diz no jargão carcerário. O tratamento não pode ser uma nova situação de julgamento. (RAUTER, 2007, p. 45).

A autora enfatiza que o conceito “tratamento” é colocado de maneira estratégica para corroborar com a “construção de estratégias vitais diante de um horizonte de extermínio.”

(RAUTER, 2007, p. 46). Mas, que profissionais da psicologia estariam construindo essas pontes para uma mudança de perspectiva – e ação prática – de algo que não existe, mas que, pelo contrário, uma atuação crítica e de resistência da Psicologia nas prisões deriva da percepção dessas relações históricas na busca de sua superação, da leitura crítica da conjuntura social e da (não) reprodução destas no interior da prisão.

Na superação da noção arrogante e hierárquica de ser a “voz dos oprimidos” para ser aquele profissional que zela pelos direitos desses sujeitos, resguardando-se através de seu Código de Ética Profissional e atento às mazelas e inúmeras violações no sistema prisional, posicionando-se contrário às mesmas e fazendo valer a defesa intransigente de Direitos Humanos. É no reconhecimento do espaço prisional como reproduzidor das violências capitalistas e na atuação que trabalha para a potencialização da vida, não caindo em visões humanistas e na resistência oriunda da crítica presente a fim de fazer frente a um sistema construído para legitimar a barbárie.

Considerações Finais

É sabido desde Foucault (1993) que a ligação da Psicologia com a prisão se dá em um caráter histórico, mas não apenas, é constantemente atualizada uma vez que serve à manutenção dessa lógica de controle e disciplina social. O nascimento da prisão enquanto instituição vinculada às primeiras formas de capitalismo demonstra claramente o seu papel no processo de reprodução das opressões sociais e a Psicologia, sem dúvida alguma, acabou se tornando um dos principais meios de fazer essa engrenagem girar.

O que se pretende com esse trabalho significou, mais uma vez, problematizar as principais expressões dentro de um debate crítico sobre a atuação da Psicologia nas prisões na busca da superação de ideais positivistas, da noção da periculosidade e do “sujeito criminoso” que ainda persiste de

forma hegemônica, bem como, na problematização do papel da profissão perante uma atuação de “fazedores de laudo” e da reprodução dessas engrenagens carcerárias. É possível pensar em um exercício da psicologia de resistência em um espaço de constantes violações de direitos?

É possível quando se abandona a falaciosa ideia de que a prisão existe para ressocializar os sujeitos. Tomando a crítica radical como lugar de análise, faz-se necessário compreender a instituição da prisão na reprodução da barbárie social de um sistema capitalista pautado nas violências de gênero, raça e classe. Essa constatação é importantíssima a fim de que o discurso da neutralidade, do tratamento e das “falácias res” (BATISTA, 2015) seja questionado, abrindo espaço para uma atuação crítica que assume seu lugar na defesa dos Direitos Humanos a partir da dialética que supere o individual como sintoma e encontre respostas na totalidade, nas relações e processos históricos, assumindo uma postura ética e política de compromisso social com posicionamento contra as mazelas e violências que esse sistema e suas instituições operam, não sendo mais um reprodutor das mesmas, mas sim, um dos atores que denuncia as opressões cotidianas.

Referências

BARATTA, A. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal:** introdução à sociologia do direito penal. 3. ed. Tradução de Juarez Cirino dos Santos. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BATISTA, V.M. **Introdução crítica à criminologia brasileira.** Rio de Janeiro: Revan, 2011.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir:** Nascimento da prisão. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2019.

RAUTER, C. Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 42-47, 2007.

_____. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Coleção Pensamento Criminológico. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

Capítulo 7

Encarceramento Feminino e Maternidade: Narrativas de Egressas do Sistema Prisional de Minas Gerais

Fernanda Mendes Resende²¹

Aline Daiane Pereira²²

Introdução

As mulheres em privação de liberdade, no Brasil, compõem um grupo socialmente marginalizado e violentado historicamente, que vivencia no cárcere a separação, o abandono e a ruptura de relações e vínculos afetivos com seus filhos e familiares. O aumento no número de encarceradas levanta questionamentos sobre as condições sanitárias, psicológicas, físicas e maternas dessas mulheres, que vivenciam cotidianamente a violação de direitos e as desigualdades de gênero (BORGES, 2019).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de junho de 2017, no primeiro semestre daquele ano, 726.354 pessoas viviam em privação de liberdade, de forma que 37.828 mulheres estavam em condições de encarceramento no Brasil, sendo dessas, 342 gestantes e 196 lactantes (BRASIL, 2019).

Por sua vez, no Estado de Minas Gerais, entre janeiro e junho do ano de 2020, a população carcerária totalizava cerca de 62.912 pessoas, sendo, desse total 2.639 mulheres,

21 Psicóloga pela PUC-MG, Mestra em Educação: Conhecimento e Inclusão Social, pela UFMG, Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da USP, Professora Adjunto IV na PUC-MG, Poços de Caldas.

22 Psicóloga pela PUC-MG.

caracterizando-se o segundo estado com maior índice de encarceramento do Brasil (BRASIL, 2020).

Diante desse cenário, o presente capítulo apresenta parte dos resultados da pesquisa de trabalho de conclusão de curso de Psicologia da PUC Minas campus Poços de Caldas, que foi desenvolvida com o objetivo de compreender as experiências da maternidade para mulheres que estiveram em situação de privação de liberdade, visando investigar as vivências e possibilidades do exercício da maternidade dentro do Sistema Prisional através de narrativas de egressas do sistema prisional do Sul de Minas Gerais. Assim, apresentam-se narrativas em relação às vivências nas instituições prisionais, através da reflexão crítica sobre o controle exercido sobre os corpos das mulheres encarceradas, de seus filhos e familiares.

Disciplina e poder: da normatização dos corpos ao afastamento dos filhos

Michel Foucault (1999) contribui para as discussões sobre a estrutura prisional, a vigilância dos indivíduos e o controle sobre os corpos institucionalizados, a partir da manifestação de poder, que permeia todas as relações, e não apenas através da manifestação centralizada e soberana, operando, nesse sentido, de modo entrelaçado exercendo controle e formatando os corpos por meio da domesticação das subjetividades e experiências de vida (FOUCAULT, 1999).

Assim, partindo da importância da reafirmação do compromisso da Psicologia com a realidade brasileira e com os Direitos Humanos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica (GIL, 2008) somada à pesquisa de campo de caráter exploratório (MARCONI; LAKATOS, 2017) sobre o encarceramento feminino e maternidade, com o objetivo de compreender as experiências da maternidade para mulheres que estiveram em situação de privação de liberdade. Realizamos duas entrevistas narrativas com um questionário sociodemográfico, com duas mulheres, mães, com 25 e 26 anos de idade, egressas do sistema prisional

de Minas Gerais, que no período de privação de liberdade já possuíam filhas e filhos.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUC Minas, sob o número de CAEE: 54455821.0.0000.5137 e os nomes nela mencionados tratam-se de nomes fictícios.

Ao buscar a compreensão sobre a rotina no ambiente prisional e suas implicações no cotidiano e manutenção da convivência com as filhas e filhos, foi possível compreender o modo como o aprisionamento de mulheres em unidades prisionais se manifesta através de uma teia de poder e relações que partem do concreto, através das estruturas físicas e normas, e também no plano simbólico, que se manifesta por meio das relações e hierarquias estabelecidas dentro da Unidade. Assim, no que diz respeito ao controle dos corpos no plano físico e normativo, foi evidenciado, através da narrativa de Karolina, a manutenção de rotinas e métodos de tratamento prisional:

Então lá é aquela coisa que você está fechada. [...] Ai de manhã, sete horas, eles pagavam²³ o café da manhã. Que a gente fala pagar, que era o café, o leite e um pão com manteiga. Aí lá pras 11h30, 12h00 vinha o almoço, lá em Andradas ainda dava para comer, era feijão, uma carne, legume, uma salada e sobremesa, às vezes era fruta, às vezes era doce. Aí tinha um café da tarde que eles davam de novo o café da manhã, e de tarde lá pelas cinco e pouco vinha a janta. De manhã são duas horas de sol, aí depois voltava para dentro, porque não tinha o que fazer a não ser dormir.

A descrição do dia-a-dia nas Unidades se conecta com os padrões de poder e dominação que age diretamente sobre os corpos, em uma esfera que corresponde a um campo político, de cerceamento e detenção do corpo (FOUCAULT, 1999), assim, ainda em relação à rotina no ambiente prisional, Tiana

23 Termo utilizado para descrever a entrega da alimentação às detentas.

compartilha as dificuldades em realizar atividades de higiene básica:

Lá é ruim pro banho, porque é gelado demais, ou você toma banho, ou você toma banho, sem banho você não pode ficar, não pode nem sentar no colchão pra você ter uma noção.

Na narrativa de Tiana, é possível compreender que a instituição prisional que se destinaria “funcionando como uma prevenção geral do delito através do princípio da exemplaridade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012), serve-se de políticas de exercício de poder, que utiliza de recursos para a correção dos sujeitos. Nesse sentido, ao mencionar sobre o “banho gelado”, Tiana está narrando para além de um exercício coercitivo sobre os corpos, uma elucidação de comportamentos institucionais que ferem o direito a serviços básicos e a dignidade humana, que se manifestam através de outros níveis instrumentais de punição direta sobre o corpo, conforme salientado por Michel Foucault (1999, p. 15): “se a justiça ainda tiver que manipular e tocar o corpo dos justicáveis, tal se fará à distância, propriamente segundo regras rígidas e visando a um objetivo bem mais elevado”.

Nesse contexto, para além da esfera individual disciplinar e de controle, as instituições prisionais, enquanto uma produção do contexto social, capitalista, patriarcal e punitivista, também desempenham um controle sobre os corpos e relações estabelecidas entre as mulheres em situação de privação de liberdade e suas filhas, filhos e família, através da impossibilidade de contato direto com as filhas e filhos e limitação das visitas, conforme percebido pela narração de Karolina:

Algumas vezes eu pedi permissão pra ver ela, aí uma agente uma vez tirou eu e levou para outra sala, deixou eu ver ela. Das outras vezes teve mais uma, duas ou três vezes que elas

levaram ela até a porta da cela, só que é muito difícil, porque você ver sua filha ali do lado te vendo dentro de uma cela e não poder dar um abraço nela, e ela toda nenenzinha.

Karolina, ao ser presa, teve a guarda de sua filha transferida para sua sogra, que frequentemente visita seu filho, companheiro afetivo de Karolina, levando a filha do casal para visitar o pai que estava na mesma unidade prisional que Karolina. Entretanto, a participante narra a dificuldade de conseguir ver sua filha, em virtude da guarda estar com a sogra, e essa não ser considerada membro de sua família, pois nesse período a relação conjugal de Karolina não era oficializada legalmente. Essa dificuldade apresentada se contrapõe às condições estabelecidas nos marcos legais e postulações desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas, que estabelece que:

No momento do ingresso, deverão ser registrados o número e os dados pessoais dos/as filhos/as das mulheres que ingressam nas prisões. Os registros deverão incluir, sem prejudicar os direitos da mãe, ao menos os nomes das crianças, suas idades e, quando não acompanharem a mãe, sua localização e situação de custódia ou guarda. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016, p. 22).

Para que Karolina tivesse contato com sua filha, fez-se necessária a submissão à hierarquia institucional e aos modos de controle estabelecidos entre os indivíduos inseridos nessa esfera carcerária, de forma que, em seu caráter disciplinar e punitivo, a pena não foi cumprida apenas através da prisão (FOUCAULT, 1999), mas também através do castigo exercido no afeto e nas relações com a filha, por meio da impossibilidade do contato físico e da visita separada pelas grades da prisão, exercendo um controle sobre a relação e os corpos de Karolina e de sua filha, uma criança com menos de dois anos.

Em virtude da experiência do contato com a filha separada pelas grades da prisão e do modo como as visitas nas Unidades prisionais são organizadas e procedidas, Karolina relata que,

durante o período em que esteve presa, não desejava que sua filha fosse visitá-la, para que sua filha não fosse submetida “ao sistema”:

Para mim eu nem queria que ela fosse lá, porque o sistema em si é muito falho, né? Você submeter uma criança de um ano e pouco, quase dois anos à revista do jeito que é, claro que não é como um adulto, né? Mas ela tinha que ficar peladinha pra agente olhar ela e ela não gostava, e aí ela foi poucas vezes.
(KAROLINA)

Essa colocação de Karolina em relação à preferência de ficar sem ver sua filha ao submetê-la à revista íntima, demonstra que o ambiente e as normas prisionais manipulam os corpos das mulheres em privação de liberdade e também de suas famílias e filhas, visto que as mulheres compõem significativamente as filas de visita. O incômodo demonstrado pela participante em relação à revista a que a filha foi submetida, direciona-se, nesse sentido, para compreensão da prática da revista íntima, também denominada, em muitos casos como revista vexatória, enquanto violência e intimidação contra as familiares das pessoas presas, exemplificando a realidade prisional e a forma como as práticas institucionais disciplinares e de controle se manifestam expressivamente sobre os corpos femininos (PASTORAL CARCERÁRIA e outros, 2021).

A revista íntima, nesse sentido, parte de um mecanismo do sistema prisional, que objetiva a segurança e coibição da entrada de drogas e aparelhos eletrônicos, utilizando, a partir desse contexto, práticas humilhantes e invasivas para mulheres, idosas e crianças, como salientado por Karolina. Esse monitoramento ocorre através da obrigatoriedade das visitantes se despirem, ficando nuas e em posições totalmente expostas em meio aos demais familiares e a agentes penitenciárias, a revista se acentua frente às violações e constrangimento, através dos casos em que as visitantes

são obrigadas a agacharem em frente ao espelho, tossirem e abrirem com as mãos suas partes íntimas (SLONGO, 2021).

Esse mecanismo do sistema prisional de controle das visitantes engloba crianças que frequentam as unidades prisionais na tentativa da manutenção e preservação do convívio com suas mães, de forma que, juntamente com suas acompanhantes, são submetidas à “violação de sua integridade física, psíquica e a um tratamento degradante diante da exposição de seus corpos à revista corporal” (SLONGO, 2021, p. 33). Esse tipo de prática sobre os corpos dos filhos, em parte distanciam crianças e adolescentes de suas mães em situação de privação de liberdade e prejudicam o direito de convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2016).

A convivência é um direito tanto da mãe encarcerada quanto de seus/suas filhos/as. Oferecer as condições para sua efetivação – seja pela permanência da criança com sua mãe na unidade prisional, seja pela ampliação das condições de contato e visitação para as crianças que estão abrigadas em instituições extramuros ou com familiares – são obrigações da administração penitenciária, em articulação com os órgãos setoriais responsáveis. (BRASIL, 2016, p. 7).

A impossibilidade do direito de convivência efetivo entre as mães e seus filhos, demonstram o que Slongo (2021) denomina de prisionização secundarizada, uma vez que, as consequências e procedimentos da privação de liberdade enquanto cumprimento de pena repercute para além da condenação do delito por aquela que o cometeu, inserindo assim suas filhas e familiares na cultura prisional.

Controle dos corpos femininos: reflexos nas vivências pós encarceramento

As narrativas de Karolina e Tiana em relação ao ambiente prisional nos fazem refletir sobre as vivências pós encarceramento e as consequências do ambiente prisional no processo de readaptação ao ambiente social fora dos muros

da prisão. Conforme Lane (2001), todos os indivíduos são constituídos, através das experiências produzidas, através da coletividade, e das construções histórico-sociais e ideológicas, do meio social em que estão inseridos. Nesse contexto, a passagem em Unidades prisionais, ainda que seja uma experiência vivenciada no passado das participantes, podem permear as relações sociais a serem estabelecidas e o modo de se colocarem no mundo (LANE, 2001).

Partindo da compreensão sobre as experiências das participantes ao saírem da prisão, nas vivências pós encarceramento, Karolina menciona sobre o modo como as normas e modelos de condutas prisionais atravessam o seu modo de se colocar no mundo:

Ai menina, quando eu cheguei aqui em casa eu vou falar para você os outros me chamava e eu falava o meu infopen²⁴, porque lá tem os baticela né, aí as pessoas falam o nosso nome cedo, os agentes iam lá na cela, falava o nosso nome e aí a gente tem que responder o infopen, eu andava de procedimento na rua, de cabeça baixa e mão para trás, é eu estranhei até o banho quente.

Assim, a colocação de Karolina explana o modo como os mecanismos das instituições prisionais estão presentes mesmo após a saída da prisão, desempenhando um papel ativo no controle social e normativo sobre as mulheres ex-presidiárias e, conseqüentemente, sobre seus filhos, uma vez que as dinâmicas prisionais produzem corpos domesticados, que carregam em si marcas psicológicas e de condutas como o “andar de procedimento na rua”. Assim, percebe-se o alcance imediato e posterior ao encarceramento, por meio de um investimento de dominação e poder, enquanto uma estratégia de domesticação (FOUCAULT, 1999).

24 Infopen: número individual que cada pessoa presa recebe ao adentrar nas Unidades prisionais, utilizada como uma forma de controle da população carcerária.

Rede de apoio à mulher privada de liberdade e a manutenção dos laços afetivos

De acordo com as Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016), as mulheres em situação de privação de liberdade possuem o direito à garantia da manutenção dos vínculos com a família e filhos, além do contato com o mundo exterior, de modo que evidencia:

Regra 26: Será incentivado e facilitado por todos os meios razoáveis o contato das mulheres presas com seus familiares, incluindo seus filhos/as, quem detém a guarda de seus filhos/as e seus representantes legais. Quando possível, serão adotadas medidas para amenizar os problemas das mulheres presas em instituições distantes de seus locais de residência. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016, p. 28)

Entretanto, ainda que postulados modos de tratamento às mulheres presas, há uma dicotomia entre postulações e vivências reais, uma vez que a passagem pelas Unidades prisionais, compreendidas por uma perspectiva de gênero, elucidam vulnerabilidades, solidão e distanciamento das mulheres com seus vínculos familiares (JULIÃO, 2016). Nesse cenário, Karolina e Tiana narraram sobre suas relações com a família, demonstrando um fator em comum entre suas histórias: a frequência das visitas marcadas pela figura feminina.

Quando eu fui pela primeira vez [...] eu chorava tanto, mais tanto, aquele tanto de gente [...] eu ficava torcendo pra minha mãe, tadinha da senhora Marlene, direto e reto, eu mandava bilhetinho para a senhora Marlene, para ela ligar pra minha mãe, eu ficava torcendo pra ela (mãe) me visitar, tadinha. E eles sempre me ajudaram, foram nas visitas, nunca faltou uma visita minha, tanto aqui como em Guaxupé, então eles sempre me ajudaram. (TIANA)

Minha mãe, ela sempre ia em todas. (KAROLINA)

As falas de Tiana e Karolina corroboram as singularidades compreendidas em relação ao encarceramento feminino que evidenciam as desigualdades de gênero, que passa despercebida quando analisado o encarceramento em uma perspectiva geral, uma vez que homens encarcerados normalmente recebem o apoio externo de mulheres, sendo essas suas mães, esposas e irmãs, enquanto mulheres em situação de privação de liberdade enfrentam o distanciamento dos filhos, a dificuldade de manutenção das relações com a família e o preconceito e exclusão do meio social, uma vez que após o crime, são consideradas desviantes das normas sociais e do papel feminino imposto socialmente (FREITAS; SALES, 2021).

Nesse cenário, é compreendido que, mesmo que com afirmações sobre a importância do convívio da mulher presa com a família e filhos, as instituições prisionais fragilizam a manutenção dos laços extramuros, uma vez que, para além do recebimento de poucas visitas que sempre se mostram centralizadas na figura feminina, as participantes salientaram sobre a dificuldade no contato com os filhos.

Quando eu fui pela primeira vez, na verdade eu já tinha os dois, o Rodrigo tava com um e oito e o Caetano tava com oito meses na primeira vez [...] Na época não podia levar as crianças, mas depois que liberou ela levava, levava mais o Rodrigo, porque o Caetano não era muito a vontade, ele não tinha aquele contato comigo, o meu filho mais novo não teve aquele contato, aquele contato todo. (TIANA)

Assim, nessa colocação de Tiana, é importante evidenciar que a dificuldade de manutenção do convívio com os filhos e família se caracteriza em decorrência de problemáticas de cunho institucional, jurídico, familiar e socioeconômico, uma vez que as Unidades prisionais não facilitam o acesso

dos filhos e familiares para a manutenção do convívio social, sendo estas frequentemente distantes das moradias das famílias, elucidando, nesse contexto, além das dificuldades para entrada nos presídios, a dificuldade para a locomoção até as Unidades prisionais, uma vez que geralmente tratam-se de famílias empobrecidas e que cada viagem demanda gastos unitários, por cada familiar que se desloque até as instituições (FREITAS; SALES, 2021).

Além do mais, considerando as fragilidades nas relações extramuros, é possível compreender que, juntamente com o distanciamento dos filhos e família, mulheres em situação de encarceramento também são privadas das relações afetivas e sexuais com seus companheiros e/ou companheiras, conforme narrado por Karolina:

Eu casei eu tava presa lá em Andradas, eu e ele. Aí o agente falou assim, “você vão tirar duas visitas junto e eu vou mandar um de bonde”²⁵, eu pensei que ele estava brincando, né? Eu falei para ele “nossa, brinca não, agora que eu vou conseguir ver minha filha e meu marido?”. Então em uma semana eu tirei visita com ele, no sábado minha sogra foi embora era 11 horas e ele já trançou nós, não deixou nem tirar o resto do tempo da visita junto (com o marido). (KAROLINA)

Essa experiência evidenciada por Karolina diz respeito sobre questões referentes à manutenção das redes de apoio e relacionamentos, bem como sobre a saúde sexual das mulheres, de modo que, nesse contexto a solidão afetiva-sexual de mulheres em privação de liberdade, vai além do abandono do companheiro após a prisão, ocasionada por desigualdades de gênero e da sociedade patriarcal, mas também pelas dificuldades da manutenção do contato com o companheiro, conforme elucidada por Diuana *et al.* (2016, p. 5):

25 Mandar um de bonde: Gíria utilizada para se referir a transferência para outra Unidade prisional.

Ao abandono da mulher presa pelo companheiro, resultante das desigualdades de gênero presentes na sociedade, somam-se inúmeros outros fatores que dificultam o acesso a este direito como: a revista do(a) companheiro(a) ao entrar na unidade, as precárias condições dos espaços destinados aos encontros íntimos, a limitação da frequência e duração dos encontros, a necessidade de comprovação de vínculo conjugal anterior à prisão, a exigência de exames médicos para o casal e dificuldades impostas, ou mesmo a proibição, para a visita íntima entre presos (ainda que se saiba que, em muitos casos, seus companheiros também estão presos).

Nesse contexto, a dificuldade de contato elucidada a forma como recai sobre as famílias a responsabilidade de contato com as mulheres presas, e como as mães dessas mulheres em situação de privação de liberdade desempenham papel essencial no cuidado dos familiares e na assistência às suas filhas, fortalecendo a relação, amparando o sofrimento e provendo cuidados físicos, íntimos e emocionais, como compartilhado por Karolina e Tiana:

Eu graças a Deus tive minha família do meu lado que em nenhum momento me abandonou, mas muita gente não tem ninguém e é a coisa mais triste do mundo. A realidade com a gente sendo mulher sim é muito difícil, é um absorvente que lá dentro que muitas vezes não tem, um shampoo pra você lavar o cabelo, um desodorante pra você passar, o Estado também já não dá muito importância, é o básico do básico e se não tiver a família aqui fora a pessoa sofre bastante mesmo. (KAROLINA)

Lá é muita falta da família, ali você sente tudo, sente dor da saudade, por isso ali chama a rua da saudade, sente falta da mãe, sente falta de um amigo [...] ali você sente falta, então quando chega a chorona²⁶ todo mundo chora. E quando chega no dia de visitas, é um dia tão importante da vida da gente,

26 Chorona: nomenclatura utilizada para se referir às cartas recebidas de familiares e amigas.

parece que é último momento de vida e a hora que vai embora, é a hora que a gente quer que a família da gente fica ali, quer que fica perto, próximo, quer abraçar e não deixar eles irem embora, é uma experiência muito, muito, mas muito ruim.
(**TIANA**)

Assim, proporcionar a manutenção do convívio entre mulheres presas e suas filhas, famílias e companheiros é uma ação necessária para a garantia da efetivação das Políticas Públicas, legislações e Tratados nacionais e internacionais, através da reafirmação dos Direitos Humanos e da garantia de cidadania, de modo a auxiliar no processo de enfrentamento das vivências no ambiente prisional e possibilitar a manutenção do contato com indivíduos fora dos muros da prisão, sendo um facilitador para a ressocialização, a reinserção no mercado de trabalho e a continuidade do convívio e das relações familiares e conjugais/afetivas (FREITAS; SALES, 2021).

Considerações Finais

Através das experiências das duas participantes da pesquisa em relação às vivências no sistema prisional e suas relações com suas filhas e seus filhos, foi possível compreender que o encarceramento de mulheres mães impacta diretamente nas vivências da maternidade, uma vez que, durante a prisão, essas jovens mulheres sofreram pelo estreitamento de laços afetivos e familiares em virtude das dificuldades das famílias na locomoção até as Unidades prisionais e também das normas e regras do sistema prisional que submetem suas filhas e seus filhos à revista íntima e processos constrangedores que violam a intimidade e dignidade de suas familiares, sendo uma barreira na manutenção do contato efetivo das mães com suas filhas e seus filhos, uma vez que foi perceptível nas narrativas a escolha de não ter contato com suas filhas a fim de não submetê-las aos procedimentos das instituições prisionais.

Assim, conforme narrado pelas participantes, as vivências nos presídios interferem diretamente no processo de

subjetivação, visto que normas e exercício de poder e controle sobre essas mulheres em privação de liberdade moldam as formas como essas se colocam em suas redes de contato social, servindo essas instituições, nesse sentido, como um modo de manutenção ideológica e de controle sobre os corpos e as relações que este estabelece.

Referências

BORGES, Juliana; RIBEIRO, Djamila (coord.). **Encarceramento em Massa**. 1. ed. São Paulo: Jandaíra, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) no sistema prisional. Brasília: CFP, 2012.

BRASIL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Atualização Junho de 2017. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Relatórios Análíticos Infopen, 2020. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/minas-gerais>. Acesso em: 02 mar. 2021.

CONSELHO Nacional de Justiça. Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdc397c32eecd40afbb74.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

DIUANA, Vilma *et al.* Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação

da realidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v.21, n.7, p.2041-2050. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>. Acesso em: 10 out. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. 27. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

FREITAS, Nikaelly Lopes de; SALES, Celecina de Maria Veras. A revista vexatória e o abandono afetivo e familiar às mulheres encarceradas. *In*: BRASIL. Ministério Público Federal. Revista vexatória e violência de gênero: desafios à proteção de direitos humanos no acesso de visitantes a Unidades prisionais e na permanência destes nessas Unidades. Brasília: MPF, 2021, cap. 5, p.75-103.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

JULIÃO, Elionaldo Fernandes. Dossiê sobre as Políticas de Encarceramento de Mulheres no Brasil. *In*: MATOS, Carmen Lúcia Guimarães de *et al.* (orgs.). **Mulheres Privadas de Liberdade**: vulnerabilidades, desigualdades, disparidades socioeducacionais e suas intersecções de gênero e pobreza. 1. ed. Jundiaí: Paco Editorial, 2016, cap.2, p.47-64.

LANE, Silvia Tatiana Maurer. Linguagem, pensamento e representações sociais. *In*: _____. **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2001, cap.3, p. 32-39.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017

PASTORAL CARCERÁRIA e outros. **Revista Vexatória**: uma prática constante [online]. Disponível em: <https://iddd.org.br/revista-vexatoria-uma-pratica-constante/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SLONGO, Eloisa. Fronteiras da prisão: as relações de poder, gênero e violência na prática da revista íntima. *In*: BRASIL. Ministério Público Federal. **Revista vexatória e violência de gênero**: desafios à proteção de direitos humanos no acesso de visitantes a Unidades prisionais e na permanência destes nessas Unidades. Brasília: MPF, 2021, cap. 2, p.26-43.

Capítulo 8

Problematizações da Institucionalização: entre a hanseníase, a rua e as drogas

Caroline de Souza²⁷

Pedro Pulzatto Peruzzo²⁸

Roberta Carvalho Romagnol²⁹

Introdução

Esse texto se inicia com reflexões acerca do curtametragem *Filhos Separados pela Injustiça* (CAMPOS; FLORES, 2017) que nos traz um recorte da precarização de vidas atravessadas pela hanseníase, desvelando os efeitos da política desenvolvida em nosso país que, embora focada em uma doença passível de tratamento desde a década de 1940, isolou essas pessoas do convívio social, promovendo a separação de seus filhos até 1986, mesmo essa prática tendo sido impedida a partir de 1968. O filme conta uma história que não está nos livros, mas que faz parte do cotidiano das pessoas, e que aparece como o maior caso de alienação parental feita pelo Brasil contra essas famílias, como colocado pelo documentário.

27 Mestre em Psicologia (PUC-MG), Doutoranda em Psicologia (PUC-MG), Pesquisadora pela FAPEMIG. Atuante na Política de Assistência Social do município de Poços de Caldas - MG. Conselheira da Comissão do SUAS do CRP MG. E-mail :carolinedesouzapsi@yahoo.com.br .

28 Doutor em Direito (USP) e membro do corpo docente permanente do Mestrado em Direito da PUC-Campinas, advogado voluntário do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), exercendo representação da entidade junto Conselho Nacional de Direitos Humanos. E-mail : pedro.peruzzo@puc-campinas.edu.br .

29 Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), Professora Adjunto IV da PUC-MG. Pesquisadora junto ao CNPq e Fapemig. E-mail: robertaroma1@gmail.com .

A hanseníase e as lesões permanentes que a acompanham suscitam preconceitos e práticas sociais que atingem e vitimam os pacientes. Estigma que existe desde os tempos bíblicos, em que a doença era vista como um castigo divino e como uma impureza, correspondendo a uma marca ou símbolo que colocam seus portadores em afastamento social. De acordo com Silveira, Coelho, Rodrigues, Soares e Camillo (2014) esse estigma permanece até hoje e está enraizado em nossa cultura, sustentando sentimentos de medo, rejeição e exclusão social, pois como examinado no filme, os pais com hanseníase não podiam criar seus filhos e também não foram reabilitados, o que deixou milhares de pessoas com perdas permanentes dessa interação com as barreiras sociais, que configuram deficiência (PERUZZO; FLORES, 2021). É preciso destacar que nesse contexto, milhares de pessoas foram vítimas de graves violações a Direitos Humanos em uma política violenta disfarçada de Política Pública de Saúde, fazendo parte da História de nosso país (PERUZZO *et al.*, 2022).

Durante os anos de 1923 a 1986, e com fundamento no Decreto n.16.300 (1923) e na Lei n.610 (1949), o Estado brasileiro implementou uma Política Pública “de saúde” pautada no isolamento compulsório de pessoas acometidas pela hanseníase. O Decreto n.16.300 (1923), que aprovava o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, criou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e também os hospitais de isolamento da lepra (Artigo 128, XIV). Antes disso, o Decreto n.5.156 (1904) previa a notificação compulsória da “lepra” (Artigo 145), porém o isolamento era domiciliar (Artigo 154).

A Lei n.610 (1949), que intensificou a política e permitiu expressamente a separação de pais e filhos e o isolamento compulsório em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, de doentes que não podiam obter os recursos necessários à própria subsistência ou que eram portadores de “estigmas impressionantes de lepra”, foi revogada pela Lei n.5.511 (1968), que previa regras gerais sobre Campanhas de Saúde Pública.

Em 1976, foi publicada a Portaria n.165 do Ministério da Saúde, que garantiu o oferecimento de mecanismos para diagnóstico e tratamento adequados em serviços públicos de saúde e não mais em leprosários. Além disso, essa portaria estabeleceu como objetivo “ [...] eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente”. Ainda, foi em tal dispositivo, em seu item 1.1.1 que foi abolido o termo “lepra”, a fim de assegurar a inclusão do doente na sociedade. Apesar da revogação, os isolamentos compulsórios e a separação de pais e filhos permaneceram sendo praticados como política pública para a hanseníase.

A Lei n.11.520 (2007), que dispôs sobre a concessão de pensão especial às aproximadamente 10.000 pessoas atingidas pela hanseníase submetidas a isolamento e internação compulsórios e que estavam vivas na data da promulgação da Lei, considerou a data de 31 de dezembro de 1986 como marco final dessa política. O Artigo 1º dessa Lei determina o seguinte:

Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986, que a requererem, a título de indenização especial, correspondente a R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais). (BRASIL. LEI n.11.520, 2007).

Considerando o Decreto n.16.300 (1923) e a Lei n.11.520 (2007), o presente artigo terá como objetivo avaliar como os isolamentos e internações compulsórias e a separação de pais e filhos em razão da hanseníase (aproximadamente 16.000 filhos vivos atualmente no país) entre 31 de dezembro de 1923 a 31 de dezembro de 1986, no Brasil, podem contribuir para pensarmos a política de acolhimento institucional de pessoas em situação de rua e uso crônico de drogas sem repetir as

graves violações a Direitos Humanos do passado recente do país.

Essa reflexão se justifica diante das propostas recentes, especialmente constantes na Nota Técnica n.11 (2019), emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de internação compulsória de crianças em unidades psiquiátricas, da retomada do uso de eletrochoque (eletroconvulsoterapia) e da separação de pais e filhos em razão de uso de drogas ou de vida em situação de rua³⁰. As violações graves a Direitos Humanos que durante todo o século XX se justificaram com base no argumento de “guerra contra a lepra”, tem se repetido no século XXI sob o argumento de guerra contra as drogas, traduzindo o estigma, o preconceito e a negligência do Estado brasileiro em relação aos compromissos constitucionais e internacionais assumidos em relação aos Direitos mais básicos dos seres humanos.

Nesse contexto, o curtametragem nos convoca a pensar o quanto a desproteção à infância e adolescência eram deflagradas em décadas passadas e também o quanto as famílias em situação de vulnerabilidade eram desprezadas em seu cuidado e em suas possíveis formas de proteção. Sabemos que muitos avanços foram conquistados através das lutas sociais e políticas, fazendo exercer o que a Constituição Brasileira afirma: é dever da família (em primeira instância), da sociedade e do Estado assegurar os direitos previstos em Lei aos seus cidadãos (BRASIL, 1988). Assim, podemos compreender que o Estado, deve garantir aos seus cidadãos, provimentos suficientes de acesso à Saúde, Educação, esporte, lazer, Cultura, dentre outras, a proteção. Esta afiançada na Política Nacional de Assistência Social.

30 Consultar em: <https://www.geledes.org.br/separar-as-criancas-de-suas-maes-em-situacao-de-rua-nao-resolve-so-fara-com-que-nao-as-vejamos-nas-ruas-uma-situacao-que-incomoda>.

A Assistência Social e o acolhimento institucional

É importante apontar que a Assistência Social é uma política recente no Brasil, compondo a Política de Seguridade Social e tendo como marco legal a Constituição de 1988, a regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) no ano de 1993 e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004. A PNAS apresenta a materialidade do conteúdo da Assistência Social e da LOAS, criando uma nova configuração para a Assistência Social, incluída no sistema de bem-estar social, compondo o tripé da Seguridade Social, com a Previdência e a Saúde (BRASIL, 2004).

A partir da PNAS foi implantado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), inserido em 2005 em todo o território nacional, estabelecendo duas formas de proteção social, a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE), com diferentes níveis de proteção, serviços e programas. A PSB trabalha com a promoção social e a prevenção, na tentativa de diminuir os riscos sociais e vulnerabilidades, e, nesse contexto, os serviços dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) são as portas de entrada destas famílias e indivíduos, pois são unidades públicas estatais de base territorial. Por outro lado, a Proteção Social Especial tem a premissa de oferecer serviços e programas ao indivíduo ou a família em iminência ou que já se encontra em situação de violação de direito. É nesta esfera que o Estado poderá garantir a proteção integral. Desse modo, podemos afirmar que:

Efetivamente, as responsabilidades e competências para a operacionalização da assistência – tais como os níveis e instrumentos de gestão, critérios de partilha e transferência de recursos, proteções a serem ofertadas – são divididas entre as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, possibilitando a implementação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Portanto, a PNAS/SUAS constitui uma rede de proteção social extensiva a todo território nacional. (SERVA; VIRGÍNIA; CAVALCANTE, 2015, p. 429).

Nesse sentido, podemos comparar a violação estatal referente aos filhos dos pais que tinham a hanseníase aos processos contemporâneos de violação de Direitos, especificamente o caso do acolhimento institucional de bebês, filhas(os) de mães usuárias de drogas e em situação de rua. Isso tem ocorrido em alguns locais do país, especialmente no Estado do Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo.

Um estudo de Rosato (2017) revela tais violações, a partir de uma notificação recomendatória no Espírito Santo expedida pela Promotoria da Infância e Juventude às maternidades e hospitais públicos e privados da cidade, no ano de 2010. Neste documento, recomenda-se:

- 1 – adotar as providências necessárias para impedir que no estabelecimento hospitalar que dirige ocorra a entrega de recém nascidos para genitora que apresentar qualquer indício de dependência química;
- 2 – comunicar todos os casos em que a parturiente apresentar sintomas de dependência química incontinente ao Conselho Tutelar do município, e a esta Promotoria de Justiça da Infância e Juventude;
- 3 – quando de alta médica de recém-nascido cuja genitora seja dependente química autorizar sua saída para acolhimento institucional, sob responsabilidade do Conselho Tutelar de Vitória ao qual será entregue a 2ª Via da Declaração de Nascido Vivo (LOPES citado por ROSATO, 2017, p. 1).

Para a autora, essas recomendações explicitam o caráter violador dos Direitos, e discriminatório, quando informa aos órgãos de Saúde que não entreguem os bebês às mães que apresentem “qualquer indício de dependência química”. Pedindo ao mesmo tempo que todos os casos dessa ordem sejam informados ao Ministério Público e Conselho Tutelar. Essa nota permaneceu até novembro de 2012 quando houve um questionamento desta prática por uma mãe. Apesar da suspensão do documento, na prática as separações

compulsórias permanecem acontecendo. Já na capital mineira, o Ministério Público de Belo Horizonte emitiu as recomendações n.5, de 16 de junho, e n.6, de 6 de agosto de 2014, com o mesmo sentido, apontando que profissionais de Saúde informassem à Vara da Infância e Juventude os casos de gestantes que sejam usuárias de drogas. Em 2018, houve a revogação desta Portaria n.3 (2016) da Vara Cível da Infância e Juventude, o que favoreceu uma baixa no número de acolhimentos compulsórios de filhos de usuárias de drogas. Segundo a Assembleia Legislativa de Minas Gerais (2018), quando a portaria estava em vigor houve um aumento dos casos encaminhados para o acolhimento institucional, e antes da Portaria nenhum acolhimento institucional foi motivado pelo fato de a mãe ser usuária de drogas.

Nesses dois casos, as mães vulneráveis perderam a guarda de seus bebês, deflagrando nos Serviços uma necessidade de amparo a essas mães que querem permanecer com suas crianças e solicitam isso a partir do vínculo que têm com os técnicos. Essas normativas, segundo Rosato (2017) revelam o caráter contraditório do acolhimento institucional de bebês, tornando-o compulsório, já que o Direito das mulheres de ficarem com seus filhos tem sido violado. No documentário em questão, os relatos dos filhos separados de seus pais quase sempre trazem histórias de tortura, abuso sexual, analfabetismo, abandono e traumas psíquicos (CAMPOS; FLORES, 2017).

Na verdade, os casos precisam ser analisados individualmente e, deve-se investigar se algum membro da família natural ou extensa tem possibilidade de ficar com a criança, segundo preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 39, Parágrafo Primeiro, sendo explicitado o desejo da mãe em não ficar com seu filho, antes de encaminhá-lo para acolhimento institucional (LEI n.8069, 1990). E mesmo no acolhimento institucional, os casos buscam a reintegração com a família, primeiro a de origem e

depois a considerada extensiva (tios, avós e outros parentes), assegurando, com isso, o convívio familiar e comunitário.

Versando sobre as Políticas Públicas asseguradas à infância e adolescência temos um importante marco, o ECA, que norteia ações de profissionais e atuantes nesta área. Muitos são os avanços dos Direitos previstos neste documento, mas ainda há muito a caminhar, pois o desconhecimento da Lei, por leituras simplistas e equivocadas colocam a criança e o adolescente à grandes violações de Direitos. Cabe reflexões constantes e leituras pautadas em orientações, normativas para que nosso trabalho seja salvo de proposições inconsistentes e que não partam de intuições ou orientações pautadas em valores que desconsideram as orientações normativas de caráter geral.

O ECA prevê em seu Artigo 98, que o acolhimento ocorra como medida de proteção sempre que crianças e adolescentes tiverem seus Direitos ameaçados ou violados, seja por ação ou omissão da sociedade ou Estado, ou, ainda, por falta, ameaça, abuso dos pais/responsáveis, ou devido à conduta destes (Lei n.8069, 1990). Ainda de acordo com a nova Lei de Adoção (Lei n.13.509, 2017), o Artigo 101, declara que o acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta (Lei n.8069, 1990). A Lei prevê a convivência familiar como prioridade, indicando que a colocação em Serviços de acolhimento só deve ocorrer como última medida, depois de esgotadas todas as possibilidades de reinserção na família de origem ou de colocação em família substituta. Essas disposições são repetidas na Convenção sobre os Direitos da Criança, em especial os Artigos 20 e 21, promulgada no Brasil pelo Decreto n.99.710 (1990), e na Convenção Americana de Direitos Humanos, em especial no Artigo 19, promulgada pelo Decreto n.678 (BRASIL, 1992).

Vale destacar também a situação de pessoas dupla ou triplamente vulneráveis, com as mulheres negras e pobres,

cuja realidade anuncia o conceito de interseccionalidade³¹, e as pessoas com deficiência. Esse conceito considera que “gênero” e “raça” atuam em articulação, visando a produção de hierarquias e de desigualdades. Assim, e, somando diversas vulnerabilidades. Em razão das dificuldades e problemas estruturais da política de acolhimento, pessoas migrantes ou refugiados, grupos raciais, mulheres, meninas e as pessoas com deficiência (PERUZZO; LOPES, 2019), sofrem de forma ainda mais grave as violações perpetradas nesses sistemas.

A excepcionalidade do acolhimento não se deve apenas ao fato do convívio familiar ser sempre a prioridade e o bem maior a ser preservado, mas também ao fato de o Estado e a sociedade não terem dado evidências de que conseguiriam se desincumbir com mais eficiência do que o seio familiar das tarefas de promoção e garantia de Direitos fundamentais da criança e ao adolescente. Exemplo evidente disso é a ausência de política de apoio aos adolescentes que completam 18 anos em casas de acolhimento e, em razão da idade, são colocados na rua sem nenhum amparo educacional ou de empregabilidade, mesmo o Artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) considerar dever do Estado, da sociedade e da família, assegurar amparo integral também ao jovem que, nos termos do Estatuto da Juventude (LEI n.12.852, 2013), é a pessoa entre 15 e 29 anos.

Sabe-se que ao longo da História da humanidade, a família, desempenha um papel significativo na proteção social nas diferentes sociedades, nas suas mais diversas configurações, em seus diferentes períodos sociohistóricos, especialmente na modernidade, que instituiu a família nuclear burguesa (FURLAN; SOUZA, 2014). Essa função protetiva da família também deve estar assegurada a alianças afiançadas junto as políticas públicas, pois o ordenamento jurídico, ao mesmo

31 A noção de *interseccionalidade* consta do Relatório 28/2009 do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial da ONU.

tempo em que afirma o direito à família, afirma o dever do Estado e da sociedade em relação ao cuidado da criança, do adolescente, do jovem e da própria família.

O papel do Estado, portanto, diz respeito às condições que garantem a redução da vulnerabilidade e do risco social, na medida em que tais condições impactam diretamente o cotidiano da vida familiar, repercutindo em situações de vulnerabilidade e risco às crianças e adolescentes que estão sob seus cuidados.

Os textos normativos e legais reconhecem que os laços familiares e a afetividade garantida na família são de fundamental importância para o desenvolvimento, proteção e socialização das crianças e adolescentes. Assim, visam garantir o Direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária. O SUAS, traz em sua base, a centralidade da família, esta concepção aponta que todas as outras necessidades e públicos da Assistência Social estão, de alguma maneira, vinculados à família, quer seja no momento de utilização dos programas, projetos e serviços da Assistência, quer seja, no início do ciclo que gera a necessidade do indivíduo vir a ser alvo da atenção da política. “A família é núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social e espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias dos indivíduos” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009, p. 12).

Neste contexto, nos propomos a refletir acerca da centralidade da família e do cuidado, problematizando as relações de poder que gerem essas ações no cotidiano dos Serviços da política de Assistência Social.

Famílias, normalização e cuidado: o uso de drogas e o poder sobre as vidas

Embora a política de Assistência Social traga a centralidade da família, este ainda é um grupo com o qual as equipes têm

dificuldade de atuar, pois revelam suas leituras simplistas e moralistas às novas configurações familiares, incluindo as famílias pobres. Dotados muitas vezes de preconceitos e tomados por modelos ideais de família, os profissionais que trabalham com este público julgam seus modos de cuidado e proteção, mas obviamente elas fazem o que é possível. Sabemos que a família contemporânea possui os seus mais diversos arranjos, observamos, segundo Furlan e Sousa (2014), que a partir do século XX, muitas foram as mudanças na instituição familiar e na vida do cotidiano doméstico, como a escolha do parceiro pelos cônjuges, diminuição no número de membros, a valorização da afetividade entre os pais e filhos, o ingresso da mulher no mercado de trabalho e na universidade, a inserção dos filhos no mercado de trabalho, o aumento de divórcios, os casais homoafetivos, para citar alguns exemplos do que vem ocorrendo na família. Nessa direção, uma série de teóricos tecem considerações sobre o grupo que é a família:

Lasch (1991) e Reich (2001), a entendem como uma instituição social, que se configura como um instrumento de socialização criado pelo próprio homem com a função de organizar suas relações interpessoais. De acordo com Lasch (1991), a família é a principal fonte de socialização do indivíduo ao ensinar-lhe quais os padrões e normas culturais que devem ser internalizados e reproduzidos em suas relações sociais. Reis (1984) destaca que a família possui duas funções importantes na estrutura social: uma econômica, no que se refere à reprodução de mão-de-obra, e outra ideológica, no que se refere à reprodução da ideologia dominante. (FURLAN; SOUSA, 2014, p. 501).

Para os autores, a instituição familiar apresenta fortes resistências à mudança, mas ela sofre um processo de transformação assim como toda instituição social. A família ao longo da História da humanidade, ela se apresenta nas suas mais diversas configurações, sempre desempenhando

um papel significativo na proteção social em seus diferentes períodos sociohistóricos e nas distintas sociedades.

Atualmente os níveis de pobreza e violência aumentaram e, precisamos entender que as famílias pobres não precisam de assistencialismo e sim, de investimentos em suas potencialidades e de serem asseguradas em seus Direitos. Cabe aos atuantes nas áreas de trabalho com famílias dar voz às mesmas e fazer com que elas consigam de fato se empoderarem em suas habilidades e potências, não descartando o que é de fato competência do Estado. Os profissionais que acompanham as famílias que possuem seus Direitos violados, que não acessam espaços e programas, necessitam problematizarem suas atuações, militando sobre a compreensão frente às situações de vulnerabilidade e sobre ser sujeito. Posturas que não são fáceis de serem sustentadas em um país que historicamente, antes da promulgação do ECA, nos códigos de menores de 1927 e de 1979, já retirava os “delinquentes e desvalidos” de suas famílias, culpabilizadas pelas condições de vida de seus filhos, tachadas de incapazes e desinteressadas (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Todos esses tensionamentos nos levam a pensar nas relações de poder que perpassam as intervenções sejam com os portadores de hanseníase, seja com as mães usuárias de *crack*, seja com as famílias pobres. As atuações que operam para a retirada dos filhos dessas famílias, denotam o caráter biopolítico dessas práticas. Assim, dialogando com Foucault (2002), o filósofo das relações de poder no cotidiano, ele nos fornece o caminho provisório para refletirmos sobre a produção de um discurso que possibilitou a captura dessas crianças. Esse trajeto se faz sustentado pela teorização desse pensador acerca da emergência do poder de normalização. Com o advento da Ciência, emerge também a norma, ideias construídas às quais se concede o *status* de verdade e a partir das quais se avalia e se julga os comportamentos e mesmo, as pessoas, que são estimuladas a moldar e a fabricar suas

vidas, a partir dessa referência que define o que é normal ou patológico (FOUCAULT, 1999). Poder de normalização que se instala não somente apoiado em uma só instituição, mas pela trama de diversas instituições, estendendo sua soberania sobre essas famílias, classificando os portadores de hanseníase como incapazes, doentes e diferentes dos indivíduos normais, as mães drogadas como incompetentes e as famílias como insensíveis. Essa postura emerge na captura desses casos em veredictos desqualificativos mantidos por várias instituições: a Saúde Pública, o Estado, o Direito, dentre outras. Até que ponto também exercemos esse poder de normalização sobre nós mesmos e sobre os outros? Nos cercando de certezas e julgando de forma pejorativa o que é diferente? Nessa direção, entendemos que

[...] os julgamentos e avaliações precipitadas podem predominar em nome de uma expertise apriorística. As palavras de ordem recorrentes podem ser: fulano não tem “perfil” para determinado serviço, seja o ambulatório ou o CAPS, fulano “não adere” ao tratamento, ou “não aceita as propostas da equipe” (FIGUEIREDO, 2010, p. 14).

São recorrentes as posturas citadas acima, muitos profissionais isolam o saber das famílias, retiram o Direito das mesmas sobre a leitura de sua própria organização. É necessário como descreve Figueiredo (2010) fazer circular o saber que advém das famílias e não apenas do profissional, deve-se proceder na construção do caso que se dá com elementos fornecidos pela própria família ou indivíduo em questão. Tarefa difícil quando além dos julgamentos, os olhares dos profissionais não estão voltados para o trabalho em rede.

Cada caso é único e não há possibilidades de controlarmos o movimento das famílias, que é dinâmico. “Temos que insistir em continuar trabalhando sobre os efeitos de nossas ações para ratificar ou retificar nossas condutas e não podemos abrir mão de seguir o ‘estilo’ do sujeito, suas produções sintomáticas e as

consequências de suas escolhas” (FIGUEIREDO, 2010, p. 16). Assim, entendemos que profissionais precisam problematizar e questionar suas posturas e colocar em evidência a escuta às famílias e prevalecer os direitos preconizados.

Ao estudar os documentos que regem a PNAS, Serpa, Virgínia e Cavalcante (2015) evidenciam como estes fizeram a transposição do assistencialismo para os Direitos sociais, instaurando condições para o exercício da cidadania pela conquista da autonomia. No entanto, as autoras nos mostram como estes discursos atuam como um dispositivo heterogêneo que associa discursos, leis, práticas e normas, gerenciando hábitos, condutas e vínculos familiares e comunitários dos indivíduos e famílias em situações de riscos e vulnerabilidades sociais. Normatiza-se assim, a vida e a expectativa social desses usuários, adequando condutas e diferenças, buscando a autonomia para se chegar à inclusão social. Denotando essa contradição, as autoras pontuam que “A autonomia seria possibilidade de liberdade, possibilidade de fazer escolhas dentro desse sistema de proteção social” (SERPA, VIRGÍNIA; CAVALCANTE, 2015, p. 436).

Assim, a autonomia é perseguida com a culpabilização do outro pelo insucesso, que em seus modos de vida, em sua diferença, necessita ser protegido, ser cuidado e este cuidado implica em cercear as escolhas dessas pessoas, muitas vezes através de atos violentos. Em nossa sociedade além do poder de normalização, temos uma naturalização do “cuidar da vida” (do outro, da saúde, da população, dos ditos vulneráveis sociais), criando formas de estar no mundo produtoras de dor e sofrimento, situações traumáticas, como o documentário nos mostra e a Portaria n.3 (BRASIL, 2016).

Assumimos nossas funções de cuidado, muitas vezes, como um dado natural sem problematizar nossas alianças com os dispositivos que produzem normalização, submissão e tutela que disponibilizamos como fonte inesgotável de acolhida às frustrações, sintomas, “injustiças sociais”, vitimizações

e lida cotidiana, impedimentos impostos pela realidade ao imaginário social de busca da completude e do bem-estar. Nessa perspectiva, as práticas de cuidado, quando efetuadas de forma acrítica, correm o risco de normalizar, diagnosticar apressadamente zonas de indeterminação como adoecimento e vulnerabilidade.

Nessa direção, muitas vezes cuidamos de quem não “consegue se cuidar”, dentre eles, pais com hanseníase, desqualificando, assujeitando, de forma tal que perdemos nossa disponibilidade para com o outro e para sustentar sua diferença, nossa capacidade de nos sensibilizar, em nome da proteção dessas crianças, absurdos foram realizados. Pessoas com um problema grave como a hanseníase têm que enfrentar barreiras para criar seus filhos, em uma ruptura na produção de cuidado. Isso nos faz pensar que interferências são produzidas em nome de cuidar da vida. Vimos que foram produzidos vulnerabilidades, incapacidades, sofrimento e não cuidado e acolhimento. Isso porque precisamos

[...] questionar que práticas produzimos em nome da proteção integral, pois [...] muitas práticas autoritárias e fascistas são produzidas em nome da garantia de direitos para crianças e adolescentes. A judicialização do cuidado, cada vez mais presente em nosso trabalho, é um risco com o qual lidamos no dia-a-dia. (BATTISTELLI; CRUZ, 2016, p. 199).

Retornando à discussão acerca dos julgamentos de como se deve cuidar, podemos nos perguntar, como desconsiderar completamente uma mãe que quer criar seu filho? Isso não é maltratar a vida? Maltratamos a vida quando naturalizamos agressões como forma de cuidado, quando colocamos nossas atuações obedientes a normas e prescrições. Maltrata-se a vida quando nos tornamos submissos e obedientes ao que captura nossas diferenças e singularidades em processos de homogeneização e em padrões de comportamento. As práticas de cuidado são complexas e envolvem tensões e

relações de poder. Não se pode perder o fio condutor de nossas intervenções, pois como aponta Figueiredo (2010), toda atenção psicossocial se abre para novas intersecções e articulações e não pode ser minada em estratégias punitivas e educativas. Por muitas vezes as famílias vulneráveis não tem como se fazer ouvir ou fazer valer suas próprias soluções, como complementa a autora.

Cuidar deve ser um bom encontro. Nesta perspectiva, propomos pensar o cuidado como uma prática que se faz nas relações e convoca coletivos, sustentando a alteridade, com atenção aos seus efeitos e usos políticos. Desse modo, o cuidado é uma experimentação que ganha consistência nos encontros. Deleuze (2002), baseado em Espinosa, afirma que os corpos se encontram em relação permanente e os encontros que estes realizam são essenciais para a vida. Esses encontros favorecem mais ou menos a circulação da vida, criando deslocamentos e interferências que fazem a vida pulsar mais forte ou, ao contrário, se abater. Em meio à vulnerabilidade e aos riscos sociais em que vivem os grupos mais frágeis, como os portadores de hanseníase, as mães usuárias de crack, por exemplo, e muitos outros, arriscamo-nos a perguntar que tipo de encontros têm aí sido estabelecidos e que cuidados ou não à vida estão sendo com eles produzidos. Isso porque nas misturas de corpos que produzem efeitos podemos experimentar bons encontros ou maus encontros. Nos bons encontros, a potência de agir é aumentada e um afeto de alegria é experimentado, ocorre então uma conexão com outro corpo cujas potências se somam. Nos maus encontros, a potência de agir é diminuída, separando um corpo daquilo que ele pode. Bons e maus encontros que fazemos a todo instante, sempre atentos ao que transita e produz efeitos, nessas relações.

Existem experiências recentes potentes na atenção ao usuário de drogas que, como sabemos (ou deveríamos saber), não se confundem com os grandes traficantes, que vivem em condomínios de luxo onde, normalmente, não existem

registros de separação de filhos de pais que fazem uso crônico de psicotrópicos. Na Prefeitura de São Paulo, durante a gestão de Fernando Haddad (2013 a 2016), foi implementado o programa “De Braços Abertos” (DBA) em janeiro de 2014. O programa teve foco especial na região da Luz conhecida como “Cracolândia” e, em 2017, foi substituído pelo Programa “Redenção”, idealizado pelo então prefeito João Dória, que chegou a propor uma internação compulsória coletiva para aquilo que ele anunciava como “o fim da Cracolândia”. Apesar da promessa, a “Cracolândia” ainda existe e o uso de crack permanece epidêmico no Brasil e, em especial, na cidade de São Paulo.

Em 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) aprovou a Resolução n.1 (2018) que abandonou a redução de danos e passou a apostar na abstinência. Essa política foi acirrada no governo do presidente Jair Bolsonaro. A banalidade do mal presente nos discursos de agentes públicos que conduzem políticas de internação compulsória, eletrochoque, separação de filhos de seus pais, lembra o discurso de Eichmann em Jerusalém: “Com o assassinato dos judeus não tive nada a ver. Nunca matei um judeu, nem um não-judeu – nunca matei nenhum ser humano. Nunca dei uma ordem para matar fosse um judeu fosse um não judeu; simplesmente não fiz isso” (ARENDDT, 1999, p. 33).

Mas o que nos tem tomado a vida? Para o filósofo Michael Foucault (1926-1984), o domínio do poder sobre a vida nomeou-se como Biopoder. Para Lima (2018), como um problema econômico e político, com o surgimento da população no século XVII, inicia-se uma discussão central da gestão e regulação da vida. Era necessário questionar sobre a natalidade, a morbidade, a fecundidade, a esperança de vida, o estado de saúde, a doença, e isso construía variáveis significativas. Para a autora não era mais possível falar sobre sujeitos, mas lidar com a população. Assim, houve uma ascensão da Medicina Moderna, a Psiquiatria, a Pedagogia, a Justiça Penal, saberes

que passaram a ser institucionalizados e tinham como foco diagnosticar os comportamentos desviantes assegurando a proteção da população.

E se há um poder sobre a vida? Há também um poder sobre a morte? Em uma discussão contemporânea podemos destacar um conceito, a Necropolítica, que revela questionamentos sobre o rumo ao qual algumas vidas estão tomando, o direito de matá-las. (MBEMBE, 2015). A Necropolítica, segundo Lima (2018), avança com uma mudança na forma de olhar e compreender processos históricos que têm nos contextos europeus o foco territorial e a primazia analítica dos eventos. Assim, a partir desse deslocamento, o holocausto deixa de ser o modelo paradigmático de genocídio de povos e populações.

Esta reflexão nos aponta que atualmente os modos dominantes de poder tem provocado em muitas circunstâncias, o anulamento das multideterminações da subjetividade, considerando padrões ideais de existência, rompendo com a lógica dos Direitos fundamentais, fazendo com que muitas vezes o preconceito, a violência e a arbitrariedade em gerir avancem na produção subjetiva do coletivo. Cabe fomentar espaços de reflexões e dar chance às populações mais vulneráveis e que não conseguem acessar seus Direitos, de serem ouvidas e respeitadas em suas histórias tão singulares. Trabalho árduo, mas possível. Se as forças macropolíticas avançam, as forças micropolíticas também, fazendo dos microespaços lugares inventivos e potentes em intervenções, que se iniciam com posturas críticas acerca dos efeitos dessas mesmas intervenções.

Considerações Finais

Na sociedade contemporânea, somos cada vez mais impelidos a pensar somente em nós mesmos, em uma lógica consumista e individualista, amparada em explicações de pretensas superioridades. Contudo, é preciso refletir sobre os efeitos do nosso trabalho, da nossa posição privilegiada

de classe social, de formação universitária, de raça, dentre outras, que sustentam hierarquizações que correm o risco de colocar nossas diferenças em oposição e fragilizar ainda mais os usuários de nossos Serviços, efeitos que vimos na lida com os portadores de hanseníase, com as mulheres em situação de rua e com os usuários de drogas.

Se é necessário olharmos para o passado para alinharmos o futuro, sejamos críticos a tais proposições. Cabe posicionamentos reflexivos, críticos, trocas significativas, principalmente cabe dar voz e ouvidos aos sujeitos em questão. Cabe principalmente alinharmos nosso fazer profissional com a ética suficiente e necessária para não anularmos subjetividades que nos convocam a sermos profissionais. Temos um peso importantíssimo de saber, mas não sejamos ingênuos de pensar que o detemos. Quem sabe sobre si e sobre suas peculiaridades é o próprio sujeito, é a própria família com a qual nos deparamos. Aprendemos constantemente com quem nos chega e devemos estar atentos a isso, corroborando para a transformação de nossos microespaços.

Referências

ARENDDT, H. (2013). **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras.

ASSEMBLEIA Legislativa de Minas Gerais. Revogação de portaria reduz internação compulsória de bebês. 2018. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2018/06/25_comissao_mulheres_visita_abrigos_bebes.html. Acesso em: 02 ago. 2019.

BATTISTELLI, B. M. ; CRUZ, L. R. Saúde Mental na Infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, v.6, n.3, p.187-205, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v6n3/n6a11.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília: Senado.

BRASIL. DECRETO n.678 de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. DECRETO n.5.156, de 8 de março 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. DECRETO n.16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. DECRETO n.99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. POLÍTICA Nacional de Assistência Social. 2004. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social.

BRASIL. NOTA Técnica n.11, de 04 de fevereiro de 2019. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAS/MS). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. LEI n.610 de 13 de janeiro de 1949. Fixa normas para a profilaxia da lepra. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. LEI n.5.511 de 15 de outubro de 1968. Submete a Campanha Nacional Contra a Lepra ao regime previsto na Lei n.5.026, de 14 de junho de 1966, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. LEI Federal n.8.069, de 13 de julho de 1990, e Legislação correlata. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial.

BRASIL. LEI n.11.520 de 18 de setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. LEI n.12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens entre 15 e 29 anos de idade, além de relacionar os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. LEI n.13.509 de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre adoção e altera a Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei n.10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, 2009.

BRASIL. PORTARIA n.165, de 14 de maio de 1976. Instruções para execução das normas de controle da hanseníase, que estabelece a política de controle da hanseníase. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. RESOLUÇÃO n.1, de 09 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto n.4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília: Diário Oficial da União.

CAMPOS, E. M.; FLORES, T. P. da S. **Filhos separados pela injustiça** [documentário]. Betim: IT Filmes, Comunicação e Entretenimento, 2017.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In*: Guerra, A. M. C.; Moreira, J. de O. (Orgs). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 11-17.

FOUCAULT, M. (1999). Aula de 17 de março de 1976. *In*: M. Foucault. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1975-1976, p. 219-285.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FURLAN, V.; SOUSA, T. R. de P. Família, acolhimento institucional e políticas públicas: um estudo de caso. *In*: **Revista Psicologia Política**, v.14, n.31, p.499-516, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 set. 2019.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *In*: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, n.70, p.20-33, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/03.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

MBEMBE, A. Necropolítica. *In*: **Arte & Ensaios**, n.32, p.123-151, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 28 set. 2019.

MINAS GERAIS. PORTARIA n.3, de 21 de junho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como oitiva destes, nos casos de grave suspeita de risco, e sobre o procedimento para aplicação de

medidas de proteção. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais.

PERUZZO, P.P.; LOPES, L.S. (2019). Afirmação e promoção do direito às diferenças das pessoas com deficiência e as contribuições do sistema interamericano de direitos humanos. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v.14, n.3, p. 1-34, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/1981369435067>. Acesso em: 28 set. 2019.

PERUZZO, P.P.; SILVEIRA, S.M.L.; GONÇALVES, N.I.G.; FLORES, E.P.L.; Santiago, K.T.; SIMBERA, P.A. de C.; LIMA, M.A. de; SALLES, G.M.; SILVA, L.V.C. da. Contribuição para o relatório temático da relatora especial das Nações Unidas para a eliminação da discriminação contra as pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares ao conselho de direitos humanos da ONU. **Revista De Direitos Humanos E Desenvolvimento Social**, v.2, p.1-31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2675-9160v2e2021a5791>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PERUZZO, P.P.; FLORES, E.P.L. The repercussion of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Brazilian Federal Courts. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 4, p. 2601-2627, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/47403>. Acesso em: 15 nov. 2022.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. PUC Rio/Loyola, 2004.

ROSATO, C.M. (2017). O acolhimento institucional de bebês usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea. *In*: **Anais**, 11 Seminário Internacional Fazendo Gêneroe13Women's Worlds Congress, 2017, p.1-10, Florianópolis, RS, Brasil. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos>.

dype.com.br/resources/anais/1498508938_ARQUIVO_FG-Trabalhocompleto(2017).pdf. Acesso em: 04 set. 2019.

SERPA, V.; VIRGÍNIA, C.; CAVALCANTE, S. Assistência social pública brasileira: uma política da autonomia – um dispositivo biopolítico. **Revista Subjetividades**, v.15, n.3, p.428-437, 2015. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000300011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 04 out. 2019.

SILVEIRA, M.G.B.; COELHO, A.R.; RODRIGUES, S.M.; SOARES, M.M.; CAMILLO, G.N. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.2, p.517-527, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200027>. Acesso em: 04 set. 2019.

Capítulo 9

Cuidando do Cuidador de Idoso

Rosana Santos dos Reis³²

Hélio Alves³³

Daisy Inocência Margarida de Lemos³⁴

Introdução

A sociedade contemporânea nunca se preocupou tanto com as pessoas idosas quanto nos dias de hoje, o que pode ser justificado pelo fato de que, em nenhum momento da História, houve uma população tão expressiva de pessoas na Terceira idade (LIMA; VIEIRA, 2017).

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e, em diversos estudos, há um reconhecimento que o comprometimento ao qual o idoso venha passar nem sempre corresponde à idade cronológica; existem diferenças quanto ao estado de saúde entre um idoso e outro, (MACHADO; GOMES; FREITAS; BRITO; MOREIRA, 2017) o que significa que a idade não é um marcador exato para as mudanças na vida.

Entretanto, com o aumento da expectativa de vida, alguns idosos são acometidos por diversas doenças e pela própria degeneração celular devido à idade avançada.

De acordo com as mudanças advindas da Terceira idade, essas pessoas, em algum momento, precisam de um Cuidador,

32 Psicóloga pela Universidade Católica de Santos – UNISANTOS.

33 Doutor em Psicologia pela USP e docente na Universidade Católica de Santos junto ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas e na Graduação em Psicologia.

34 Doutora em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo, e docente na Universidade Católica de Santos junto ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas e na Graduação em Psicologia.

alguém que os auxilie em determinadas atividades da vida diária. Nesse momento surge a figura do Cuidador, que tanto pode ser formal ou informal/domiciliar.

Cuidador formal é aquele que fez um curso específico e tem vínculo trabalhista (FALEIROS *et al.*, 2015) e Cuidador informal não fez nenhum curso e não tem vínculo trabalhista, aprende o ofício durante a prestação de assistência, e pode ser um membro da família ou um vizinho. (DUARTE *et al.*, 2017).

Quando falamos em Cuidador domiciliar, utilizamos esse termo para designar a pessoa que será o apoio direto da equipe de profissionais de Saúde nos cuidados junto ao paciente. Para melhor compreensão desse termo, vale ressaltar que Cuidador domiciliar é caracterizado por pessoas que, na maioria das vezes, não possuem uma formação específica, não tem qualificação adequada, aprendem a cuidar pela prática e não recebe remuneração (BARBOSA *et al.*, 2017).

Segundo a Cartilha do Cuidador de Idosos, o Cuidador familiar é um membro do grupo familiar que assume a responsabilidade do cuidado com o longo vivo fragilizado (FRIAS; GOOSSENS, 2012). Por ser um membro da família e por não ter experiência e prática no cuidar de um idoso, esse papel pode gerar sentimentos ambíguos, além de sobrecargas físicas e emocionais.

O foco desse trabalho será o Cuidador familiar do idoso que se encontra adoecido/dependente, e esse recorte foi feito para delimitar o tipo de Cuidador que está sendo referido. Nesse prisma, conheceremos um pouco mais sobre as fragilidades dos idosos e os processos emocionais dos Cuidadores.

Sobre o Método

O trabalho desenvolvido foi realizado a partir de revisão de literatura, seguindo a classificação de pesquisa exploratória. Segundo Gil (2002), o método escolhido utiliza materiais já existentes, como: teses, livros, artigos e revistas, e os artigos selecionados foram do período de cinco anos de 2014 a 2019.

Para essa composição, foram utilizados 15 artigos de Psicologia, 13 de enfermagem, 08 livros de Psicologia, entre outros materiais que ajudaram a elucidar melhor essa pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo propor uma reflexão acerca da ajuda prestada ao Cuidador quando este se encontra diante do adoecimento psíquico, identificar e analisar os fatores que podem gerar prejuízos à saúde dos Cuidadores familiares de idosos em domicílio, estudando os possíveis impactos na vida, as consequências de ser um Cuidador/familiar e no que concerne à sua saúde física e mental.

O envelhecimento e os cuidados prestados pelo Cuidador familiar

Segundo o Ministério da Saúde (2017), o Brasil possui a quinta maior população de idosos do mundo, com cerca de 29,3 milhões de pessoas acima de 60 anos. Desse montante, 69,9% são independentes para o autocuidado e 30,1% têm alguma dificuldade para realizar atividades do dia a dia.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), os idosos que apresentavam algumas limitações funcionais estavam em, aproximadamente, 17,3%. Esses têm dificuldades ao realizar algumas atividades instrumentais, como as tarefas da casa, trabalhos domésticos, fazer compras, administrar seu dinheiro e as contas, tomar as medicações, utilizar meios de transporte e usar o telefone, e foi observado que essa proporção aumenta para 39,2% entre as pessoas acima 75 anos (PERISSÉ; MARLI, 2019).

Nesse processo de envelhecimento, surge uma quantidade de implicações referentes à saúde, como problemas de visão, audição, cognição, comportamento, atividade do sistema nervoso simpático, função pulmonar, renal e densidade óssea. Esse processo faz parte da vida de muitos idosos e, entender esses efeitos, é importante para ajudar essa população quando necessitarem de cuidados (FALEIROS *et al.*, 2015).

Segundo Lima-Costa *et al.* (2013) citado em estudo de 2017, do Ministério da Saúde, nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, há uma preocupação com o avanço das doenças nessa população. No atual cenário, entre os idosos de 60 a 69 anos, há um índice de 25,1% com diabetes, 57,1% foram diagnosticados com hipertensão, e a maioria desses idosos está com excesso de peso (63,5%), entre os quais, 23,1% já são considerados com obesidade.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram a causa de 63% das mortes no mundo e de 72,6% das mortes no Brasil (SIM, 2015 *apud* ABREU; OLIVEIRA; MACEDO; DUARTE; REIS; LIMA, 2017). Baseando-se nessas informações, o portador de uma ou mais DCNTs tem mais chances de desenvolver dependência funcional, prejudicando sua autonomia e reduzindo sua qualidade de vida (PIMENTA *et al.*, 2015; ABREU *et al.*, 2017).

A população idosa sofre de doenças crônicas que se agravam ao fim da vida e, estas, estão diretamente relacionadas à incapacidade funcional. O comprometimento da saúde do idoso tem implicações importantes, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, e contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. “A incapacidade funcional se refere à presença de dificuldade no desempenho de atividades cotidianas ou à impossibilidade de desempenhá-las” (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016, p. 826). Essas alterações também podem estar associadas à idade, fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta não equilibrada, tabagismo e sedentarismo.

De acordo com as mudanças advindas da Terceira idade, essas pessoas, em algum momento, precisam de um Cuidador, alguém que os auxilie em determinadas atividades da vida diária. Quando se trata de Cuidador familiar, a dinâmica do mesmo pode gerar ambiguidades que podem ser reveladas

por satisfação, insatisfação, conflitos com o idoso, conflitos na família e nos cuidados prestados.

Nesse caso, a satisfação é observada quando as famílias estão estruturadas emocionalmente e economicamente para acolher o longevo. Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes podem desencadear tensão no meio familiar (FALEIROS; SANTOS; MARTINS; HOLANDA; SOUZA; ARAUJO, 2015, p. 61).

Mesmo que o cuidar não se dê por imposição (familiar, social, econômica) e, sim, por um desejo (reciprocidade, carinho, satisfação), alguns Cuidadores, com o passar do tempo, se veem desgastados devido à demanda de cuidados (YAVO, CAMPOS, 2016; CESÁRIO *et al.*, 2017). Isso depende das condições de saúde em que o idoso se encontra, de toda uma estrutura e dinâmica familiar e recursos internos do sujeito, e é todo esse conjunto que definirá como o Cuidador virá se sentir.

Vários estudos evidenciaram que, tanto o bem-estar como a satisfação do Cuidador, são bastante influenciados pela saúde e bem-estar do idoso e do grau de dependência dessa pessoa. O conceito de dependência é definido pelo Conselho da Europa (1998) como a condição relacionada à perda da autonomia e comprometimento da capacidade de realizar atividades do dia a dia, necessitando de apoio de uma terceira pessoa (ROCHA, 2015), e a demanda excessiva de cuidados é um fator a desencadear sensações de esgotamento e sobrecarga emocional (DUARTE; JOAQUIM; LAPA; NUNES, 2017).

Em muitos casos, a pessoa “cuidadora” não está preparada para realizar tal função, resultando em desgaste, tanto para quem cuida, quanto para quem é cuidado. Como para o Cuidador familiar há uma demanda muito grande de quem está precisando de auxílio, ele deixa de olhar para si próprio, deixando, muitas vezes, a sua individualidade de lado, para estar disponível e atender as necessidades do outro.

Esses conflitos manifestados pelos Cuidadores familiares acabam gerando maior sobrecarga física e mental, e podem, também, estar ligados pela perda do poder aquisitivo, isolamento social, a idade avançada do próprio Cuidador e o avanço e agravo das doenças em que o idoso é acometido (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; CESÁRIO *et al.*, 2017). Os conflitos experienciados pelos Cuidadores que não estavam preparados a assumir o cuidado integral podem acabar gerando sentimentos de hostilidade, raiva e medo, esses sentimentos também podem estar ligados a construção dos vínculos no grupo familiar (SILVA; DIAS, 2016; YAVO; CAMPOS, 2016).

Diante dos pontos de vista já expostos, veremos os tipos de sobrecargas dos quais os Cuidadores são acometidos.

Sobrecargas no processo do cuidar e os desafios emocionais para o Cuidador

Quando falamos de sobrecarga, esse conceito envolve duas dimensões que podem ser divididos em: aspecto objetivo e aspecto subjetivo. No aspecto objetivo, seriam as consequências negativas, aquilo que se pode observar como as mudanças na rotina, o excesso de atividades, perda financeira, dificuldade em lidar com a mudança da dinâmica pessoal e familiar (VIEIRA, 2017).

Quanto aos aspectos subjetivos, eles estão ligados às percepções que variam de acordo com o julgamento de cada pessoa, e de como cada indivíduo interpreta uma determinada situação. A subjetividade é formada através das crenças e valores, e cada pessoa capta essas informações de modos diferentes. Nesse caso, seria uma avaliação pessoal que envolve sua condição emocional, seus sentimentos em relação ao papel exercido (FALEIROS, 2015; VIEIRA, 2017). Por essa razão, o trabalho com outros profissionais da Saúde se faz necessário.

Outros achados dos quais os Cuidadores familiares são acometidos se refere a questões físicas e fisiológicas como,

por exemplo: lombalgia, hipertensão arterial, diabetes e dores de cabeça (YAVO; CAMPOS, 2016), junto a esses achados encontramos as queixas psicológicas, que estão relacionados a questões emocionais, como angústia, raiva, estresse e a depressão (DUARTE *et al.*, 2017).

Muitos desses agravos também estão associados à condição socioeconômica ou a fatores ligados ao vínculo; esses são apenas alguns dos problemas aos quais os Cuidadores são acometidos, porém daremos uma maior ênfase aos problemas psíquicos.

Para uma melhor compreensão do que acontece na vida de alguns Cuidadores, temos que ir além das queixas de sobrecarga física e compreendermos os sentimentos, afetos e emoções envolvidos na relação do cuidar. Alguns fatores que geram desconforto ao Cuidador familiar são: imposição familiar que pode estar ligada a questões culturais; não ter com quem compartilhar seus sentimentos; não estar preparado para assumir o papel de Cuidador; os vínculos estabelecidos com o idoso; e ser o único responsável pelos cuidados. (YAVO; CAMPOS, 2016).

No trabalho realizado por Meira *et al.* (2017, p. 4), uma das entrevistadas expõe que “a responsabilidade pelo cuidado do seu familiar não foi planejada para a sua vida, tampouco se identificava com essa forma de assumir tarefas e papéis sem planejamento”. Nessa perspectiva, o cuidado, no relato exposto, é identificado como uma orientação sociocultural, o que pode ocasionar tensão na prestação dos cuidados e conflitos familiares. Nesse cenário, os membros do grupo familiar esperam que, quando um ente adoeça, surja dentro desse grupo uma figura que se responsabilizará pelos cuidados (YAVO; CAMPOS, 2016).

Em pesquisa realizada pelos graduandos em Enfermagem, na estratégia da Saúde da Família, do município de Chapecó-SC, evidenciou-se, no discurso dos Cuidadores, que cuidar de um familiar, mesmo que seja por escolha e feito com carinho

e dedicação, mobiliza um misto de sentimentos, nem sempre positivos, que, se não forem compartilhados, podem levar ao adoecimento. É, também, revelado que a possibilidade de contar com alguém externo é de extrema importância, mesmo que este apoio não seja no cuidar, percebe-se que o fato de ter com quem compartilhar sentimentos e descobertas faz com que o cuidador se sinta mais seguro e amparado. O apoio de outras pessoas ou grupos auxilia no enfrentamento das dificuldades, fazendo com que se minimizem os aspectos negativos (MOCELIN *et al.*, 2017, p. 1038). Nesse discurso, vemos o quanto é importante o apoio para essas pessoas, pois o suporte ameniza as tensões associadas ao cotidiano, favorecendo a manutenção do equilíbrio da saúde. Podemos observar, nesse panorama, a necessidade de suporte emocional.

Faria *et al.* (2017) também apresentam um outro cenário. Nos relatos dos Cuidadores que exerciam sozinhos, os cuidados com o idoso, não conseguiam enxergar essa tarefa com um significado diferente de apenas ser um “fardo”. Alguns Cuidadores se sentiam desobrigados desse cuidar, por questões dos relacionamentos e desafios com o idoso em épocas em que ele não era dependente, e por todo histórico que permeia a relação familiar fez com que eles não se sentissem obrigados a tal prestação de cuidados. Essas mesmas questões vão de encontro ao trabalho realizado por Yavo e Campos (2016), que em entrevista com alguns Cuidadores, os mesmos relataram ter dificuldades em ajudar o ente, pois, antes do adoecimento ocorreram situações conflituosas e que foram negligenciados anteriormente. O fato nos aproxima ainda mais das questões dos vínculos entre esses indivíduos.

Pichon-Rivière (1991) considera vínculo normal aquele que se estabelece entre o sujeito e um objeto, quando ambos têm a possibilidade de fazer uma escolha livre. Se esse Cuidador não teve opção, não estava livre para escolher ser o responsável pelos cuidados e, se por alguma razão particular, continua a

prestar essa assistência, sua qualidade de vida não vai ser tão boa quanto se espera.

No trabalho realizado por Silva e Dias (2016) com 13 Cuidadores familiares de idosos agredidos durante a prestação dos cuidados ofertados, apenas 2 não tinham sofrido violência física, psicológica ou sexual na infância. A qualidade da relação entre familiar e idoso parece ser um indicador para assinalar que a falta de vínculos significativos ou “vínculos frouxos” desponta como causa mais habitual da ação de violência. Essa ocorrência de violência ratifica que o agressor que sofreu agressões e diversos tipos de violência no passado, tende a repeti-la nos seus relacionamentos familiares. O caso exposto clarifica um pouco mais o quanto é importante os vínculos na formação do “ser” e o que podem representar na vida de uma pessoa.

Pichon-Rivière (1991) entende o vínculo como uma relação particular que o sujeito estabelece com um determinado objeto ou sujeito, tendo como consequência uma conduta mais ou menos fixa, e essa conduta tende a se repetir automaticamente. Aqui, pode-se considerar alguns pontos do histórico de vida desses indivíduos, e que podem estar intrinsecamente ligadas as questões de transgeracionalidade que, segundo Zimerman (2000), um dos genitores reproduz seus próprios conflitos não resolvidos que estão internalizados. Esses pais deixam isso reverberar para as próximas gerações, criando uma ruptura dos vínculos saudáveis, o que indica que esse Cuidador familiar, quando passa por esses diversos conflitos, não consegue cuidar do idoso e não consegue cuidar de si, o que interfere na qualidade de vida de ambos.

A indicação de uma má qualidade de vida, por parte do Cuidador familiar, pode ser associada ao desenvolvimento de um quadro de estresse, devido a constante tensão; essa reação do organismo pode gerar comprometimento físicos, sociais e emocionais em sua vida e afeta negativamente o cuidado prestado (DUARTE *et al.*, 2017; CESÁRIO *et al.*, 2017).

No trabalho realizado por Cesário *et al.* (2017), com 43 Cuidadores familiares de idosos com comprometimento da capacidade funcional (Alzheimer), constatou-se que o estresse estava presente em 27 participantes (62%), desse total 22 estavam na fase de resistência e 5 estavam na exaustão. Entre os sintomas predominantes que favorecem o quadro de estresse, 16 Cuidadores familiares apresentaram sintomatologias psicológicas em detrimento das físicas.

Quando se refere à qualidade de vida deve-se compreender como o indivíduo se avalia; os aspectos da relação saúde versus doença estão intrinsecamente ligados à subjetividade e a percepção que o indivíduo tem sobre si, suas satisfações com a vida e desejos, suas carências e frustrações; essa avaliação definirá como cada um se sente no processo do cuidar (CESÁRIO *et al.*, 2014). Para ter qualidade de vida, a pessoa tem que estar se sentindo bem e estar satisfeita com suas práticas, caso contrário ela entra em sofrimento.

O olhar do psicólogo sobre a importância do vínculo

Tendo em vista que o envelhecimento da população é uma perspectiva real, faz-se necessário, em alguns casos, que as demandas dos idosos sejam atendidas por Cuidadores, e estes também precisam ser atendidos. Encontram-se, em diversos estudos, Cuidadores familiares em sofrimento psíquico, sentindo-se afetados emocionalmente. As manifestações afetivas são muitas na vida, elas podem ser positivas e negativas. O afeto ruim, ou então chamado de negativo,

[...] traz consigo toda uma carga afetiva diminuta, pequena; tendo efeito expressivo no estado de ânimo, no temperamento e no humor. A tristeza pode ser concebida como um afeto negativo. É interessante notarmos que a tristeza traz consigo uma verdadeira complexidade de respostas emocionais e sentimentais, o que pode envolver diversas características: angústia, mágoa, ressentimento, “nervosismo”, entre outros (PINTO, 2015, p. 1).

Esse sofrimento é a representação de como o sujeito sente-se afetado; o afeto é inerente ao indivíduo, pois sua construção se deu através de afetividades para estar no mundo (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014). Na dimensão afetiva, encontram-se as emoções e os sentimentos e, se o indivíduo conseguir ter autoconhecimento sobre essas duas esferas possibilitará a resolução de conflitos pessoais e interpessoais e as melhores tomadas de decisões no seu dia a dia (PINTO, 2015). As manifestações afetivas são muitas e entendê-las é de fundamental importância para o viver.

Nesse sentido, o psicólogo tem um papel importante ao ajudar a pessoa a alcançar esse conhecimento sobre si, por meio das mais diversas abordagens.

Diante desse fato, precisamos primeiramente saber como foram estabelecidos os vínculos do grupo familiar para compreender por que, em alguns casos, o Cuidador apresenta uma sintomatologia (conjunto de sinais e sintomas) psíquica.

A Psicanálise considera o sintoma a partir de um conflito inconsciente, e esse deve ser explorado a partir das vivências e singularidades de cada indivíduo (SILVEIRA *et al.*, 2014). Atualmente, há um consenso entre os psicanalistas, independentemente de sua orientação conceitual, mesmo se essa se inclina para o foco pulsional ou ambiental, de que o grupo familiar ao qual o indivíduo pertence exerce uma profunda e decisiva importância em sua estruturação psíquica (ZIMERMAN, 2000). Nesse contexto vamos explorar a construção dos vínculos na infância na visão de diversos autores e os reflexos que eles deixam na vida adulta.

O termo “vínculo” tem sua origem do latim *vinculum*, o qual significa união, que pode ser uma relação entre uma pessoa com outra. Esses estão vinculados, encadeados como uma atadura de características duradouras, ou seja, o vínculo pode ser entendido como um estado mental em que há uma forma de ligação entre as partes unidas e inseparáveis, e suas

configurações vinculares são todas as inter-relações que cada pessoa estabelece com outra ou com várias outras.

A noção de “vínculo” é de fundamental importância no desenvolvimento da personalidade da criança, sendo que essa afirmativa está baseada na inquestionável sentença de que “o ser humano se constitui sempre a partir de um outro” (ZIMERMAN, 2010, p. 21).

O primeiro vínculo a se formar na existência do ser humano consiste na inter-relação do bebê com a sua mãe. Os cuidados ofertados pela mãe são um dos componentes na construção da subjetividade da criança, ela gera marcas no sujeito.

“É através dos cuidados de outro ser humano que vai se formando o aparelho psíquico individual, as fantasias, surgindo os diversos mecanismos de defesa” (MAIA, 2017, p. 3).

O bebê não é considerado apenas um ser passivo, conforme seu desenvolvimento e envolvimento com outros membros do grupo ao qual ele tem contato, como os irmãos, avós e o pai; o mesmo acaba por sofrer influências, surgindo assim outros vínculos que com tempo vão se expandindo, conforme ele for crescendo aumenta o repertório (ZIMERMAN, 2010).

Os vínculos podem ser um dos componentes para desencadear descargas emocionais e comportamentos estereotipados, dependendo de que forma foram estabelecidos esses laços afetivos, esse grupo familiar pode apresentar vínculos frígios.

Por meio de estudos do conjunto social, psicológico e familiar de um determinado paciente, que, neste trabalho, será o Cuidador familiar, pode-se obter um quadro completo de uma estrutura mental e dos motivos ou causas, que exerceram pressão sobre ele e provocaram a ruptura do equilíbrio.

Fica explícito que cada pessoa tem sua particularidade na hora de exercer o papel de mãe ou de Cuidador, alguns mais dedicados e, outros, dentro do possível. Porém, as pessoas só podem dar o que têm e que foram ensinados ou aprenderam,

elas oferecem aquilo que lhe foi oferecido. É importante que haja uma especial atenção aos Cuidadores familiares para que seja possível conhecer suas fragilidades e potencializar a atuação dos mesmos, e essa atenção pode vir dos profissionais de saúde, equipe multidisciplinar junto ao trabalho do psicólogo, pois o Cuidador familiar exerce continuamente a assistência ao ente doente, e, assim, evita o desenvolvimento de complicações e promove o bem-estar da pessoa (FARIA *et al.*, 2017).

Para a promoção do bem-estar do Cuidador, a proposta é que, por meio de encontros com grupos que estão passando por um mesmo sofrimento possam verbalizar o que sentem, serem ouvidos e saber que não estão sozinhos.

Considerações Finais

Ao longo da estruturação do trabalho, foi possível identificar que existe uma grande carga emocional no ato de cuidar de um idoso e os vínculos são fundamentais para estabelecer uma boa relação, e quando o Cuidador familiar não consegue lidar com todas essas questões emocionais, é necessária a ajuda do psicólogo. É de suma importância, a atenção a esse público que acompanha o idoso em sua rotina, pois acabam passando despercebidos.

A pergunta proposta para essa pesquisa era – quais consequências na saúde do Cuidador familiar de idoso, com comprometimento da capacidade funcional, podem ser apresentadas ao longo da vida?

Evidenciou-se que os trabalhos realizados por Cuidadores sem ajuda e orientação podem acarretar sobrecarga física e mental. Por meio de orientação do profissional de Psicologia, pode-se diminuir o índice de sobrecarga emocional nessas pessoas e, com um trabalho interprofissional, se eliminariam os outros problemas.

É interessante encaminhar maior reflexão acerca da ajuda prestada ao Cuidador quando este se encontrar

diante do adoecimento psíquico (enfrentando sentimentos desagradáveis que afetam seu funcionamento). Ficou evidente o quanto é importante prestar atenção ao que é verbalizado pelos Cuidadores, e indicar os respectivos profissionais que irão ajudá-los na resolução de seus conflitos.

Diante do exposto, significa que, em algum momento da vida, o idoso vai precisar ser cuidado por alguém. Como boa parte desse público é atendida pela rede pública de saúde, é importante salientar que todos os profissionais que trabalham com essa demanda fiquem atentos às queixas desses Cuidadores familiares, visto que o Cuidador de hoje será o idoso de amanhã.

Esse recorte sobre essa temática pode contribuir para a construção de novos materiais, para embasar outras pesquisas, além de favorecer, através desse compilado de informações, um estudo que agregue conhecimento para a sociedade.

É importante a publicação de novas pesquisas sobre a temática, para possibilitar uma maior divulgação das principais causas que levam o Cuidador ao adoecimento psíquico, bem como conhecê-las a fim de suscitar novos debates que promovam propostas de ações e promoção da saúde, o que minimizaria o aparecimento de outras comorbidades, ao mesmo tempo em que beneficiaria a qualidade de vida.

Mais estudos poderão oferecer aos profissionais da Saúde subsídios para lidar com essas questões tão importantes da vida de um Cuidador familiar de idosos.

Referências

ABREU, S. S. S.; OLIVEIRA, A. G.; MACEDO, M. A. S. S.; DUARTE, S. F. P.; REIS, L. A.; LIMA, P. V. Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Idosos de uma Cidade do Interior da Bahia. *In: Revista Multidisciplinar e de Psicologia* [on-line], v.11, n.38, p.652-662, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/963/1367> Acesso em: 19 ago. 2019.

BARBOSA, L. M.; NORONHA, K.; SPYRIDES, M. H. C.; ARAÚJO, C. A. D. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *In: Revista Brasileira de Estudos de População*, Belo horizonte, v.34, n.2, p.391-414, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982017005001104&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 20 jul. 2019.

BESSE, M.; OLIVEIRA, L. C.; LEMOS, C. N. D. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. *In: Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v.17, n.2, p.205-222, jul.2014. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/22662/16432>. Acesso em: 02 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. MS lança estratégia nacional para o envelhecimento saudável. CONASEMS. Conselho Nacional de secretárias Municipais de saúde. Nov. 2017 Disponível em: <https://www.conasems.org.br/ms-lanca-estrategia-nacional-para-o-envelhecimento-saudavel/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde: 30% dos idosos têm dificuldade para realizar atividades diárias. Nov. 2017 Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41773-saude-30-dos-idosos-tem-dificuldade-para-realizar-atividades-diarias>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: Condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. REBEN, v.69, n.5 p.825-832. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0825.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

CESÁRIO, V. A. C.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; CLAUDINO, K. A. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *In: Saúde debate*. Rio de

janeiro, v.41, n.112, p.171-182, jan.-mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0171.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

COLOSIO, R., FERNANDES, M. I. A. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. *In: Psicologia USP*, v.25, n.3, p.284-293, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0284.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *In: Revista Rene*; v.17, n.1, p. 76-85, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2624>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DUARTE, A.; JOAQUIM, N.; LAPA, F.; NUNES, C. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais dos pacientes idosos das unidades de cuidados de assistência domiciliar do Algarve (PT). *In: Sabios – Revista de saúde e biologia*, v.11, n.3, p.12-26, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1661/966>. Acesso em: 20 jul. 2019.

FALEIROS, A. H.; SANTOS, C. A.; MARTINS, C. R.; HOLANDA, R. A.; SOUZA, N. L. S. A.; ARAUJO, C. L. O. Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliográfica, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos. *In: Revista Janus*. Lorena, v.11, n.21, P.59-68, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <http://fatea.br/seer3/index.php/Janus/article/view/364/337>. Acesso em: 22 abr. 2019.

FARIA, A. A.; APARECIDO, A. M.; CRUZ, G. L.; KHATER, E. Cuidando de quem cuida – O papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. *In: Revista Saúde em Foco*, n. 9, p.25-36, 2017. Disponível em: http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/educacao_foco/artigos/

ano2017/004_artigo_saude_template.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

FERREIRA, C. R., ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *In: Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. v.9, n.1, p. 108-125, Londrina, Jan. / Abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007. Acesso em: 31 ago. 2019.

FRIAS, S. R.; GOOSSENS, M. **Cartilha do cuidador de idosos**: O cuidador também precisa de cuidados. Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI. Rio de Janeiro. 11fls. Agosto de 2012. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/pdf/familiar.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 05 jun. 2018.

LIMA, J. S.; VIEIRA, M. **Visão de cuidadores sobre o envelhecimento em instituição particular de atendimento a idosos**. Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Uni SALESIANO, para graduação em Psicologia. 54fls. Lins-SP. 2017. Disponíveis em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61044.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MACHADO, W. D.; GOMES, D. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; MOREIRA, A. C. A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. , *In: Ciência e Saberes*, Sobral, v.3, n.2, p.444-451, out. 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>. Acesso em: 19 set. 2019.

MAIA, A. M. O atendimento em grupo operativo no CRAS: relato de uma experiência. *In: Vínculo. Revista do NESME*, v.14, n.1, p.1-8, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100007. Acesso em: 01 nov. 2019.

MEIRA, E. C.; REIS, L. A.; GONÇALVES, L. H. T.; RODRIGUES, V. P.; PHILIPP, R. R. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *In: Escola Anna Nery*, v.21, n.2, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170046.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, C. E. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *In: Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.48 n.6, p.1127-1236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019.

MOCELIN, C.; SILVA, T. G.; CELICH, K.; MADUREIRA, V. F.; SOUZA, S. S; COLLISELLI, L. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. *In: Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v.9, n.4, p.1034-1039, out.-dez. 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31883&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 jul.2019.

PAULO, D. L. V.; DEIENNO, S. C. P.; OLIVEIRA, O. Cuidadores de Idosos: A importância do atendimento psicológico. Ações comprometidas com o ser humano. *In: Revista Longevidade*, Ano I, n.3, p.65-68 jul/ago/set, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/revista-longevidade-ano-i-no3-jul-ago-set-2019/>. Acesso em: 30 ago. 2019.

PERISSÉ, C.; MARLI, M. Caminhos para uma melhor idade. *In: Retratos a revista do IBGE*, n.16, p.18-25 fev.2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, v.20, n.8, p.2489-2498, Rio de Janeiro 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

PINTO, F. E. M. O que é a dimensão afetiva? Psicólogo pela Universidade São Francisco/ Itatiba. Mestre em Educação pela FE/Unicamp. São Paulo (Brasil) *In: Psicologia PT- O portal do psicólogo*. 2015. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0367. Acesso em: 07 set. 2019.

ROCHA, A. S. **Custos com benefícios para o financiamento com cuidados de longa duração para idosos com dependência**: estimativas e projeções para o Brasil. 2015. 273 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Programa de Pós-Graduação em Demografia, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-9VTFQZ>. Acesso em: 31 ago. 2019.

SILVA, C. F. S.; DIAS; C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor.

In: Psicologia Ciência e Profissão, v. 36 n.3, p.637-652, jul.-set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf>. Acesso em: 17 out.2019.

SILVEIRA, L. C.; FEITOSA, R. M. M.; PALÁCIO, P. D. B. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. *In: Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.19-33, abr.2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a03.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

SOCRATES. Conhece-te a ti mesmo. Academia Brasileira de Letras. *In: Jornal do Brasil* (Rio de Janeiro) 15/2/2006. Disponível em: <http://www.academia.org.br/artigos/conhece-te-ti-mesmo>. Acesso: 02 nov. 2019.

SOCRATES. Conhece-te a ti mesmo. **Significados**. out.2015. Disponível em: <https://www.significados.com.br/conhece-te-a-ti-mesmo/>. Acesso em: 02 nov. 2019.

VIEIRA, L. C. **Sobrecarga em cuidadora informal de paciente em cuidados paliativos**: Um estudo de caso. Programa de Aprimoramento Profissional Serviço Social na Saúde. Faculdade Regional de medicina de Rio Preto/SP, fls.13, 2017. Disponível em: <https://www.unaerp.br/documentos/2184-sobrecarga-da-cuidadora-informal-de-paciente-em-cuidados-paliativos-um-estudo-de-caso/file>. Acesso em: 10 set. 2019.

YAVO, I. S.; CAMPOS, E. M. P. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. *Psicologia Teoria Prática*. *In: Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v.18, n.1, p.20-32. São Paulo, SP, jan.-abr. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n1/02.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZIMERMAN, D. E. **Os quatro vínculos:** amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Capítulo 10

Possibilidades de atuação do psicólogo: desenvolvimento humano para além das fronteiras organizacionais

Ana Paula de Lima³⁵

Miria Benincasa³⁶

Cristiano de Jesus Andrade³⁷

Introdução

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1992), ao contribuir para a elaboração e inscrição da profissão na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), descreve o psicólogo do trabalho como o profissional que atua em organizações sociais (formais ou informais) através da análise e intervenção em processos pessoais, interpessoais e grupais, aplicando o conhecimento proveniente da Psicologia às dimensões do trabalho, considerando as dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais nesse contexto.

Dentre as atividades desenvolvidas por esse nicho de atuação, são listadas pelo Conselho Regional de Psicologia

35 Psicóloga, Especialista em Psicologia Organizacional, Docente do curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas/MG.

36 Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela USP. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Professora da Universidade Católica de Santos.

37 Psicólogo. Doutor e Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Especialista em Psicoterapia Operacionalizada. Professor da Faculdade Anhanguera de Poços de Caldas/MG. Pesquisador com foco em atuação psicológica, inclusão social, saúde mental no trabalho e questões de gênero.

– CRP (1992): planejamento, elaboração e avaliação de análises de trabalho; Recrutamento e Seleção de pessoas; planejamento e realização de Treinamentos, formação de mão de obra e Desenvolvimento de Recursos Humanos; elaboração e participação em processos de Avaliação de Desempenho; realização e participação em estudos sobre produtividade, remuneração e rotatividade; promoção de estudos sobre as necessidades humanas em relação à Ergonomia no trabalho; participação e realização de programas culturais e recreativos de higiene mental envolvendo os trabalhadores; encaminhamento de trabalhadores a Serviços de Saúde Mental em caráter preventivo, de tratamento e reabilitação, quando necessário; elaboração de diagnósticos psicossociais das organizações; intervenção em conflitos e estimulação da criatividade no ambiente de trabalho; assessoria na formação e implantação da Política de Recursos Humanos das organizações; dentre outras.

Tendo seu surgimento no mesmo período em que a Psicologia científica emergiu na Europa, a Psicologia Organizacional e do Trabalho se estruturou a partir do advento da industrialização e da primeira guerra mundial, entre o fim do século XIX e início do século XX, tendo por principal atribuição nesse período a seleção e a avaliação de trabalhadores e militares. Nesse período, a atuação do psicólogo nas organizações foi marcada pela colocação do “homem certo no lugar certo” (URT, 2016), sendo os psicólogos conhecidos como psicólogos industriais. No Brasil, a prática foi implementada de forma sistêmica a partir da década de 1920, em um momento de preocupação em relação ao aumento da produção nas organizações e de racionalização do trabalho com base na administração científica. A regulamentação da Psicologia no Brasil ocorre no mesmo período de desenvolvimento industrial do país e as práticas dos psicólogos nas organizações até a década de 1960, se limitavam à seleção de pessoas e aplicação de testes psicológicos para avaliação e psicodiagnóstico, o

que demonstra a busca pela normatização e ajustamento das pessoas (LEÃO, 2012).

Contudo, à medida em que as organizações e as relações de trabalho se modificaram ao longo do tempo, as práticas da Psicologia nesse âmbito também se transformaram, buscando adequação ao contexto (HELOANI, 1999; URT, 2016). A competitividade do mercado, por exemplo, ampliou o foco da Psicologia para a área de Treinamento e Desenvolvimento, com o objetivo de qualificar a força de trabalho para que esta gere mais valor às organizações. Também surgiram os movimentos relacionados à compreensão das condições e ambientes de trabalho e à sua relação com a Saúde Mental dos trabalhadores (URT, 2016), o que para Heloani (1999) trata-se de uma resposta do capitalismo ao novo *zeitgeist*, não representando, necessariamente, uma preocupação genuína com o trabalhador, mas com sua adequação às novas práticas do capitalismo, sobretudo a partir de 1970, com a flexibilização da organização do trabalho com base no modelo híbrido fordista-toyotista.

Embora a atuação do psicólogo no ambiente organizacional apresente uma série de possibilidades de intervenção, estudos apontam que a atuação geralmente é limitada às atividades tradicionais, como Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento (focado em qualificação da mão de obra) e descrição de cargos (URT, 2016). Esse panorama gera críticas por profissionais da Psicologia em relação ao papel do psicólogo nas organizações e questionamentos quanto ao seu compromisso ético e profissional descritos nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, destacando-se:

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005, p. 7).

Para Heloani (2005), a Psicologia Organizacional está diretamente ligada à organização do trabalho, sendo considerada pelo autor uma forma de administração de subjetividades em detrimento ao compromisso com a Saúde Mental do trabalhador. A submissão do psicólogo à organização do trabalho a partir de um vínculo trabalhista seria responsável por uma provável postura acrítica do profissional a práticas da administração e organização do trabalho, assumindo o psicólogo do trabalho a posição de mediador, instrutor e facilitador, afastado do envolvimento direto com os demais trabalhadores. Ainda nesse sentido, Heloani (1999) se refere à necessidade de garantir sua empregabilidade, o que pode levar ao afastamento e à relativização do compromisso social pregado pela Psicologia.

Dittrich (1999) também analisa a Psicologia Organizacional indagando se esta não seria uma distorção da Psicologia, um instrumento de adaptação dos homens ao trabalho e à organização de modo a manter uma realidade social injusta à classe trabalhadora e observa que esta área costuma ser preterida por estudantes e acadêmicos, como “uma espécie de irmã menor da Psicologia, um misto de asco e comiseração comum à mãe (prendada) que se refere a uma filha que se prostituiu” (DITTRICH, 1999, p. 51). Para o autor, a atuação do psicólogo nas organizações pautada exclusivamente nos princípios de seu Código de Ética profissional levaria,

fatalmente, à sua demissão, impossibilitando assim uma atuação crítica e compromissada com o trabalhador.

De fato, a Psicologia Organizacional e do Trabalho tem um duplo compromisso: um, em favor dos trabalhadores, seu desenvolvimento e sua Saúde Mental e outro, em prol das organizações, seus resultados, competitividade e produtividade (COELHO-LIMA; COSTA; YAMAMOTO, 2011). Essa ambiguidade pode levar a um delineamento pouco demarcado em relação às atribuições e atividades do psicólogo nas organizações, ao abandono da área e ao sofrimento destes profissionais, expostos à mesma lógica de subordinação a que estão os demais trabalhadores a quem atendem (PEREIRA, 2005).

O sofrimento do psicólogo enquanto trabalhador está associado a aspectos como remuneração, satisfação com o trabalho, condições de atuação e interação, descaracterização de sua identidade profissional constituída durante sua formação (muitas vezes pouco voltada a essa área de atuação, com maior enfoque na atuação clínica e liberal), desconhecimento das lideranças quanto ao real papel do psicólogo e sobrecarga de trabalho com conseqüente deterioração de outras esferas de sua vida (COELHO-LIMA; COSTA; YAMAMOTO, 2011). Além dos aspectos listados, é possível que o psicólogo vivencie conflitos internos entre suas convicções pessoais e profissionais no ambiente organizacional, onde podem ser convocados a colocar em prática e a participar de situações cujas ideias sejam divergentes da sua concepção profissional e ética, além da exigência para a realização de atividades operacionais, fragmentadas e descontextualizadas que reduzem suas possibilidades de atuação criativa (PEREIRA, 2005).

Sem dúvida, o exercício profissional nas organizações é um desafio. Entretanto, a manutenção do estereótipo do psicólogo do trabalho com base na imagem do psicólogo industrial do início do século XX pode desconsiderar ações como a busca por ambientes de trabalho geradores de crescimento e bem-estar sem, contudo, resultar em uma implosão das organizações,

descartando uma atuação com vista – também – em seu êxito. Retomando o exposto por Dittrich (1999), é possível que o psicólogo seja capaz de atuar em favor dos trabalhadores. Este espaço pode ser construído pelo profissional a partir do bom senso e boa comunicação, conquistando maior liberdade de atuação a partir de resultados e conquista de confiança pela administração, bem como pela visão estratégica relativa à gestão de/com as pessoas como premissa para seu bom desempenho.

Como formas de atuação atuais, o modelo de Psicologia Organizacional apresentado por Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013) se desenvolve em quatro vetores, sendo eles: 1- renovação de práticas clássicas (adoção de novas ferramentas e preocupações mais integrais referentes ao trabalhador, por exemplo); 2- emergência de novas práticas ampliando o foco das ações (como programas de saúde, bem estar e desenvolvimento de equipes); 3- ampliação do campo de atuação e do foco das ações (como ações estratégicas voltadas às táticas e políticas da organização e expansão para outros tipos de organizações como as não governamentais); 4- expansão para além dos limites das organizações (através da possibilidade de atuação voltada para o desenvolvimento de carreiras e junto aos trabalhadores desempregados, por exemplo).

Tomaremos como ponto de partida para um projeto de desenvolvimento humano nas organizações, questões referentes à relação entre os dois primeiros vetores identificados por Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013): Como podemos renovar práticas clássicas adotadas para o planejamento e realização de programas de Desenvolvimento Humano e Organizacional considerando a subjetividade do trabalhador e seu bem estar? E também – importante questionar – em que tais práticas podem contribuir para a administração do trabalho e seus resultados?

Vivemos a era do conhecimento, na qual o reconhecimento do capital humano enquanto potencial estratégico e diferencial competitivo nas organizações é premissa para sua perenidade e sucesso. O capital humano (também denominado Capital Intelectual) se constitui de competências técnicas (*hard skills*) e socioemocionais (*soft skills*) que podem ser compreendidas como conjuntos de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) desenvolvidos *com* os trabalhadores a partir de uma gestão com as pessoas. O destaque para a conjunção ‘com’ se justifica pela importância da participação das pessoas na gestão estratégica de uma organização (CHIAVENATO, 2014) e pelo diferencial metodológico representado pelas práticas andragógicas de ensino-aprendizagem dedicadas a adultos, cujos princípios são: autonomia, experiências anteriores, prontidão para a aprendizagem, aplicabilidade do aprendizado e motivação para aprender (KNOWLES, 2011).

Dentro da extensa gama de competências, destacam-se nas últimas décadas, as *soft skills*. Considerando que as inovações tecnológicas e a globalização – sobretudo, a partir da década de 1990 – trouxeram a percepção de um mundo do trabalho cada vez mais volátil, incerto, complexo e ambíguo (VUCA), em que competências socioemocionais são fundamentais para o Desenvolvimento Humano e Organizacional. Para além de saber fazer e possuir conhecimento técnico e experiência se tornaram ainda mais necessárias as habilidades sociais, das quais se destacam a capacidade de se comunicar com clareza e assertividade.

As competências socioemocionais são fundamentais para que os valores preconizados dentro da cultura organizacional evoluam do conceito à prática, possibilitando um melhor clima organizacional (uma das condições para o sentimento de bem-estar do trabalhador) e para o desenvolvimento dos Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO), cuja contribuição para com a eficácia e desempenho organizacionais se destacam nos diversos estudos realizados sobre o tema.

De acordo com Rego (2002), o constructo CCO é multidimensional e abarca dimensões discricionárias nem sempre explícitas ou formalizadas pelas organizações como: comportamento de ajuda, esportividade, lealdade, conscienciosidade, iniciativa e autodesenvolvimento. Tais dimensões dialogam diretamente com competências socioemocionais que podem ser trazidas pelo trabalhador em sua subjetividade, fruto de experiências anteriores, mas que também podem ser desenvolvidas coletivamente a partir de investimento no capital humano através de programas de Treinamento e Desenvolvimento.

Em relação ao Desenvolvimento de Pessoas, entende-se que as emoções e o afeto no trabalho cooperam diretamente para as questões de aprendizagem e de bem-estar do colaborador, bem como mudanças significativas ao longo da vida. À afetividade, torna-se importante destacar, que o estudo das emoções possibilita identificar forças e fraquezas que integram as competências humanas do colaborador nas rotinas que demonstram quão expressivas são as aptidões, as habilidades ou as dificuldades enfrentadas durante a execução das atividades. Buscar compreender as emoções que constituem o capital humano do colaborador é promover valores que perpassam a organização e atingem a sociedade da qual o colaborador é parte integrante, influenciando, assim, o sistema social. (BATTISTI; BAVARESCO, 2013, p. 206).

Dentro das práticas de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) na Gestão de Pessoas, os grupos são oportunidades de ensino-aprendizagem em uma perspectiva andragógica. O papel do psicólogo organizacional nesse processo é o de facilitador e mediador, cabendo destacar a impossibilidade da neutralidade nestes papéis tendo em vista sua participação ativa no processo grupal. Em se tratando de competências socioemocionais, distingue-se a definição dos grupos abaixo descritos como práticas de Desenvolvimento Humano, tendo em vista sua perspectiva mais ampla, para além da função

assumida pelo trabalhador no contexto organizacional para a qual é costumeiramente preparado através de Treinamentos.

Para Bastos (2010, p. 161),

a aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimentos, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros.

A seguir, serão apresentadas duas possibilidades de intervenção/desenvolvimento humano em processos grupais: mediação/resolução de conflitos em grupos operativos e desenvolvimento de habilidades de comunicação assertiva através de grupos focais. Ambas as práticas podem contribuir com o Desenvolvimento Humano e Organizacional e, mais que isso, podem ser ampliadas à práticas relacionais em diferentes contextos da vida-fora-do-trabalho, contribuindo com o bem-estar das pessoas para além dos muros organizacionais, tendo em vista a repercussão que as reflexões provocadas nestes grupos podem provocar na subjetividade do trabalhador participante.

A técnica do grupo operativo pressupõe três eixos norteadores: a tarefa explícita (ensino-aprendizagem, diagnóstico ou intervenção); a tarefa implícita (a vivência do processo grupal pelos integrantes) e o enquadre (tempo, frequência, funções). Vale ressaltar que o termo 'tarefa', postulado por Pichon-Rivière, é reservado a ações humanas que resultem em elaborações psíquicas a partir da integração entre sentir, pensar e agir (CASTANHO, 2012).

Tal como proposto por Pichon-Rivière (1998 *apud* BASTOS, 2002, p.165) "o processo grupal se caracteriza por uma dialética na medida em que é permeado por contradições, sendo que sua tarefa principal é justamente analisar essas contradições". É pelo movimento dialético de estruturação, desestruturação e reestruturação – característico dos grupos operativos – que a mediação/resolução de conflitos pode ser realizada, levando

em conta a subjetividade dos envolvidos, seus pontos de vista e sua disponibilidade a dialogar em busca da compreensão e resolução do conflito (tarefa). É da superação das contradições que emergem dos grupos criados a partir de um tema para discussão (ou tema gerador, conforme proposto por Paulo Freire) que novos *insights* surgem, ampliando a perspectiva do problema e transformando quantidade/intensidade de informação, vivências e afetos em qualidade discursiva e assertividade.

Assim como na perspectiva da Gestalt, em grupos operativos, os integrantes formam algo maior que a soma das individualidades (CASTANHO, 2012). Para Dutra (2015), é possível que tais grupos norteados por temas geradores sejam atravessados pela psicodinâmica do trabalho, cumprindo as funções de: ampliar os referenciais que significam a realidade; empoderar o trabalhador e de instaurar a coletividade entre estes.

Tal prática, para além da resolução de conflitos e, conseqüentemente, melhoria do clima organizacional, pode ser adotada para a resolução de problemas organizacionais. Quando existe abertura para a mudança nas organizações e a Gestão Estratégica valoriza a participação dos trabalhadores em uma gestão *com* as pessoas em que a cooperação seja valorizada em lugar da competição, é possível que uma catarse coletiva produza novas formas de realizar uma tarefa a partir do saber de quem as realiza, valorizando-se a criação grupal em que o conhecimento não é uma construção individual, mas uma produção social (DEL BARRIO, 1980).

Essa apropriação do modo de fazer pode, por consequência, ampliar a percepção de sentido do trabalho e da coletividade a partir dos elementos intercambiáveis destacados por Dejours e Molinier: “confiança, cooperação, mobilização subjetiva e reconhecimento” (DEJOURS; MOLINIER, 2008 *apud* DUTRA, 2015, p. 519) – muito importantes para a Saúde Mental do

trabalhador, além de contribuir para o engajamento profissional e emocional das equipes, tão almejado pelas organizações.

Outro processo grupal de grande relevância nas intervenções que visam o Desenvolvimento Humano nas organizações através de práticas andragógicas é o Grupo Focal. Conforme apresentam Biehl, Prestes e Grisci (2018), a técnica é usual em Gestão de Pessoas e relações de trabalho e consiste em uma interação grupal mediada a partir de determinado tema com o objetivo de coletar dados, problematizar questões e produzir *insights* através do estímulo ao diálogo e à exposição de percepções diferentes sobre o tema trabalhado coletivamente. Um Grupo Focal é norteado por tópicos guia ou um temário, que funcionam como o fio condutor da discussão em grupo.

Uma temática relevante e cada vez mais discutida nos ambientes de trabalho, possível de se trabalhar em Grupos Focais e com potencial para o Desenvolvimento Humano para além das organizações é a Comunicação Não Violenta (CNV). Prática proposta pelo psicólogo estadunidense Marshall Rosenberg, a CNV se apoia na Filosofia e posicionamento político da Não Violência e da Cultura de Paz, tendo como ícone o advogado indiano Mahatma Gandhi (1869-1948) e tem como objetivo reformular a forma pela qual as pessoas se expressam e ouvem os outros a partir de respostas mais conscientes que esclareçam o que se observa, os sentimentos experimentados a partir destas observações e das necessidades geradoras destes sentimentos que podem ser atendidas a partir de pedidos realizados de forma assertiva, bem como da escuta empática do outro, considerando suas observações, sentimentos e necessidades (ROSEMBERG, 2006).

De acordo com Pelizzoli (2012), a CNV possibilita a tomada de consciência dos sentimentos e necessidades compartilhados pelas pessoas, muitas vezes considerados fontes de conflitos devido ao pobre repertório que carregamos no que diz respeito à expressão e à escuta de sentimentos e

necessidades de forma compassiva e empática. Embora a CNV se paute em quatro passos (observação, sentimentos, necessidades e pedidos), é importante frisar em grupos dedicados ao desenvolvimento dessa competência socioemocional que, mais importante que se ater ao método (passos), o destaque e a efetividade da mudança na forma como a comunicação ocorre se encontram na intencionalidade; uma forma de ética prática e da alteridade.

No ambiente de trabalho, a abordagem dessa temática pode contribuir para a tratativa de problemas organizacionais provenientes de relações interpessoais deterioradas pela violência verbal que afetam consideravelmente o clima organizacional e a Saúde Mental dos trabalhadores, impactando ainda na produtividade e na rotatividade, afetados por práticas contrárias ao comportamento de cidadania organizacional, tais como assédio e autoritarismo, agentes de risco psicossocial no ambiente de trabalho. Nesse sentido, a CNV como prática pode contribuir na resolução de conflitos de modo a evitar confrontos violentos e na prevenção de comportamentos contrários à cidadania organizacional, tão importante para a garantia da cultura e concretização dos valores organizacionais (MONTEIRO *et al.*, 2020).

Ao realizar Grupos Focais sobre CNV especificamente para lideranças, além de melhorar os relacionamentos interpessoais gerenciados por estes profissionais (e por eles influenciados), é possível que o psicólogo organizacional tenha papel efetivo no processo de mudança e desenvolvimento organizacional voltado ao capital humano nas organizações. Para além da resolução de conflitos e assertividade na comunicação, a CNV pode ser muito relevante na realização de *feedbacks*. É recorrente que os liderados sintam aversão ao momento de devolutivas a respeito do desempenho e comportamento no trabalho e tal sentimento se relaciona à dificuldade que muitos líderes encontram para expressar com clareza e objetividade a

mensagem que desejam e necessitam transmitir, carregando a comunicação de julgamentos e exigências, o que prejudica a conexão com o trabalhador.

Embora o foco do trabalho nas organizações seja a produção e o alcance dos resultados, Lasater (2020) destaca que a base dos esforços em equipe é a comunicação e, para que esta seja bem-sucedida, a chave é a conexão. Portanto, é imprescindível preparar as lideranças para que o feedback resulte no efeito esperado no processo de Desenvolvimento Humano nas organizações em vez de provocar mal-estar e adoecimento psíquico aos trabalhadores e, conseqüentemente, resultados negativos em relação à eficácia dos processos organizacionais e à cultura organizacional.

Conclusão

Ao psicólogo nas organizações, pelo acesso aos trabalhadores, é facilitado o processo de formação de grupos onde a escuta e a mediação são importantes instrumentos de intervenção e desenvolvimento. Atuando nesse sentido, para além das práticas tradicionais da Psicologia Organizacional, é possível proporcionar um espaço de reflexão e reapropriação da realidade do trabalho, permitindo, como proposto por Lancmann (2004) com base na teoria dejouriana, o movimento subjetivo necessário para que mudanças ocorram nos processos laborais, amenizando seu potencial gerador de sofrimento e tornando a relação homem-trabalho mais prazerosa, saudável e dotada de sentido. Se apropriando das melhores práticas da Psicologia, para além da Teoria organizacional, é possível que a prática da Psicologia no trabalho seja dotada de sentido, potencialmente transformadora para as organizações, trabalhadores e para o psicólogo, cabendo a este profissional se posicionar neste espaço, atuando de forma consciente, crítica e criativa.

Os temas abordados em processos grupais dentro das organizações, quando dotados de sentido e apropriados

pelos trabalhadores podem ultrapassar os limites das organizações, ecoando em outras esferas em que estes sujeitos desempenhem papéis e podem contribuir para relações mais saudáveis dentro e fora do trabalho. Para a condução de grupos, é importante que o psicólogo esteja preparado para mediar e facilitar as temáticas (a partir do conhecimento sobre os assuntos e da habilidade em fazer intervenções sempre que necessárias), que realize um diagnóstico a fim de identificar os temas críticos a partir da realidade da organização e que elabore um planejamento das intervenções afiançado pela alta administração.

Também é fundamental que haja coerência entre o que é dito e o que é praticado dentro e fora destes espaços de Desenvolvimento Humano. Nesse sentido, ressalta-se o papel das lideranças e a importância de um processo “de cima para baixo” no que diz respeito à capacitação e desenvolvimento de toda estrutura organizacional para que os objetivos das intervenções em Psicologia Organizacional sejam alcançados.

Referências

BASTOS, Alice Beatriz B. Iziq. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; YAMAMOTO, Oswaldo H.; RODRIGUES, Ana Carolina de Aguiar. Compromisso social e ético: Desafios para a atuação em psicologia organizacional e do trabalho. *In*: BORGES, Lúvia de Oliveira; MOURÃO, Luciana (orgs.). **O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013, pp. 25-52.

BATTISTI, Roselaine Bencke; BAVARESCO, Angela Maria. Psicologia organizacional e o comportamento humano nas organizações. *In*: **Unoesc & Ciência-ACSA**, v. 4, n. 2, p. 203-212, 2013.

BIEHL, Caroline; PRESTES, Vanessa Amaral; GRISCI, Carmem Ligia Iochins. Grupo focal: uma contribuição à área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. *In: 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ)*, 2018, Fortaleza. Atas CIAIQ, v. 3, p.352-361, 2018. Disponível em: <https://dspace.unilasalle.edu.br/bitstream/11690/2427/1/vaprestes.pdf>. Acesso em: 07 out. 2022.

CASTANHO, Pablo. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. *In: Vínculo-Revista do NESME*, v. 9, n. 1, p. 47-60, 2012.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

COELHO-LIMA, Fellipe; COSTA, Ana Ludmila Freire; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. O exercício profissional do psicólogo do trabalho e das organizações: uma revisão da produção científica. *In: Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v.11, n. 2, p.21-35, jul./dez. 2011.

CONSELHO Federal de Psicologia. Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil. Brasília: 1992.

CONSELHO Regional de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CRP, 2005.

DEL BARRIO, Maria Alice NA. Resolução de conflitos inter e intragrupais nas organizações, através da técnica de grupo operativo. *In: Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.32, n.1, p.307-321, 1980.

DITTRICH, Alexandre. Psicologia organizacional e globalização: os desafios da reestruturação produtiva. *In: Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.19.n.1, p.50-65, 1999.

DUTRA, Wagner Honorato; CORRÊA, Rosa Maria. O grupo operativo como instrumento terapêutico-pedagógico de promoção à saúde mental no trabalho. *In: Psicologia: Ciência e Profissão*, v.35, p.515-527, 2015.

HELOANI, José Roberto Montes. A identidade do psicólogo do trabalho em tempos de globalização. *In: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 2, p. 48-52, dez. 1999.

_____. Psicologia do trabalho ou do capital? Eis a questão. *In: Revista Psicologia Política*, São Paulo, v.5, n.10, p.297-312, jul./dez. 2005.

KNOWLES, Malcolm Sheperd. **Aprendizado de resultados**: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Tradução de Sabine Alexandra Holler. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LASATER, Ike. **Comunicação não violenta no trabalho**: um guia prático para se comunicar com eficácia e empatia. Tradução de Laura Claessens. São José dos Campos: Colab Colibri: 2020.

LEÃO, Luís Henrique da Costa. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. *In: ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, Rio de Janeiro, v.2., n.2, p.291-305, 2012.

MONTEIRO, Luana Silva *et al.* A importância da comunicação não violenta (CNV) nas organizações públicas. *In: Revista Femass*, v.2, n. 2, p.125-146, 2020. DOI: <https://doi.org/10.47518/revista.femass.edu.br/index.php/femass/article/view/23/42> . Disponível em: <https://revista.femass.edu.br/index.php/femass/article/view/23/42> . Acesso em: 07 out. 2022.

PELIZZOLI, Marcelo L. Introdução à Comunicação Não Violenta (CNV)-reflexões sobre fundamentos e método. *In: Diálogo, mediação e justiça restaurativa*. Recife: Edufre, 2012.

PEREIRA, Maristela de Souza. **Sofrimento psíquico em psicólogos que atuam no contexto organizacional: um estudo na cidade de Uberlândia**. 2005. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

REGO, Arménio. Climas éticos e comportamentos de cidadania organizacional. *In: Revista de Administração de Empresas*, v.42, p.50-63, 2002.

ROSEMBERG, Marshall. **Comunicação não-violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Tradução de Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006.

URT, Sofia. A produção científica brasileira sobre a teoria e a práxis do psicólogo organizacional e do trabalho na virada do século XXI. *In: Revista Foco*, v.9, n.2, p.79-96, ago./ dez. 2016.