

ORGANIZADORES

Bruno da Silva Campos

Cristiane Moreira da Silva

PSICOLOGIA E SAÚDE

teoria e práticas

ORGANIZADORES

Bruno da Silva Campos

Cristiane Moreira da Silva

PSICOLOGIA E SAÚDE

teoria e práticas

I São Paulo I 2023 I



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P974

Psicologia e saúde: teoria e práticas / Organizadores Bruno da Silva Campos e Cristiane Moreira da Silva. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-821-8

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.98218

1. Psicologia aplicada. 2. Psicologia da Saúde. 3. Psicologia Clínica. 4. Saúde Pública. 5. Saúde Coletiva. I. Campos, Bruno da Silva (Organizador). II. Silva, Cristiane Moreira da (Organizadora). III. Título.

CDD: 158

Índice para catálogo sistemático:

I. Psicologia aplicada.

Jéssica Oliveira - Bibliotecária - CRB-034/2023

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons:

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0).

Os termos desta licença estão disponíveis em:

[<https://creativecommons.org/licenses/>](https://creativecommons.org/licenses/).

Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural.

O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Bieging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Bieging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Bianca Bieging
Estagiária	Júlia Marra Torres
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Edição eletrônica	Andressa Karina Voltolini
Imagens da capa	avocado_fam, Max4e, ksushafineart, mimagephotography - Freepik.com
Tipografias	Acumin, Gobold
Revisão	Os autores e os organizadores
Organizadores	Bruno da Silva Campos Cristiane Moreira da Silva

PIMENTA CULTURAL

São Paulo • SP

+55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 3

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski

Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt

Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva

Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosângela Colares Lavand

Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah

Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes

Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos

Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos

Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni

Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins

Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva.

Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein

Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues

Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva

Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro

Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho

Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrcia Lopes Pinheiro

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa

Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida

Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos

Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa

Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges

Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles

Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves

Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa

Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura

Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini

Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro

Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik

Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett

Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patrícia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil



PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

PREFÁCIO

O livro “PSICOLOGIA E SAÚDE: TEORIAS E PRÁTICAS” traz sete capítulos, onde cada um é composto por particularidades de práticas, de encontro entre saberes, e diálogos que permeiam narrativas e interfaces dos campos de conhecimento concernentes a psicologia e saúde. Você leitor, encontrará aqui, diversos diálogos entre múltiplas possibilidades de atuação, que podem ser desempenhadas no entrecruzamento de saberes plurais da psicologia enquanto ciência da saúde. Nesse sentido, este livro, é dirigido por diversos cenários que compõem o campo epistemológico científico, das diversidades descritas pelos autores, e de suas práticas profissionais e de pesquisa.

No primeiro capítulo “PRÁTICAS MEDIADAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA”, o autor Hugo Rocha de Oliveira, conversa sobre o isolamento social durante a Pandemia de Covid-19, e discutem sobre os fatores que levaram com que alguns serviços migrassem para o formato online. O texto teve como objetivo compreender de que modo as práticas mediadas por tecnologias foram desenvolvidas pelos psicólogos durante a crise sanitária de Covid-19 e como os psicólogos se adaptaram nesse contexto.

No segundo artigo dos autores Adriana Fiel Ribeiro e Bruno da Silva Campos, intitulado “UMA NOVA PERSPECTIVA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA: ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+”, dialoga sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre questões relativas a formas de abordagens a população LGBTQIAPN+ e conseqüentemente, de que modo podem interferir na procura pelos serviços ofertados nas unidades de saúde e na qualidade de vida, bem como orientar sobre o conceito de gênero e diversidade

sexual, desconstrução de estereótipos a partir do conhecimento do impacto que os determinantes sociais do preconceito e da discriminação causam na saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, travestis, transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual dentre outras identidades de gênero e orientações sexuais.

No terceiro capítulo denominado “PROPOSTAS GRUPAIS E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM PANORAMA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DAS FINALIDADES GRUPAIS ABORDADAS NOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”, os autores Raphael Curioni Raia e Neide Emy Kurokawa e Silva, conversam sobre como as propostas grupais são concebidas na atenção primária à saúde quanto às suas finalidades a partir dos Cadernos de Atenção Básica, através de uma pesquisa documental e da análise de conteúdo para sistematização e análise do material. Nesse capítulo, você leitor encontrará quatro grandes finalidades grupais com predomínio de propostas grupais baseadas em modelo pedagógico comportamental.

As autoras Danielle Leite de Oliveira Gusmão, Mirelli Aparecida Neves Zimbrão e Cristiane Moreira da Silva, discorrem no capítulo quatro “DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE: ESTRUTURAS DE UM CONTEXTO HISTÓRICO” sobre estudos no campo da deficiência, e de quanto as percepções construídas sobre as pessoas com deficiência interferem em suas vidas. O objetivo desse texto é levar o leitor a fazer uma reflexão sobre qual seria o papel da sociedade no movimento de reconhecer e respeitar a diversidade dos corpos, papel este responsável por romper com as barreiras e promover a participação das pessoas com deficiência nos diversos espaços sociais.

No quinto capítulo intitulado “ANSIEDADE, SEUS PROCESSOS PSICOSSOMÁTICOS E O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA”, o autor John Lucas Medeiros Pinto elucida sobre as manifestações psicossomáticas envolvidas nos processos ansiogênicos, levando o leitor a compreensão dos fatores que proporcionam níveis de ansiedade de



forma disfuncional. Ademais, o texto traz reflexões sobre a mobilização de energia, produzida pela ansiedade, na produção de um sintoma que não sinalizará a real necessidade a ser suprida no organismo.

No penúltimo capítulo de Ingrid Bortolotti Gomes, Natan Gastardelli Kleis e Daphne Malher Corrêa titulado “ANSIEDADE NA PONTA DOS DEDOS: APLICATIVOS DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO E A LÓGICA NEOLIBERAL DE RESPONSABILIZAÇÃO INDIVIDUAL” discute acerca das implicações da lógica neoliberal de produção e manutenção do sofrimento psíquico na contemporaneidade tomando o aplicativo para smartphone “Querida Ansiedade” como analisador.

No último capítulo, o autor Bruno da Silva Campos, traz reflexões sobre “PORQUE AINDA É NECESSÁRIO FALAR SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA?”, problematizando assim questões ligadas a saúde e justiça na atenção e garantia de direitos das pessoas com transtorno mental. Ademais, nesse texto o leitor será levado a compreender os sentidos sobre saúde, doença e aprisionamento institucional e social, visando o desenvolvimento de políticas públicas que levem em conta a relação entre esses fatores.



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

Mirelli Aparecida Neves Zimbrão

Hugo Rocha de Oliveira

Cristiane Moreira da Silva

Práticas mediadas em psicologia clínica.....13

CAPÍTULO 2

Adriana Fiel Ribeiro

Bruno da Silva Campos

Uma nova perspectiva sobre a saúde pública:
acolhimento e humanização dos profissionais em unidades
de saúde para população LGBTQIAPN+29

CAPÍTULO 3

Raphael Curioni Raia

Neide Emy Kurokawa e Silva

Propostas Grupais e Atenção Básica à Saúde:
um panorama sobre Promoção
da Saúde e Participação Social através
das finalidades grupais abordadas
nos Cadernos de Atenção Básica à Saúde43

CAPÍTULO 4

Danielle Leite de Oliveira Gusmão

Mirelli Aparecida Neves Zimbrão

Cristiane Moreira da Silva

Deficiência e acessibilidade:
estruturas de um contexto histórico.....62

CAPÍTULO 5

John Lucas Medeiros Pinto

Ansiedade, seus processos psicossomáticos e o olhar da Gestalt-terapia 79

CAPÍTULO 6

Natan Gastardelli Kleis

Ingrid Bortolotti Gomes

Daphne Malher Corrêa

Cristiane Moreira da Silva

Ansiedade na ponta dos dedos: aplicativos de autocuidado psicológico e a lógica neoliberal de responsabilização individual 97

CAPÍTULO 7

Bruno da Silva Campos

Porque ainda é necessário falar sobre a reforma psiquiátrica e a psiquiatrização da loucura? 115

Sobre os autores e autoras 132

Índice remissivo 135



1

*Mirelli Aparecida Neves Zimbrão
Hugo Rocha de Oliveira
Cristiane Moreira da Silva*

PRÁTICAS MEDIADAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA



RESUMO

O isolamento social durante a Pandemia de Covid-19 fez com alguns serviços migrassem para o online. Os psicólogos tiveram que se adaptar à nova realidade e repensar suas práticas no ambiente virtual. Buscou-se compreender de que modo as práticas mediadas por tecnologias foram desenvolvidas pelos psicólogos durante a crise sanitária de Covid-19. Foram entrevistados 11 psicólogos do Rio de Janeiro que estavam atuando de forma mediada nesse período. Com isso, observou-se que a desigualdade social afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados e que muitos não possuem acesso de qualidade. A falta de privacidade também fez com que o método de atendimento precise ser adaptado. Os profissionais relataram sentir falta do *setting* terapêutico, porém, o online reduziu custos referentes a locação e transporte. No geral, ficaram satisfeitos com os resultados das intervenções e pretendem continuar os atendimentos através das TICs.

Palavras-chave: Psicoterapia; atendimento online; tecnologias de informação; comunicação.

INTRODUÇÃO

O advento da Pandemia de Covid-19 fez com que boa parte das profissões passassem por uma adaptação ao modelo mediado por tecnologias, para que fosse possível a continuidade de seus fazeres. Embora já existisse o atendimento psicológico mediado por Tecnologias de Informação e Comunicação - TICs, (RESOLUÇÃO Nº 11/2018), essa prática permanecia restrita a alguns casos específicos e de curto prazo, sendo pouco aderida pela categoria. No ano de 2020, os psicólogos se depararam com a necessidade de se adaptar, visto que o atendimento online seria a única forma possível de prestar suporte aos clientes (BITTENCOURT *et al.*, 2020).

O Conselho Federal de Psicologia publicou em 26 de março de 2020 a Resolução Nº 4 que regulamenta as práticas mediadas pelas TICS considerando o contexto da pandemia. Esse cenário levou os psicólogos a se reinventarem, adaptando suas práticas diante das novas necessidades e alternativas.

Assim, o presente artigo busca compreender de que modo as práticas mediadas por tecnologias foram desenvolvidas pelos psicólogos durante a crise sanitária de Covid-19. Pretende-se também discutir acerca do acesso e qualidade dos atendimentos, bem como a opinião dos profissionais em relação a continuidade dos atendimentos online.

MÉTODO

A pesquisa se caracteriza como um estudo empírico qualitativo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Petrópolis sob o parecer nº CAAE 33729420.5.0000.5281.

Participaram do estudo 11 psicólogos clínicos do estado do Rio de Janeiro, selecionados por conveniência e que estavam atuando de forma mediada por tecnologias devido às medidas de isolamento social acarretadas pela Pandemia da COVID-19. Após serem orientados acerca dos objetivos da pesquisa, os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com o uso das ferramentas *WhatsApp*, *Google*, *Meet* e *Zoom* (escolha do participante) e gravadas para posterior transcrição e tratamento dos resultados que se deu através da Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados, originando 3 categorias: a) **Acessibilidade Digital**: traz discussões sobre o manejo da tecnologia, acesso de qualidade, aspectos referentes ao distanciamento e/ou dificuldade de interação por conta da tecnologia; b) **Adaptação e Eficácia das Intervenções**: reúne as opiniões dos psicólogos sobre o atendimento mediado antes e depois da pandemia, e outras reflexões acerca do *setting* terapêutico, privacidade e eficácia das intervenções; e c) **ferramentas e permanência pós pandemia** pretende problematizar os meios utilizados para a realização dos atendimentos e a permanência ou não dessa prática.

A) ACESSIBILIDADE DIGITAL

A temática da acessibilidade digital esteve presente no relato dos 11 psicólogos entrevistados, aparecendo ora como aspectos positivos, ora negativos. Foram abordados diversos temas como o manejo da tecnologia, acesso de qualidade, distanciamento e/ou dificuldade de interações.

O termo de acessibilidade consiste em: algo que se pode ter acesso; a que se tem acesso; fácil de atingir (DICIONÁRIO ONLINE, s/d). Todavia, no caso de atendimento pode-se ir mais além, considerando também a qualidade de acesso.

Sendo assim, é importante compreender as dimensões sociais, pois, mesmo convivendo diariamente com a tecnologia, muitas pessoas têm dificuldades, seja ela por não saberem utilizá-la ou pela desigualdade social e financeira que impede que muitas pessoas tenham acesso a uma internet de qualidade. A participante D sinaliza a desigualdade de recursos e acessos ao afirmar que “tem uma questão social muito grande, pacote de dados de celular às vezes não vai segurar [...], eu não troco nunca estar na presencial” e acrescenta que esse período serviu para mostrar que “nem todo mundo é informatizado como a gente imaginava”.

Além disso, algumas pessoas podem ter ainda dificuldades específicas com algumas tecnologias, a exemplo de alguns idosos que por fazerem parte do grupo de risco durante a pandemia tivera que realizar suas consultas ou até mesmo o contato com os familiares e amigos através das TICs, sendo necessário aprofundarem seus conhecimentos com a tecnologia ou aprender do “zero”, para que pudessem manter suas rotinas e hábitos. Velho e Herédia (2020) indicaram que utilizar as tecnologias para manter as relações durante esse período serviu como um grande potencializador de saúde mental para diversos grupos.

Outras grandes dificuldades relacionadas ao acesso estão ligadas a latência de atraso, que devido a “quedas” de sinal ocorre uma quebra no contato paciente-psicólogo. A esse respeito o entrevistado RC aponta que “você está ouvindo e quando você quer falar acaba que corta a minha fala” o que acaba prejudicando a qualidade do atendimento. Apesar disso, os participantes afirmam que é uma forma potente de atendimento, a depender da acessibilidade que ambos dispõem, da forma que é ofertada e ainda do uso que se faz.

Entretanto, esses são modos que o paciente e o psicólogo conseguem conciliar e controlar, outros casos podem não ser controlados ou contornados com tanta facilidade, como falhas técnicas ou eventos naturais. Nesse contexto, um dos entrevistados sinaliza que

Devido a uma chuvarada, de muito vento, caiu uma árvore pra baixo, interrompeu a rede, luz, telefone, internet de todo mundo, e eu entrei em desespero, porque eu fiquei aquele dia inteiro sem poder nem sequer mandar mensagem para os pacientes explicando o que tá acontecendo [...].

Essas interrupções podem não só prejudicar como impedir, por vezes, o atendimento, como pode ser observado no relato “não sei se foi a minha ou a internet dela que não funcionou, aí a gente teve que interromper e marcar para o dia seguinte” (V). Diante disso, pode-se perceber o evento ocasionou uma quebra no discurso do paciente, podendo prejudicar o que vinha sendo trabalhado durante o atendimento, além disso, a reposição/ continuidade fez com que o profissional dedicasse o dobro de tempo para um atendimento, tendo em vista que teria que disponibilizar um novo horário.

A dificuldade de se ter acesso aos recursos necessários não é o único ponto que afeta a qualidade dos atendimentos, a falta de interação não verbal também pode ser sentida como uma barreira no manejo clínico. Assim, Baldanza (2006, p. 8) afirma que

A ausência de expressões corporais pode ser considerada como um ponto fraco na interação e sociabilidade em ambiente virtual. Diferentemente da comunicação face a face, que envolve não somente a fala, mas também um conjunto de expressões corporais que se comunicam e esboçam emoções, a interação no ambiente virtual não possui esse contato, e o corpo e suas manifestações tornam-se ausentes. Contudo, nesse ambiente, onde a comunicação é realizada por meio de aparatos técnicos, o corpo real dá lugar a outros tipos de representação de emoções, uma vez que na comunicação medida não há contato físico e integração entre corpos reais.

Com isso, para que a psicologia possa usufruir do atendimento mediado pelas TICs não basta apenas ter acesso aos recursos tecnológicos, de modo que se faz necessário todo um trabalho de adaptação para o modelo virtual, considerando as peculiaridades de cada caso e demanda. Por fim, é preciso estar atento na avaliação de sua eficiência, isto é, se essa modalidade é capaz de alcançar os resultados esperados.

B) ADAPTAÇÃO E EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES

A passagem dos atendimentos psicológicos presenciais para uma modalidade mediada por TICs fez com que muitos profissionais se questionassem acerca de como adaptar suas abordagens e técnicas ao novo contexto. Nesse momento os psicólogos começaram a se perguntar se seria possível adaptar qualquer abordagem/ linha teórica para essas necessidades? Como se daria o atendimento infantil? Como adaptar os jogos e brincadeiras? E com idosos? Como trazer para a tela atividades práticas? Seria possível manter práticas como avaliação psicológica? Ou ainda se as pessoas teriam privacidade para se abrir estando em casa? Esse movimento gerou críticas, incertezas e questionamentos sobre se, de fato, as intervenções teriam a mesma eficácia dos atendimentos presenciais (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Anterior a experiência do atendimento mediado durante a crise sanitária de Covid-19, o tema já dividia opiniões entre os psicólogos. Um dos participantes relata que “Eu já atendia uns pacientes online antes de começar a pandemia [...] então quando começou a pandemia eu já estava habituado” (PA). Embora o atendimento online já estivesse sendo difundido e se tornando um movimento crescente, de acordo com os dados do E-Psi (CFP, 2020a), nem todos os profissionais estavam prontos para se inserir nessa modalidade, como pode ser observado nas falas a seguir: “[...] sempre lutei contra, inclusive

quando lançou àquela resolução de 2018 eu fui uma pessoa contra a resolução, e aí vem a pandemia e diz assim: meu querido se você não utilizar você não atende." (D) e ainda "[...] eu não via com bons olhos, não me agradava, não me atraía a questão de atendimento online, [...] no entanto, tive que fazer na marra, porque era isso ou interromper todos os atendimentos e ficar completamente sem renda" (FW).

Não obstante os próprios pacientes também tinham suas opiniões iniciais sobre a forma mediada por TICs. O entrevistado RC sinaliza que "[...] dos meus pacientes que eu tinha, poucos aderiram à perspectiva de fazer online, ou seja, muitos pararam o tratamento, preferiram parar o tratamento e alguns poucos entraram nessa modalidade de fazer a mediação pela internet". A não aderência dos clientes deve ser considerada não apenas como resistência, devendo também ser compreendida a partir da realidade social brasileira.

Araújo *et al.* (2020) apontam a desigualdade de acesso a internet como um importante aspecto relacionado à dificuldade de acessar a diferentes serviços durante a pandemia. Além disso, percebeu-se que muitas pessoas tiveram dificuldades em relação ao espaço, pois não possuíam um lugar adequado e com privacidade para realizar as sessões. Esse fato é explicado ao considerar que muitas vezes, a casa era dividida com diversos familiares, ou até com mais de um núcleo familiar, não oferecendo assim, um ambiente adequado para a realização dos atendimentos, antes garantido pelo próprio consultório.

Diante do exposto, os participantes ressaltam diversos fatores que influem no atendimento online, como a pouca leitura corporal do paciente devido a visão restrita da tela, "eu não consigo ver de que forma estão as suas pernas" (V), outro participante também sinaliza que antes via todo o consultório, o paciente inteiro e "hoje eu tenho uma tela de 5 polegadas" (CSR). Vale destacar que, além da visualização restrita pelo tamanho da tela, a capacidade da internet também influencia na qualidade da imagem, fazendo com que esta

fique picotada, ou com baixa resolução, o que dificulta a leitura das expressões faciais por parte do psicólogo.

Outra dificuldade relacionada ao acesso e qualidade dos dispositivos (como mencionado na categoria anterior) foi a pouca habilidade para manusear os dispositivos. A invasão do espaço doméstico também foi mencionada como algo sentido tanto pelo paciente, quanto pelo terapeuta, segundo RC “acho que você abrir sua câmera, dentro da sua casa, eu acho que é uma invasão absurda de intimidade”.

Ainda em relação a configuração do espaço, os participantes também relataram acerca do *setting* terapêutico, trazendo essa configuração como um espaço não apenas mais propício, como também confortável para aguentar as horas de trabalho. Segundo EPV “no consultório eu foco no rosto, mas eu posso deslizar suavemente o meu olhar por um corpo mais amplo, espaço de um sofá, aqui não, é um foco permanente, eu acho muito cansativo”. De forma semelhante outro psicólogo afirma que

a coisa que mais sinto falta, é do meu espaço e da minha poltrona, entendeu? Porque assim, a dor nas costas, até o momento de achar um local na casa, que tivesse um pouco menos de barulho, que a cadeira, eu já troquei de cadeira 548 mil vezes, já tentei na sala para sentar no sofá, já tentei [...] mais não. Assim eu sinto muitaaa falta do meu espaço, da minha poltrona, de ter [...] eu sinto muita falta de alguma interação, com alguns pacientes.

Marasca *et al.* (2020) sinalizam a importância de orientar o cliente no preparo do ambiente para o atendimento online, de modo que o mesmo se torne confortável e seguro, retirando distratores e prezando pela privacidade a fim de não se ter interrupções. Entre as preocupações mais recorrentes entre os entrevistados estava exatamente a dificuldade de se garantir a privacidade. Um dos participantes levanta a seguinte questão problema:

A pessoa pode te ouvir bem, mas quando a pessoa vai falar, e se a questão for o casamento; a mulher tá ali do lado, o marido tá ali do lado, como que se trata isso? Então, tem uma perda sim do ponto de vista da intimidade, da questão do vínculo, mas mesmo assim a gente tenta encontrar recursos pra ir adaptando esse processo (D).

Outros profissionais discorreram sobre a necessidade de adaptar o método de trabalho para garantir ou minimizar os potenciais prejuízos da falta de privacidade. Segundo FW:

[...] teve paciente que não tinha privacidade em casa, às vezes mora num lugar muito pequeno né, com várias pessoas em casa, então não tinha como né fazer, não tinha privacidade para fazer uma chamada de vídeo ou para ficar gravando áudio, então a pessoa preferia texto, a pessoa se trancava no banheiro e ficava lá digitando, então a gente foi adaptando foi aprendendo, eu fui aprendendo coisas com os pacientes.

Outro profissional também utilizou o atendimento por texto, segundo ele "outros não estão tendo privacidade em casa nem pra fazer um atendimento por vídeo, então fazem o atendimento por texto. Então assim, impactou bastante. Tive que me readaptar totalmente ao meu método de trabalho. Foi uma mudança bem brusca nesse sentido" (W).

Ressalta-se que apesar de não ser o método mais indicado ou utilizado, considerando que se perde toda a comunicação não verbal, essa adaptação é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (RESOLUÇÃO Nº11/2018) e permitiu chegar em pessoas que não seria possível alcançar por vídeo devido a falta de privacidade como sinalizado pelos participantes.

As mudanças e adaptações pensadas e realizadas nesse período levantaram questionamentos a respeito da eficácia do atendimento mediado por TICs. Muitos profissionais se perguntavam se as intervenções teriam os mesmos resultados do presencial.

A psicóloga V destaca que “eu vou chamar de resultado, mas assim, acho que o andamento da terapia muito melhor que o presencial. Então assim é, acho que, alguns estão tendo um resultado muito legal. E eles estão sentindo isso também”. Segundo outra profissional, “eu tive que me adaptar com bastante resistência e comecei a ver a eficácia e a procura” (E). E acrescenta “eu tenho percebido efeitos nos atendimentos individuais muito próximos ou os mesmos de uma terapia presencial eficaz, muito tranquilo, seguindo todos os passos naturalmente” (E).

Deve-se salientar que o atendimento mediado por TICs não iniciou com a pandemia, e sim já vinha sendo experimentado e testado desde a Resolução Nº 011/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que foi se atualizando com as demandas e novas possibilidades de ferramenta (SIEGMUND *et al.*, 2015). Assim, o atendimento mediado por TICs, segundo a participante E, “é uma terapia real, não é algo que aparente terapia, e chega aos objetivos de autoconhecimento, de melhoria, de controle, tão eficaz quanto a terapia presencial”.

Para se chegar aos objetivos deve-se estar atento aos pormenores do processo, como identificar as ferramentas que melhor favoreçam ou se adequem ao cliente, tendo em vista suas capacidades e limitações. Com tantas adaptações feitas e uma tendência cada vez mais forte de resolver tudo sem sair de casa, seria o atendimento online um substituto permanente da modalidade presencial ou as pessoas voltarão aos consultórios com o retorno da nova normalidade?

C) FERRAMENTAS E PERMANÊNCIA PÓS PANDEMIA

Muitas discussões foram feitas acerca de modos, formas e meios de atendimento durante a pandemia do COVID-19 e o que esperar para o futuro. Perguntas como: “Quando tudo voltar ao normal, será presencial ou vamos continuar à distância?” promoveram

uma gama de discussões sobre qualidade de atendimento, praticidade e comodidade.

A tecnologia está “impregnada” na sociedade, países como Austrália, Estados Unidos, China, Reino Unido, já utilizam os meios de comunicação *online* em psicoterapias amplamente aceitas e difundidas. Uma vez que uma série de estudos apontam que os efeitos de atendimentos à distância são similares aos efeitos de um atendimento presencial. Como exemplo, o estudo de Pieta (2014 *apud* BITTENCOURT *et al.*, 2020, p. 44) o qual promoveu atendimentos com 24 pacientes de forma síncrona, sendo presenciais e online, encontrando resultados favoráveis e parecidos comparando as duas modalidades.

Entretanto, há vários fatores influenciáveis para que esse modo de atendimento seja positivo. Um dos cuidados necessários é o meio utilizado para realizar os atendimentos de modo que sejam resguardada a privacidade e o sigilo dos conteúdos ali expostos (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005).

Os participantes relataram diversos meios de comunicação testados e usados para o melhor acompanhamento para junto de seus pacientes, sendo os principais: videochamadas por *Whatsapp*, *Meet*, *Zoom* e *Skype*. Além das mensagens de texto. Cada um tinha sua preferência de acesso com seus pacientes, sendo um dos preferidos para esse tipo de contato o Zoom, pois pacientes e psicólogos afirmavam que era o que menos travavam as imagens e o som era melhor do que os outros meios de comunicação.

Essas ferramentas também possibilitaram que através desse novo meio de atendimento fosse possível alcançar um número maior de clientes, não só no âmbito da própria cidade quanto do próprio país, como relatado por FW “Hoje eu posso atender, assim, eu falo inglês, então se eu quiser eu posso atender pessoas até de outro país, uma coisa que era impensável [...]”.

Porém, alguns entrevistados apresentaram pontos importantes a serem discutidos sobre a dificuldade de atendimento, tais como acesso de qualidade (categoria a), falta de privacidade e perda de comunicação não verbal (abordadas na categoria b) que podem vir a ser dificultadores do processo psicoterapêutico. Nesse sentido alguns profissionais afirmam que “a vontade do presencial, é uma exigência muito grande. ‘Quando que a gente volta?’” (D). Outra entrevistada sinaliza que “querem retornar presencial quando for possível, né, acho que os meus de antes nenhum vai querer ficar online, então assim, a preferência tanto deles quanto a minha, ainda é o meu espaço, minha poltrona, ainda é o presencial” (V). Outros advertem ainda que o uso das TICs deveria ser feito quando não houvesse possibilidade de encontros presenciais (RC).

Embora alguns ainda mantenham a preferência pela modalidade presencial, outros indicativos mostram que “esse novo normal, esse espaço tecnológico, ele já está impregnado, ele não sai mais” (D). Com essa observação, notamos que o virtual pode ser um facilitador para clientes que possuem despesas de locomoção como ônibus, carro, estacionamento, vagas, tempo. A praticidade e a comodidade também são grandes fatores de influência para a permanência das consultas online. O psicólogo também se beneficia desses mesmos fatores obtendo redução de custos e comodidade.

Nessa linha, vários participantes apontam para a continuidade permanente dos atendimentos online no pós-pandemia, enfatizando que “claro, estando aqui em Petrópolis vou dar preferência obviamente ao presencial, mas não estando em Petrópolis, acho que segue sim nessa modalidade” (D). Ou ainda, “então, eu tenho visto com bons olhos e pretendo manter essa prática, coisa que não era minha realidade antes da pandemia” (E).

Há ainda profissionais que digam “eu não quero outra vida, mesmo depois que a pandemia acabar, com certeza vou continuar online [...] eu vou priorizar o atendimento online” (FW). É evidente

que o atendimento mediado por TICs pode contribuir para que mais pessoas sejam alcançadas ou ainda para a redução do custo do serviço, consequentemente se tornando mais acessível para pessoas com condições socioeconômicas menos favorecidas. Todavia, é preciso estar atento para as necessidades de cada caso, nem todos os pacientes podem ser atendidos dessa forma, como aconselha o próprio CFP. Além de alguns se sentirem mais confortáveis no *setting* terapêutico tradicional.

Não apenas os atendimentos psicológicos passaram a ser online, muitas profissões que antes eram 100% presencial passaram a se utilizar das práticas mediadas, transformando seus ambientes de trabalho em híbrido ou 100% *home office*. Faz-se necessário acompanhar tais avanços a fim de compreender quais efeitos essa nova realidade trará a médio e longo prazo nas habilidades sociais e relações interpessoais em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia despertou a sociedade de modo geral para uma nova realidade na qual é possível resolver tudo através das TICs, com menor custo e sem sair de casa. Nesse contexto os atendimentos psicológicos se aproveitaram das tecnologias possibilitando que os profissionais acompanhassem seus clientes durante o difícil período de isolamento social. Apesar das inúmeras vantagens, a exclusividade do atendimento online também pode acarretar a exclusão social de pessoas que não possuem recursos e acesso de qualidade, haja vista que como mencionado nas discussões, nem todos possuem internet de qualidade, além da falta de espaço e privacidade.

A qualidade dos atendimentos também foi relacionada às ferramentas utilizadas. Com a passagem para a virtualidade, surgiram diversas ferramentas e plataformas destinadas a reuniões, encontros

e atendimentos. Apesar disso, novas discussões têm surgido referentes aos aspectos éticos em torno dessas ferramentas. Dentre os principais temas estão a garantia da privacidade, sigilo e não vazamento de informações. Além da postura ética dos próprios profissionais.

Entretanto, mesmo com a liberação para a volta da presencialidade, muitos profissionais permanecem dividindo suas cargas horárias entre presencial e online, ou deixaram seus consultórios para priorizar o atendimento mediado por TICs. Ainda que sua eficácia tenha sido comprovada, mostrando ser tão responsiva quanto às intervenções presenciais, ressalta-se que o ser humano é um ser social e que cada vez mais o contato e as interações têm sido substituídos por telas.

Enquanto categoria, os profissionais precisam refletir sobre as possíveis consequências da virtualização da vida, na qual as interações sociais são cada vez mais escassas, distantes e superficiais. Esse olhar cuidadoso deve ser estimulado ainda durante a formação, para que os futuros profissionais aprendam a utilizar as tecnologias a seu favor e de forma segura, garantindo a qualidade do serviço por eles prestado.

Contudo, sugere-se que sejam feitos novos estudos com os psicólogos que têm atendido por meio de plataformas digitais, a fim de compreender quais têm sido seus resultados, qual o perfil dos clientes que procuram esse atendimento, aderência dos mesmos para o tratamento, aspectos éticos e outros temas que possam vir a colaborar para a melhoria do atendimento em psicoterapia online.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, José Newton Garcia *et al.* A tecnologia e a atividade dos psicólogos e psicólogas em tempos da pandemia de covid-19: desafios e apontamentos. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 3, p. 1101-1120, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BITTENCOURT, Henrique Borba *et al.* Psicoterapia on-line: uma revisão de literatura. **Diaphora**, v. 9, n. 1, p. 41-46, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2020a). **Cadastro e-Psi. Todas as regiões: quantidade de aprovações e reprovações por ano**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado a partir de <https://transparencia.cfp.org.br/psicologo/cadastro-e-psi/>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2018). **Resolução Nº 11, de 11 de maio de 2018**. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 11/2012. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-11-2018-regula-mentaaprestacaodeservicospsicologicos-realizados-por-meios-de-tecnologias-da-informacao-e-da-comunicacao-erevoga-a-resolucao-cfp-no-11-2012?origin=instituicao&q=11/2018>. Acesso em: 17/02/2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2020b). **Resolução nº 4, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissionaln42020dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-pormeiodetecnologia-dainformacaoedacomunicacaoduranteapandemiadocovid19?origin=instituicao&q=004/2020>. Acesso em: 17/02/2023.

DICIONÁRIO ONLINE. (s/d). **Significado de Acessibilidade**. Disponível em: <https://www.significados.com.br/acessibilidade/>. Acesso em: 13/02/2023.

MARASCA, Aline Riboli *et al.* Avaliação psicológica online: considerações a partir da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) para a prática e o ensino no contexto a distância. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

SIEGMUND, Gerson *et al.* Aspectos éticos das intervenções psicológicas on-line no Brasil: situação atual e desafios. **Psicologia em estudo**, v. 20, n. 3, p. 437-447, 2015.

VELHO, FÁBIO DANIEL; HERÉDIA, VANIA BEATRIZ MERLOTTI. O Idoso em Quarentena e o Impacto da Tecnologia em sua Vida. **Rosa dos Ventos**, v. 12, n. 3, p. 1-14, 2020.



*Adriana Fiel Ribeiro
Bruno da Silva Campos*

UMA NOVA PERSPECTIVA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA:

ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE SAÚDE
PARA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+



RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre questões relativas a formas de abordagens a população LGBTQIAPN+ e conseqüentemente, de que modo pode interferir na procura pelos serviços ofertados nas unidades de saúde e na qualidade de vida, bem como orientar sobre o conceito de gênero e diversidade sexual, desconstrução de estereótipos a partir do conhecimento do impacto que os determinantes sociais do preconceito e da discriminação causam na saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, travestis, transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual dentre outras identidades de gênero e orientações sexuais. A metodologia embasou-se por meio de pesquisa bibliográfica como perspectiva de análise para compreensão do tema. Os resultados apontam para a importância do desenvolvimento de habilidades de profissionais que estão envolvidos direta ou indiretamente nos atendimentos prestados diariamente nas unidades de saúde, afim de possibilitar novos arranjos e intervenções no âmbito da saúde da população LGBTQIAPN+, de modo que seja percebido como acolhedor e humanizado.

Palavras-chave: Políticas públicas, direitos humanos, equidade, saúde LGBTQIAPN+.

INTRODUÇÃO

Códigos penais de vários países ocidentais, tiveram alterações que propiciou a descriminalização da homossexualidade, devido a visão científica, dessa forma, homossexuais deixaram de ser pressuposto de leis punitivas e de objeto imoral. Entretanto, a ciência ainda conjecturava a homossexualidade como algo ruim que haveria de ser tratado, redimido, regenerado, sanado. Os 'homossexuais' foram transferidos da prisão para hospícios e hospitais, a fim de serem submetidos a tratamentos que inseria isolamento, uso obrigatório de hormônios, medicamentos e tratamento de eletrochoque, cuja intenção era remodelar/corrigir seu comportamento (BRASIL, 2017).

Através da psicanálise, no início do século XX, com a inserção de saberes psicológicos a questões homossexuais, acreditava-se que se tratava de um distúrbio no desenvolvimento sexual de um estado ao qual o sujeito mudava de formas ou apresentava-se sob diversas formas (polimorfo) desde a infância, até que se apresentasse a heterossexualidade já na fase adulta. Mais tarde, no relatório Kinsey, foi evidenciado que as práticas homossexuais eram comuns naquela época e que a divisão entre homossexuais e heterossexuais existiam de forma desmedida (FILHO, 2006).

Com o desdobramento do processo de patologização no início do século XX, a homossexualidade começa a ser vista como problema médico, que necessita de avaliação e tratamento. A partir daí, no Brasil, revistas de medicina legal e de criminologia iniciam publicações sobre o tema, dando força ao discurso fenomenológico da homossexualidade. Por ainda não haver nenhuma explicação coerente sobre as "causas" da homossexualidade, estudiosos fomentaram teorias que pontavam para distúrbios do sistema nervoso, problemas endocrinológicos e psicológicos (BRASIL, 2014).



Com o avanço dos estudos das ciências sociais, das escolas psicanalíticas e a organização e atuação de grupos LGBTQIAPN+, as configurações no campo “patologização homossexual” foram propagadas nas instituições ocidentais, todavia, explana-se as evidências de que a homossexualidade tem representações diferentes e variantes em outras épocas e em outras culturas. De acordo com esses estudos, podemos dizer que a homossexualidade em algumas sociedades tem comportamentos aceitáveis, sendo visto como sinal de amizade quando por exemplo, um homem anda de mãos dadas na rua com outro homem e, em outra sociedade, esse mesmo comportamento pode ser visto como homossexual. Outro exemplo é que, numa relação sexual, quando apenas um é penetrado, este é considerado homossexual enquanto que o outro é considerado “homem macho” (BRASIL, 2017).

De acordo com Rosa (2015), o ano de 1948, foi marcado pelo reconhecimento e afirmação dos Direitos Humanos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada com a criação da Organização das Nações Unidas, que muito embora não faça referência às identidades LGBTQIAPN+ - lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, travestis, transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual dentre outras identidades de gênero e orientações sexuais, enfatiza o direito à dignidade, à igualdade, à liberdade, à equidade, salientando que não deverá haver distinção de qualquer espécie e nenhuma privação dos Direitos Humanos, sendo assim, podemos concluir que alguns direitos que foram divulgados na ocasião, implementam o ajustamento da saúde da população LGBTQIAPN+, que se subdivide em orientação sexual – quando um sujeito indica por qual gênero se sente atraído, e identidade de gênero e orientação sexual – quando o sujeito se identifica como sendo homem ou mulher. Todo ser humano é passível de direitos, ressaltando a honra, a privacidade que são fatores essenciais no processo de desenvolvimento da singularidade de cada sujeito. Esses e vários outros direitos assegurados pela Declaração, produziu grande repercussão internacional, a praxe da sexualidade e

das diversas formas de exprimir o gênero inspiraram a organização de Conferências e Convenções para discutir a noção de direitos humanos e reforçar a compreensão do tema e a importância da prática.

David O. Cauldwell (1897 - 1959) conceitua a transexualidade como desejo mórbido-patológico de querer ser pertencente ao sexo oposto, caracterizado pela necessidade de ter o sexo modificado através de cirurgia. Para David, devido às situações adversas e de vulnerabilidade durante a infância, essa manifestação deveria ser considerado como doença mental (CORDEIRO, 2015).

Em Belmonte (2009), verificamos que em 1952 a Associação Americana de Psiquiatria (APA), deu início as publicações (periódicas e internacional) do manual de definições de doenças e transtornos mentais intitulado DSM I - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, por conseguinte, esses manuais alavancaram encontros e eventos de estudiosos, trabalhos acadêmicos no intuito de promover diálogos acerca dos conteúdos contidos no DSM. Nessa primeira versão que se baseava pelo viés da psiquiatria e psicanálise, a homossexualidade foi definida como comportamento desviante do "comportamento padronizado", o chamado desvio sexual, teve sua definição decorrente do fetichismo, da pedofilia, do sadismo sexual e do travestismo, que foi classificado como Transtorno de Personalidade Sociopática. O novo DSM II, publicado 16 anos depois, definiu a homossexualidade com uma perturbação.

Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre questões relativas a formas de abordagens e conseqüentemente, de que modo pode interferir na procura pelos serviços ofertados nas unidades de saúde e na qualidade de vida de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Os indicadores de saúde estão além da existência de prazer ou sofrimento, contudo, cabe aos profissionais da saúde, utilizar estratégias face às situações geradoras de sofrimento para converter em situações geradoras de prazer (MENDES *et al.*, 2002).

Quando profissionais, desde o vigia até o coordenador da unidade de saúde, desenvolvem habilidades na forma do trato e de abordagem ao público LGBTQIAPN+, propiciam um ambiente mais acolhedor, livre de discriminação, gerando vantagens no desenrolar das ações e atividades desenvolvidas, pois saúde não é somente ausência de doença, mas um conjunto de fatores que levam o indivíduo a um estado de bem estar físico, mental e também um estado de “bem estar social” (OMS, 2016).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi desenvolvido a partir da percepção da necessidade de reflexão sobre as formas de tratamento de profissionais da área da saúde, com foco em grupos de indivíduos, que estejam em situação de vulnerabilidade social como: lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, travestis, transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual dentre outras identidades de gênero e orientações sexuais em unidades de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo das situações de abordagem e acolhimento ao público LGBTQIAPN+. Assim, para a realização do mesmo, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema. Tal método se torna pertinente nesse contexto para compreender a percepção dos profissionais de saúde a partir dos estudos que vem sendo realizados na atualidade.

Fonseca afirma que a

Pesquisa Bibliográfica é realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto (2017, p 26).

O estigma e a segregação a esses grupos de vulnerabilidade social é algo manifesto, desde o século XVIII, entretanto, a mobilização promovida por grupos LGBTQIAPN+, vem ganhando força, conquistando espaço e direitos que antes não era possível de alcançar devido à discriminação e ao preconceito. Surge então novas possibilidades de se trabalhar a subjetividade dentro da singularidade de profissionais de modo a influir sobre resultados positivos no que tange a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, travestis, transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual dentre outras identidades de gênero e orientações sexuais, contudo, não podemos negligenciar que existe a reação mecânica a fatores internos e externos existente em função de aspectos pejorativos advindos de uma sociedade machista e preconceituosa.

Para melhor entender como sucede a satisfação do público LGBTQIAPN+, em ambientes destinados a tratamento de saúde, foram pesquisados na literatura científica como em dados de estudos qualitativos e do ponto de vista metodológico, ainda é necessário a produção de mais estudos buscando verificar discernir significados entre a satisfação nesses ambientes, identificar e avaliar aspectos que exercem impactos sobre a saúde do público LGBTQIAPN+ e da eficácia das intervenções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

INVISIBILIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Percebe-se que apesar de tantas conquistas realizadas ao longo dos anos, a luta ainda é constante pela visibilidade social e por direitos que são meramente ilustrativos no que tange a constituição efetiva de políticas públicas pois, ainda é muito comum, relatos de desrespeito e discriminação de profissionais com pessoas que compõem o grupo LGBTQIAPN+.

Falta exercitar a prática do acolhimento e humanização nas unidades de saúde. Nesse contexto, visualiza-se ações de combate a homofobia dentro dos serviços de saúde, restando linkar saberes científicos a dogmas de profissionais de diversas áreas. Vale ressaltar que a forma como profissionais percebem o público LGBTQIAPN+, e suas questões, interferem diretamente na qualidade do atendimento, tendo em vista que por vezes, essa relação é importante para compreender as necessidades através da escuta, bem como entender os obstáculos emblemáticos que limitam a busca pelos serviços de saúde no espaço público.

A legitimidade das várias formas de violência homofóbica, transcorre entre o próprio convívio familiar, na escola, em ambiente religioso, no trabalho, nos atendimentos em locais públicos, essa ausência do efetivo direito de ir e vir, aponta para questões relevantes que devem ser investigadas com ações interventivas pautadas na ética e equidade, com o propósito de levar informação sobre práticas em saúde e suas especificidades, sobre a importância do cuidado, integralidade e sucesso nos atendimentos à população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde.

O preconceito, a discriminação contribuem para culpabilização do próprio usuário LGBTQIAPN+ por contrair readequação sexual, bem como o reconhecimento do nome social dentre outros. Tal invisibilidade acarreta consequências para grupos subalternizados que se veem diferentes num mundo cheio de regras e conceitos, em virtude de ações excludentes e disparadoras de demandas cada vez mais emblemáticas, onde o sujeito se culpabiliza por suas escolhas diferentes ao mesmo tempo que se patologiza, e se mantém distante de um serviço de saúde que gera desconforto, envolve pouca confiabilidade por causa das falhas de sigilo dos atendimentos, além do não comprometimento profissional e conceitos pessoais que envolve influência religiosa, valores morais da sociedade, que fere o código de ética.

Há ainda a “diferença” no atendimento ofertado às travestis de baixa renda, negras e com mais idade que se difere das travestis

mais jovens, bonitas e que militam. Chamar a travesti pelo nome masculino em sala cheia de outros pacientes, percebido pelas travestis. No que tange aos profissionais, é possível perceber as limitações em compreender a diversidade, a resistência em reconhecer e lidar com o próprio preconceito, em falar sobre o tema. A questão em regra evidencia tanto a insegurança quanto os constrangimentos para profissionais e usuários dos serviços de saúde, que obstaculiza a adesão a tratamentos (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

Nesse contexto, as pessoas que passam por um processo de internalização de sentimentos limitadores como o preconceito, podem ter reações defensivas que são respostas dos modos de atuação da população LGBTQIAPN+, junto aos heterossexuais, ainda que estes, não manifestem nenhum tipo de preconceito. Dessa feita, temos como resultado o medo, o silêncio que podem inferir nas relações interpessoais, na relação profissional-paciente, onde prejudica e dificulta oportunidade para promover orientações necessárias à saúde LGBTQIAPN+.

Vale ressaltar que a relação estabelecida entre profissional usuário(a) se concebe sob a ótica de que o profissional detém do poder e do conhecimento, cujo usuário torna-se receptor das informações autenticadas como verdades, dessa forma, o usuário tende a se limitar em tirar dúvidas e relatar fatos se mantendo em silêncio.

Fica evidente que é necessário que se reveja novas políticas públicas num formato mais interventivo onde o profissional se atente de forma mais comunicativa, buscando investigar e compreender as necessidades do usuário bem como a simbologia daquele pedido de ajuda ao profissional que, naquele momento, precisa identificar fantasias, crenças, as dimensões subjetivas, sociais e suas necessidades, para que o atendimento se conceba de modo acolhedor e humanizado para com os usuários LGBTQIAPN+, no Sistema Único de Saúde (SUS), efetivando o compromisso com os direitos dos cidadãos e cidadãs que buscam os serviços de saúde pública (SANTOS *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado à importância do assunto, a saúde da população LGBTQIAPN+, enquanto questão vinculada às políticas públicas, implica desafios das mais diversas ordens, necessitando de novas perspectivas por qualidade nos atendimentos.

A luta dos movimentos LGBTQIAPN+ tiveram alguns êxitos, pois além de algumas conquistas de direitos, conseguiram mobilizar autarquias dando ênfase à patologização advinda de concepções médicas, neste quesito, a homossexualidade foi retirada das listas de patologias do DSM IV e da lista de classificação de doenças OMS Organização Mundial da Saúde. Em 2013, o DSM - V desconsiderou a transexualidade como Transtorno de Identidade de Gênero e substituiu o termo por Disforia de Gênero, uma vez que finalmente ficou entendido que a definição de “transtorno” era utilizada para discriminar e segregar transexuais tendo como base para promover discursos contrários aos direitos das pessoas trans que eram consideradas portadoras de Disforia de Gênero.

Embora que, o CID 10 ainda adota a classificação Transtorno de Identidade de Gênero, o CID 11 está sendo revisado para nova publicação. Ativistas de vários países criticam a classificação e pedem a extinção da transexualidade do CID e do DSM, por entender que esse diagnóstico patologiza e não contribui para produção de gênero, cujo termo torna tendencioso para discriminação e preconceito de pessoas trans, contrariando as normas vigentes (BAGOAS, 2016).

O profissional de saúde, seja médico, enfermeiro, técnicos, dentre outros, precisa desconsiderar a relação entre suas opiniões e conceitos pessoais e sua prática profissional, pressupondo que a atuação profissional seja blindada a estereótipos e construções dos modos de vida dos homossexuais em seus gêneros e orientações sexuais. Os discursos promovidos à cerca do tema devem ser ampliados desde a formação acadêmica como forma de quebra de resistência.

É importante assumir que o público LGBTQIAPN+ não se resume apenas em uma multiplicidade de orientações e identidades de gênero, mas que para além disso, em sua maioria, são pessoas oriundas da periferia, que trazem marcas da vulnerabilidade social e das desigualdades como raça/etnia, faixa etária, classe social, que influencia na demanda e na busca pelos serviços, além de tornarem-se vítimas deste espaço que não deveria ser provedor de discriminação e preconceito (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

Este trabalho buscou conhecer situações que envolvem a saúde da população LGBTQIAPN+, a maneira de como isso pode afetar a vida de um sujeito angustiado que adocece e precisa de cuidados. Destacou atitudes invasivas e discriminatórias que interferem sobre a relação profissional-paciente, dificultando a procura pelos serviços de saúde.

A intenção foi produzir reflexão de modo a atrair atenção de profissionais de saúde a identificar fatores que podem subsidiar discussões sob um novo olhar nas práticas em saúde primando pelo acolhimento humanizado ao qual todos tem direito (CARDOSO; FERRO, 2012).

REFERÊNCIAS

AMARAL, Daniela Murta. **A psiquiatrização da transexualidade:** análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30545551/Dissertacao_d Acesso em: 19 de maio de 2017.

Belmonte, Pilar Rodriguez. **História da homossexualidade:** ciência e contra-ciência no Rio de Janeiro (1970-2000). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6145/2/19.pdf>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

BITTENCOURT, Danielle; FONSECA, Vanessa; SEGUNDO, Márcio. Acesso da população LGBT moradora de favela aos serviços públicos de saúde: Entraves, Silêncios e Perspectivas. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/542/504>>. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Curso UNA SUS. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2017, Disponível em: <https://moodle.uerj.unasus.gov.br/aimoodle/cursos/lgbt04/timeline/index2.html>. Acesso em 29 de Abril de 2017.

BRAZ, Erika. Lésbicas Reivindicam Atendimento Humanizado e Livre de Discriminação. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/lgbtnoticias/29366-lesbicas-reivindicam-atendimento-humanizado-e-livre-dediscriminacao>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

CAMPOS, Lisboa Jéssica; ALVES, Jéssica Luana da Silva. A invisibilidade da saúde da população LGBT: uma reflexão acerca da homofobia presente nos espaços institucionais de saúde. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo6/a-invisibilidade-dasaude-da-populacao-lgbt-uma-reflexao-acerca-da-homofobia-presente-nosespacos-institucionais-de-saude.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução cfp nº 001/99 de 22 de março de 1999**. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2017.

CORDEIRO, Ana Carolina Silva; SCOTT, Russel, Parry. **Transmasculinidade e na saúde:** Reflexão sobre Experiências de Usuários Transexuais do Consultório de Rua em Recife / PE. Disponível em: <http://eventos.livera.com.br/trabalho/98-1020150_30_06_2015_03-13-05_8149.PDF>. Acesso em: 11 de setembro de 2017.

CZEZACKI, Aline. **Transexualidade:** A Liberdade de Ser Você Mesmo. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/lgbt20noticias/29373-transexualidade-a-liberdade-de-ser-voce-mesmo>. Acesso em: 24 de outubro de 2017.

FILHO, Alípio de Sousa. Teorias sobre a gênese da homossexualidade: ideologia, preconceito e fraude. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/alipiosousa/index_arquivos/ARTIGOS%20ACADEMICOS/ARTIGOS_PDF/Teorias%20sobre%20a%20gênese%20da%20homossexualidade%20-%20ideologia,%20preconceito%20e%20fraude.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

LIMA, Paulo César Ferreira de. A Negligência da Saúde Pública com os Usuários LGBT no Brasil. Disponível em: <<http://webartigos.com/artigos/anelegancia-da-saude-publica-com-os-usuarios-lgbt-no-brasil/110203>> Acesso em: 28 de novembro de 2017.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROZA, Claudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer: sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. *In*: MENDES, A. M., BORGES, FERREIRA, M. C. **Trabalho em transição, Saúde em risco**. p. 27. Brasília: UNB, 2002.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Curso UNA SUS, 2017. Disponível em: <<https://moodle.uerj.unasus.gov.br/aimoodle/cursos/lgbt04/timeline/index2.htm>>. Acesso em: 29 de abril de 2017.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. **Relatório final 3ª conferência nacional de políticas públicas de direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais** Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cncd-lgbt/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1>. Acesso em 18 de novembro de 2017.

MOURA, Andréia Leal; JUNIOR, Paulo Fernando Mafra de Souza. Políticas Públicas para a população LGBT: Programas de Ações na Área da Saúde. Disponível em: <<http://www.riachonet.com.br/artigo-politicaspublicas-para-populacao-lgbt-programas-de-acoes-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

RIBEIRO, Leonídio. Ciência, homossexualismo e endocrinologia. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000300009>. Acesso em: 30 de julho de 2017.

RIBEIRO, Mara Rejane; RIBEIRO, Getúlio. **Educação em Direitos Humanos e Diversidade: Diálogos Interdisciplinares**. Maceio/AL: Edufal,, 2012. Disponível em: http://www.ufal.edu.br/aedhesp/biblioteca-virtual/downloads/livro19_educacao-humanos-e-diversidade-dialogos-interdisciplinares. Acesso em: 19 de setembro de 2017.

ROSA, Aruanã Emiliano Martins Pinheiro. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a liberdade de orientação sexual**: interpretação do caso brasileiro. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/1.-ROSA-Aruan%C3%A3-Emiliano-Martins-Pinheiro-A-Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos-de-1948-e-a-liberdade-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-sexual-interpreta%C3%A7%C3%A3o-do-caso-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 27 de agosto de 2017.

SANTOS, Elder Cerqueira; CALVETTI, Prisca U; ROCHA, Katia B; MOURA, Andreina; BARBOSA, Lucia H; HERMEL, Julia. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology** - 2010, Vol. 44, Num. 2, pp. 235-245. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/284/28420641004/>>. Acesso em: 26 de outubro de 2017.

SEDH. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos e LGBT**. Presidência da República Secretaria Especial dos Direitos Humanos SEDH. Disponível em: <<http://www.arco-iris.org.br/wpcontent/uploads/2010/07/planolgbt.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

SILVEIRA, Marta de Carvalho. As penalidades corporais e o processo de consolidação do poder monárquico afonsino (1254-1284). Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1392.pdf> Acesso em: 25 de julho de 2017.

SOUSA, Patrícia Juliana de; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; COSTA, Aurélio Molina da; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id141r0.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

Teles de; ADAMI, Fernando. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341757015.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2017.

3

*Raphael Curioni Raia
Neide Emy Kurokawa e Silva*

PROPOSTAS GRUPAIS E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

UM PANORAMA SOBRE PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS
DAS FINALIDADES GRUPAIS ABORDADAS
NOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

**RESUMO:**

O presente artigo analisa como as propostas grupais são concebidas na atenção primária à saúde quanto às suas finalidades a partir dos Cadernos de Atenção Básica, através de uma pesquisa documental e da análise de conteúdo para sistematização e análise do material. Encontram-se quatro grandes finalidades grupais com predomínio de propostas grupais baseadas em modelo pedagógico comportamental.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Propostas Grupais; Finalidades Grupais.

INTRODUÇÃO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS), nomeada de Atenção Básica à Saúde (AB) no Brasil, é compreendida como um nível de atenção à Saúde integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) composto por um conjunto de ações de saúde abrangentes que compreendem a perspectiva de assistência individual, familiar e coletiva, pautadas na lógica de prevenção, de proteção, de reabilitação, de redução de danos, de cuidados paliativos e de vigilância em saúde. Esse arranjo é efetivado através de práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada por meio de uma equipe multiprofissional direcionada aos cuidados e acompanhamento de certa população em um território definido (BRASIL, 2012; GRABOIS, 2009; PAIM, 2009).

A APS/AB é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de modelo clássico e receptoras de usuários, pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF) centradas no trabalho e diálogo com e no território, Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) destinadas às populações ribeirinhas e o Consultório na Rua com trabalho direcionado à população em situação de rua (BRASIL, 2012; 2017).

As atividades desenvolvidas na APS/AB, principalmente pelas equipes de saúde da família (eSF), podem favorecer a integração, envolvimento e articulação com a comunidade, podendo auxiliar no reconhecimento de capacidades criativas, propositivas e de cunho gerencial dessas pessoas. Identificar, fortalecer e estimular movimentos e iniciativas próprias de certa população reforçam tais aspectos e, além disso, possibilitam o direcionamento do protagonismo por parte dessas pessoas na organização do processo de saúde (BRASIL, 2012; 2017; SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Dessa forma, torna-se plausível assumir o uso de algumas ferramentas e instrumentos como meios de se estabelecer ou permitir

que sejam explorados tanto a aproximação da ESF com a população quanto o desenvolvimento da participação desses cidadãos e de uma conjuntura que possibilite um processo de transformação das condições que impactam na saúde e no seu cuidado (IDEM).

Assim, as propostas grupais incluem-se como atribuição de membros da equipe da APS/AB como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Além desses profissionais, a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS) nesses espaços torna-se algo presente, tendo o componente de pertencimento e conhecimento das necessidades locais, criando um elo vincular da comunidade com a equipe. Algumas modalidades de apoio podem ser constituídas, como do Núcleo de apoio/ampliado à Saúde da Família (NASF) ou de certo apoio matricial com a inserção de outros profissionais da saúde, podendo também estarem ligados de forma direta e/ou no planejamento de atividades como as grupais (IDEM).

GRUPOS: O FENÔMENO SOCIAL E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PROPOSTAS GRUPAIS

O termo *grupo* pode apontar para (1) como tal fenômeno se dá no mundo de forma espontânea, assim, os grupos dentro de uma dimensão coletiva, em sentido social; (2) em como ele pode ser produzido como forma de estudo ou de aplicação em campos institucionais, nesse ponto como abordagens ou propostas grupais com finalidades e intencionalidades (organizados com finalidades específicas); assim como a (3) construção de uma classe ou classificação de coisas ou objetos reunidos formando um todo de mesma origem ou afinidade (LAPASSADE, 2016).

As propostas grupais não se confundem com o termo grupo e suas aplicações ao se caracterizar algo do fenômeno social –

grupalidade, algo que remonta ao fenômeno humano em ser gregário e de se organizar em certas coletividades – , nem com classes de objetos, portanto, apontam para aquilo que está ligado ao uso ou instituição de perspectivas de intervenção ou aplicação de grupos em certo local. Algo que é instituído, algo que técnicos fazem para atingir certas finalidades ou objetivos (IDEM).

De certo, somente a partir dos estudos dos grupos, das massas e multidões que surgem os experimentos para estudo das dinâmicas de grupo e outros elementos, possibilitando, então, a aplicação desse tipo de estruturação teórico-prática consolidada na técnica do que fazemos ao propormos grupos. É sobre o que fazemos e propomos, e não sobre o fenômeno que existe. Os grupos instituídos ou propostos para desempenhar alguma função em determinada instituição/local encontram-se sob a óptica de um pequeno grupo para reproduzir, em miniatura, algumas características como a dinâmica psicológica, aspectos socioeconômicos, políticos e culturais de um grande grupo (AMARAL, 2007; FERNÁNDEZ, 2006; MINICUCCI, 2012).

PROPOSTAS GRUPAIS: CLASSIFICAÇÕES E UMA TIPOLOGIA POR FINALIDADES

Uma série de atividades profissionais acabam instituindo propostas grupais como intervenções nesses campos de trabalho objetivando a resolução de conflitos. Tal advento apenas se sustenta e se concretiza pelo potencial demonstrado a partir de estudos que buscam reconhecer dinâmicas e processos que ocorrem em pequenos grupos. Assim, o estudo sistêmico aponta potencialidades que são rapidamente utilizadas para propósitos de mediação (MINICUCCI, 2012).

Dentre variadas formas e modelos utilizados, é possível pensar sobre alguns arranjos classificatórios ou tipológicos para as propostas grupais. Assim: há metodologias e formas de se chamar ou intitular grupos, trazendo uma gama de possibilidades classificatórias variante de certo enfoque que é reconhecido dentro da estrutura ou dos componentes grupais. Zimerman e Osorio (1997) salientam que são comuns classificações dadas a variados pontos de vista como (a) *vertentes teóricas*, (b) *tipo de setting (aberto, fechado, homogêneo)*, (c) *finalidade a ser alcançada*, (d) *pessoas componentes – público*, (e) *tipo de vínculo estabelecido com o coordenador*, (f) *tipo de técnica aplicada*, (g) *área em que o grupo está sendo aplicado*, entre outras possibilidades.

Utilizar o enfoque nas finalidades das abordagens grupais sugere um direcionamento mais relevante e interessante dentro do que é possível de se pensar sobre o uso de grupos em seu aspecto tipológico ou classificatório. Assim, certa finalidade está implicada a determinada metodologia – como se faz – e pelo motivo de se utilizar, apontando a uma finalidade, o que indicaria possíveis situações em que possa ter relevância o seu uso para alcançar certos objetivos – método/objetivo/finalidade. Sendo assim, a partir do ponto da finalidade, configuram-se duas grandes áreas: a dos (a) *grupos psicoterápicos e terapêuticos* e a dos (b) *grupos operativos* (FERNANDES, 2003; ZIMERMAN & OSORIO, 1997).

Seguindo esse enfoque quanto as finalidades, Zimerman e Osorio (1997) dividem os *grupos psicoterápicos* em (1) *psicodramáticos* – Psicodrama de Moreno, (2) *cognitivo-comportamental*, (3) *psicanalítico* – Psicanálise como base, (4) *teoria sistêmica*. Seriam os psicoterápicos aqueles que buscam uma ação de psicoterápica a partir da aquisição *insight* dos aspectos de teor inconscientes, tanto dos indivíduos como da totalidade grupal. Fernandes (2003) aponta a presença de grupos que seriam terapêuticos, não necessariamente, psicoterapêuticos, mas com um propósito terapêutico além da dimensão psicológica. No entanto, tanto os

psicoterapêuticos quanto os terapêuticos teriam uma finalidade próxima (ZIMERMAN & OSORIO, 1997).

Quando Pichon-Rivière (2005) aponta para a proposta dos *Grupos Operativos*, ele estabelece de forma clara as dimensões de um espaço grupal em que são estabelecidas trocas de experiências através de uma *tarefa* dentro de um conteúdo importante para os participantes. Aprende-se não somente por ensinarem, mas por ser possível conseguir construir formas de se fazer a partir do que é trocado em termos de experiências, do que alguém sabe, de como alguém vê o que é possível fazer e resolver situações, de como é possível mudar formas de como alguém conduz sua vida: o grupo é um espaço para se testar. Ao falar de *projeto*, entende-se uma dimensão para além do grupo, ou seja, como operacionalizar tais mudanças na vida (ZIMERMAN & OSORIO, 1997).

PROCESSUAL VERSUS TREINAMENTO/MEDIAÇÃO

Além da perspectiva de classificação de propostas grupais quanto à finalidade, há também uma característica significativa a ser levantada em conta quando falamos sobre o fenômeno de se criar ou fazer um grupo: se a intencionalidade da proposta tende a ser mais participativa e processual – deixar o grupo ter o seu processo – ou se o que se encontra subjacente à proposta seria promover uma dinâmica de mediação de conflitos e/ou de treinamento de repertório comportamental ou de rotinas. Tais possibilidades se afastam de forma antagônica – *polarizadas*, de forma que algumas propostas grupais podem estar mais próximas de uma concepção e menos da outra (CARLOS, 1998; FERNÁNDEZ, 2006; LANE, 1989).

Diante das diferentes concepções, abordagens e finalidades vislumbradas pelo trabalho com grupos, incluindo o próprio processo grupal, este trabalho tem por objetivo analisar as finalidades das propostas grupais na Atenção Primária à Saúde a partir dos Cadernos de Atenção Básica à Saúde (CAB) tecendo uma relação de como esses espaços grupais são pensados, o quanto tem como base a perspectiva da participação social potente no território marcado pela APS/AB.

METODOLOGIA

Ancorado em uma dimensão qualitativa e exploratória de pesquisa, este trabalho apoiou-se na perspectiva da Pesquisa Documental caracterizada segundo Bravo (1991), Gil (2008) e Sá-Silva *et al.* (2009) como um tipo de procedimento em que se utilizam métodos e técnicas que possibilitem apreender, compreender e analisar variados tipos de documentos, podendo estes serem materiais escritos, numéricos e estatísticos, de reprodução de imagens, assim como de documentos-objeto.

Dessa maneira, foi realizado o levantamento do material técnico-normativo ou de referencial técnico e teórico/pedagógicos compreendido pelos quarenta e dois exemplares de Cadernos da Atenção Básica (CAB) confeccionados pelo Ministérios da Saúde entre os anos de 2000 e 2018.

Para realizar a análise dos documentos foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2016, p.37) compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] marcado por uma grande disparidade de formas adaptável a um campo de aplicação muito vasto”, reunindo condições de aplicabilidade a discursos diversos, de forma a direcionar o investigador na busca do que se encontra dito como o que se configura no não dito; assim, tange ao que se

coloca visível e enunciado em suas camadas não somente explícitas, mas também no jogo das nuances implícitas. Dessa forma, relaciona-se em desvendar quais são os reais ou possíveis significações implícitas às palavras e outros itens comunicacionais.

Para se aproximar do conteúdo pertinente e condizente com a temática do trabalho buscou-se uma codificação por procura nos arquivos de PDF dos CAB a partir da palavra *grupo*. A partir disso, cada termo era analisado de forma a compreender se se tratava de algo referente a grupos instituídos, ou seja, processos grupais, ou se estavam falando de grupo como algo social ou de alguma categoria específica. Posteriormente foram criadas categorias que buscavam compreender qual era a finalidade a que às propostas grupais estavam atreladas, assim, encontrando similaridades a serem agrupadas e diferenças entre cada agrupamento definido a partir dos CAB. Ao final foi realizada a interpretação dos dados agrupados em categorias a partir das finalidades das propostas grupais.

RESULTADOS

Os quarenta e dois (42) Cadernos de Atenção Básica (CAB) são representados por quarenta e uma (41) edições, em que uma delas possui dois volumes (Acolhimento à demanda espontânea – número 28), constando publicações no período de 2000 e 2018.

Os cadernos contemplam termos diversos, sendo mais recorrentemente abordados aqueles ligados à Hipertensão Arterial Sistemática (HAS), assim como outros agravos cardiovasculares, e Diabetes (DIA) em seis (6) exemplares. Compreende-se a preponderância de temas ligados a doenças crônicas, em especial, diabetes e hipertensão, considerando a transição do perfil de adoecimento no país. Assistiu-se à redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias desde a década de 1940 devido ao êxito nas formas

de prevenção e imunização, assim como nos aspectos do envelhecimento, da urbanização, das mudanças sociais e econômicas e da globalização atuantes em alterações do modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Tal fenômeno é constituído da mudança de agravos infecciosos e de transmissão para o de aspectos de cronicidade relacionados à obesidade e sedentarismo. A hipertensão, o diabetes e outras doenças crônicas acabam confeccionando um panorama dos tipos de agravos mais comuns no país e a necessidade de cuidado duradouro (DUARTE; BARRETO, 2012; MENDES *et al.*, 2012).

A Saúde da Criança e da Gestante abrange temáticas relacionadas ao pré-natal, crescimento, desenvolvimento, acompanhamento, amamentação e alimentação, que estão presentes em quatro (4) exemplares. O NASF, também com dois CAB, aponta para uma preocupação e importância do apoio de profissionais fora dos componentes da equipe básica, o que é interessante por sugerir que se assume a atuação de saberes diversos para auxiliar na linha de cuidado e nas estratégias da APS/AB. Por outro lado, em grande parte, há um maior enfoque para uma perspectiva dos agravos e do adoecimento do que de formas de prevenção e promoção, assim como de perspectivas de participação social ou de recortes comunitários em saúde.

Observou-se que alguns cadernos não exploraram propostas grupais em seus conteúdos, ao passo que outros mencionaram o termo em vários trechos dos textos. Dos quarenta e dois CAB, doze não abordam conteúdos relacionados a propostas grupais, tendo nos trinta restantes uma variedade significativa do uso e abordagem sobre grupos.

O CAB em que mais vezes as propostas grupais ou – elementos dentro das propostas grupais – são encontrados apresenta-se como o caderno nº 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Os cadernos nº 34 – Saúde mental, nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade

e nº 27 – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família também abordam de forma robusta elementos que tangem o universo de se instituir grupos na APS/AB.

Um número maior de elementos que abordam propostas grupais nesses CAB pode ter relação com áreas de formação mais próximas das temáticas grupais e de formas de instituir grupos como a Psicologia, por exemplo, presente no NASF e fundante nos cuidados em Saúde Mental. Por outro lado, quanto ao cuidado de pacientes com doenças crônicas, há a sugestão de que se vislumbre tanto a necessidade de formas preventivas como maneiras de cuidado que possam contemplar agravos de caráter continuado e sem reversão ("cura"). Assim, a complexidade do cuidado e um enfoque menos assistencial curativista parece ser mais vinculado ao tipo de agravo de caráter crônico (FALKENBERG, 2014).

FINALIDADES GRUPAIS

Foi possível apontar quatro categorias relacionadas às finalidades das propostas grupais na APS a partir dos CAB, sendo estas, (a) Pedagógica, (b) Suporte (Psico) terapêutico, (c) Operativa e (d) Racionalização do Processo de Trabalho.

A finalidade Pedagógica é a que se estabelece como a mais abordada nos CAB, estando presente na grande maioria dos cadernos, seja por edições quanto por volume geral. Nos documentos há a vinculação do uso de grupos como uma finalidade de firmar espaços dentro do âmbito da educação em saúde com foco no processo ensino-aprendizagem. Assim, grupos são abordados como potenciais processos em que são transmitidas informações sobre saúde consideradas importantes para adesão ao tratamento, para o autocuidado, assim como para estabelecimento de rotinas mais saudáveis, a partir de mudanças comportamentais que possam acrescentar hábitos

considerados como bons que gerem qualidade de vida, assim como na retirada dos aspectos da rotina considerados danosos. São pensados como propostas para se prevenir de agravos, para promover saúde e para realizar reabilitação da condição de saúde.

Ex1: "Portanto, é a família, o usuário, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover adesão [...] A adesão ao tratamento pode ser motivada por ações educativas nos grupos de educação em saúde, no momento da dispensação, da orientação farmacêutica e por meio do seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2010b, p. 82) "

Em alguns momentos também há a presença de elementos que relacionam a finalidade pedagógica com uma dimensão de direitos, em uma dimensão sobre cidadania, participação social e de melhorias de condições de saúde. Assim, essa finalidade fica subdividida em uma temática ligada aos (1) agravos em saúde e outra sobre os (2) direitos dos cidadãos.

Na dimensão suporte (psico)terapêutico há a possibilidade dos grupos se apresentarem a partir de cinco subfinalidades ou característica, sendo estas: (1) de apoio ou suporte, (2) como terapêuticos, (3) como psicoterápicos, (4) de convívio e (5) de geração de renda. Em geral, a perspectiva terapêutica se apresenta como uma dimensão primária e as outras subfinalidades apresentam elementos muito específicos ao se estabelecer certa rede ou forma de suporte às pessoas ao lidar com questões de saúde. Em suma: todas perspectivas sugerem um fazer terapêutico com certas especificidades.

Um grupo pode ser terapêutico quando ele é usado para dimensões de cuidado que visam à melhoria de condições patológicas em geral, e psicoterápico quando se busca ação psicoterápica a partir do insight de aspectos inconscientes, e essa dimensão *psi* aponta para estratégias consolidadas em técnicas comportamentais, cognitivas e demais arcabouços teóricos e práticos do campo psicológico.

Ex2.: *"Grupos terapêuticos: além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal (BRASIL, 2014a, p. 69)".*

O de apoio/suporte possui características há uma forte presença da questão do suporte e apoio social em situações de vulnerabilidade evocando essa dimensão de estabelecimento de uma rede de apoio que possa reduzir os sofrimentos e oferecer um espaço de pertencimento, de enfrentamento e de ajuda.

Ex3.: *"Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio (Brasil, 2010, p. 90)".*

As propostas grupais são abordadas com a finalidade de convívio em poucas passagens pelos CAB e, em geral, seu uso está associado às situações e contextos em que há certo esfacelamento do tecido coletivo, gerando, assim, o isolamento social. Por vezes são apresentadas finalidades de geração de renda nesses próprios grupos de convívio. Em geral, são iniciados por um processo de alguma atividade ocupacional nesses grupos que capacitam ou possibilitam o aprendizado, assim como oficinas de pessoas do grupo ou de pessoas ou profissionais de fora do grupo. Por vezes os grupos de convívio também apresentam a possibilidade de geração de renda, ou pelo menos pela capacitação.

A finalidade operativa nas intervenções grupais é apresentada nos CAB referindo-se a uma aproximação à proposta de Pichon-Rivière. Um grupo operativo teria a característica de objetivar o aprendizado através do compartilhamento e troca de experiências, a partir da proposição de tarefas a serem estabelecidas, pensadas e resolvidas. Tal proposta está consolidada em um fazer que se dê a partir de um formato problematizador e participativo. Por vezes há o uso do termo grupo operativo que sugere uma proposta diferente a de Pichon-Rivière, podendo ser um distanciamento da técnica ou uma nomenclatura idêntica para uma proposta diferente (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Ex4.: "Segundo Pichon-Rivière (2005) [...] o grupo operativo ocorre por um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica ou objetivo compartilhado, onde cada participante, com suas peculiaridades, expressa suas opiniões, defende pontos de vistas ou simplesmente, fica em silêncio [...] Assim, visa fortalecer o grupo favorecendo uma adaptação ativa à realidade a partir do rompimento de estereótipos, revisão de papéis sociais, elaboração das perdas cotidianas e superação das resistências a mudanças. (BRASIL, 2013a, p. 124)".

Em muitos momentos as propostas grupais são apresentadas no conteúdo dos cadernos como a finalidade de racionalização do processo de trabalho, de forma a se utilizar intervenções grupais por razões ligadas à demanda de trabalho ou de atendimento nos espaços de saúde. Pensa-se em utilizar grupos para reduzir as filas de espera e dar acesso algum serviço da APS/AB – ideia de custo-benefício-eficácia. Utiliza-se, então, um grupo não por razões ligadas à sua possibilidade de intervenção a partir de uma finalidade ligada à sua estruturação ou metodologia teórico-prática, mas sim por elementos secundários que podem se dar a partir de forma de atendimento para muitas pessoas com certo agravo em dado momento.

DISCUSSÃO

Ziemerman e Osório (1997) apontam uma gama diversa de possibilidades de se classificar grupos. Apresentam-se grupos a partir do gênero, etapa de desenvolvimento, agravos e outras especificidades. Ao se pensar em finalidades, coloca-se em primeiro plano a noção do propósito ou objetivo que se quer ao se instituir grupos.

Assim, dentro dessa forma de classificação, é possível compreender diversas finalidades ao se propor grupos na APS. Seja dentro de uma perspectiva embasada em algum referencial teórico

específico como no caso do grupo Operativo de Pichon-Rivière, como em uma proposta Psicoterápica estruturada em diversas abordagens psicológicas. Há também a finalidade que se coloca próxima a uma necessidade com destaque que requer certa atenção e implementação grupal, como o apoio, o convívio e a geração de renda. As dimensões terapêuticas surgem próximas a uma nuance de melhoria das condições de saúde e redução ou controle de sintomas, assim, seria terapêutico dentro da dimensão saúde-doença e das intervenções propostas – em geral são temáticos como cessação de tabagismo ou outros agravos.

No que tange o pedagógico é possível pensar sobre como a dimensão do cuidado procura as propostas grupais como uma maneira de se trazer informações consideradas boas ou que possam auxiliar que as pessoas realizem seu cuidado, tratamento e acompanhamento. Assim: aprender a partir de informações e atividades propostas pelos profissionais de saúde. Há uma grande nuance da estruturação de grupos que seja muito mais de treinamento, como aponta Lane (1989), do que com uma participação mais significativa, assim, esse aprendizado estaria colocado ao lado de uma noção verticalizada e centrada no saber dos profissionais e não elaborado de forma participativa em uma noção de construção ou processual (FALKENBERG *et al.* 2014).

Em alguns momentos é possível ver críticas nos cadernos a esse modelo pouco dialógico além da apresentação de grupos pautados na subjetividade e na participação social, assim, com enfoque a construção social e dentro da noção de cidadania e de direitos (BRASIL, 2014; CHIAVERINI, 2011).

A noção relacionada à finalidade pedagógica sugere um fazer que constrói o cuidado a partir do saber do profissional de saúde e designa às pessoas/usuários que construam seu cuidado a partir dessas informações. Assim, se cuidam para aderir a algo sugerido, sem que, necessariamente, se tenha uma participação das

peças e que seja guiado uma atmosfera de diálogo e que se guie pelo processo criado no grupo. Essa dimensão sugere que grupos são semelhantes a palestras ou aulas: aprende quem usar as informações propostas pelos profissionais (IDEM).

Fosse tal dimensão rígida apresentada pela pedagógica já desafiadora, a finalidade do uso de propostas grupais como uma maneira de reduzir fila e dar acesso sugere uma fragilização do processo de trabalho (CAMPOS, 1997; 2003). Ou seja, usam-se grupos por conta de uma demanda crescente em que ao se usar o mesmo período para atender uma coletividade, há uma resolução de demanda pelo serviço de saúde. Nessa finalidade há uma inversão do uso dos grupos: pensa-se na dimensão quantitativa por atendimento e não pela possibilidade que uma proposta grupal pode ter.

Quanto à proposta do Grupo Operativo de Pichón-Rivière (2015) há uma questão colocada em pauta: se é de fato um grupo proposto nos ideários do supracitado autor; se há um dinamismo no uso da técnica de forma a esta se apresentar já multifacetada e distante do referencial da proposta primária do autor criador; se seria uma outra forma de se pensar grupos com nomenclatura idêntica.

Fica nítida a finalidade pedagógica relacionada à adesão, autocuidado e corresponsabilidade do cuidado como preponderante nos cadernos. Torna-se relevante reforçar que esse campo de forças se torna muito concreto nos CAB, de forma a terem momentos em que são tecidas críticas ao modelo verticalizado de saúde, assim como são contrapostas filosofias discrepantes nos documentos. Assim: possibilidades diversas estão em jogo e em disputa, sendo algumas hegemônicas com movimentos contra hegemônicos sendo constantemente apresentados. Como Fernandez (2009) aponta: fala-se sobre um campo grupal com forças que concorrem e tecem esse cenário sobre o que chamamos de grupo como algo que instituímos com certa finalidade e intencionalidade em certo momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS apresenta inúmeras possibilidades para se trabalhar de forma a trazer as pessoas e a participação destas de forma significativa nos processos de trabalho em saúde realizados nos territórios, principalmente na ESF. Dentro do leque de possibilidades de trabalho nesse nível de atenção à Saúde e com uma proposta lógica que coaduna a participação das pessoas e a possibilidade apresentada pela capilarização dos serviços de saúde, as propostas grupais ocupam um papel potente e de destaque nesse sentido proposto anteriormente. No entanto, surgem alguns entraves na prática e que de alguma forma lançam espaços coletivos mais como formas de ensino verticalizado assumindo um estilo palestra centrado no saber do profissional de saúde ou em formas redutoras de demandas do serviço. Há diversas passagens em que se contemplam processos grupais que possam, de fato, assumir essa perspectiva processual e participativa (e por que não emancipatória?), no entanto, sendo muito mais como contrapeso ou de forma contra-hegemônica nesse campo grupal posto a partir dos CAB.

REFERÊNCIA

AMARAL, Vera Lúcia. **Psicologia da educação**. Natal: EDUFRN, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. reimpr. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília; Ministério da Saúde, 2010. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Volume I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRAVO, Restituto Sierra. **Técnicas de investigação social**: Teoria e Ejercicios. 7. ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

CARLOS, Sergio Antonio. O processo grupal. *In*: STREY, Marlene *et al.* (org.). **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 199-206.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. [S. l.: s. n.], 1997. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Por uma clínica do Sujeito. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) [*et al.*]. Brasília, DF: Ministérios da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021

FERNANDES, Waldemar José. A importância dos grupos hoje. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 83-91, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v4n4/v4n4a12.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

FERNÁNDEZ, Ana María. **O campo grupal**: notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

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

GRABOIS, Victor. Gestão do Cuidado. /n: OLIVEIRA, Roberta Gondim de Victor Grabois; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer; CODD, Wanderley. **Psicologia social**: o homem em movimento. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LAPASSADE, Jorge. **Grupos, organizações e instituições**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/14.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de grupo**: teorias e sistemas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Filipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009. Disponível em <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757007005>. Acesso em: 07 dez 2021.

ZIMMERMAN, David Epelbaum; OSORIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

4

*Danielle Leite de Oliveira Gusmão
Mirelli Aparecida Neves Zimbrão
Cristiane Moreira da Silva*

DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE: ESTRUTURAS DE UM CONTEXTO HISTÓRICO



RESUMO

Este capítulo apresenta-se como um recorte de uma dissertação que buscou compreender, a partir dos estudos no campo da deficiência, o quanto as percepções construídas sobre as pessoas com deficiência interferem em suas vidas. O objetivo foi refletir sobre qual seria o papel da sociedade no movimento de reconhecer e respeitar a diversidade dos corpos, papel este responsável por romper com as barreiras e promover a participação das pessoas com deficiência nos diversos espaços sociais. A partir de uma revisão narrativa da literatura, essa reflexão traz à luz um repertório histórico que sustenta e estrutura os pensamentos e atitudes de uma sociedade frente ao convívio com os corpos diversos e subjetivos em suas formas de existir no mundo.

Palavras-chave: Acessibilidade, Deficiência, Corpo.

INTRODUÇÃO

A possibilidade que cada pessoa tem de perceber o ambiente que ocupa decorre de uma variação a partir das informações que ela alcança acerca do seu cotidiano. A ideia criada sobre os espaços e como o sujeito se comunica e interage com eles, passa por diversos atravessamentos, inclusive no que se refere a afetos e emoções relacionadas às experiências que a pessoa fez com o ambiente físico que percorreu. Conseguir estar em um lugar e desfrutar do que ele tem a oferecer, comunicar-se com as pessoas e sentir-se compreendido, são experiências de acessibilidade e de pertencimento, mas para que elas ocorram o sujeito precisa ter meios de estar inserido nesses âmbitos.

Quando o assunto é deficiência, não é raro esbarrar no pensamento de que cabe à pessoa com deficiência a tarefa de desenvolver estratégias para ocupar os espaços públicos e pouco se pensa sobre o papel social na hora de se adequar para receber as pessoas reconhecendo e respeitando as suas diversidades.

A Agência IBGE (2023), divulgou que de acordo com dados do Pnad (2022) o Brasil possui cerca de 18,6 milhões de pessoas com deficiência, considerando as idades de 2 anos em diante, quantitativo este que corresponde a 8,9% da população nacional situada nessa faixa de idade.

A deficiência definida a partir dos critérios estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde), é compreendida a partir de cinco tipos de classificações, que podem ser de origens congênitas ou adquiridas. Seriam estas, as deficiências: física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla (associa-se dois ou mais tipos) (ALVES, 2020).

Fazer o uso correto de palavras, expressões e termos não é uma mera questão semântica, de outro modo, apropriar-se de terminologias

assertivas é singularmente importante principalmente quando se trata de assuntos marcados por preconceito, estereótipos e estigmas.

Assim, a expressão Pessoa com Deficiência, passou a ser adotada oficialmente pela Assembleia Geral das Nações Unidas a partir da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, que ocorreu em 13 de dezembro de 2006, passando a vigorar a partir de 3 de maio de 2008, ratificada por vários países, inclusive o Brasil (MADRUGA, 2013).

Dentro da possível observação do contexto histórico que elucida o desdobramento das relações da sociedade ante a pessoa com deficiência (CIANTELLI *et al.*, 2017) um processo social é salientado. Processo esse que se apresenta marcado pelos interesses de uma classe que impunha padrões, normas, condutas e valores a serem seguidos por todos. Nesse cenário as pessoas ou determinados grupos que apresentassem condições funcionais diferentes dos padrões, eram vistas de forma desfavorável e recebiam atribuições com conotações negativas. Estes foram excluídos, marginalizados, abandonados, sendo por longos períodos, segregados dos espaços comuns da sociedade. Esse movimento está diretamente implicado na formação de atitudes de preconceito, medo, indiferença, menos-valia, rejeição, piedade, ignorância, dirigidos a essas pessoas.

A estranheza causada pelo corpo com deficiência e sua falta de padrões, faz lembrar a imperfeição humana. Esta leva a pessoa a recordar-se dos padrões culturais do corpo útil e aparentemente saudável, e rebater com a fragilidade que se quer negar. A negação social pode ser compreendida quando posta diante da feroz necessidade de se afastar daquilo que se teme. O convívio com a pessoa com deficiência valer-se-ia como um espelho que clarifica e faz lembrar das próprias fraquezas (SILVA, 2006).

Diante deste cenário, esta pesquisa assumiu o compromisso de refletir sobre qual seria o papel da sociedade no movimento de reconhecer e respeitar a diversidade dos corpos, papel

este responsável por romper com as barreiras e promover a participação das pessoas com deficiência nos diversos espaços sociais. Metodologicamente optou-se por uma revisão narrativa da literatura. Espera-se que as reflexões aqui expostas possam contribuir para a mitigação das barreiras em diferentes contextos.

DEFICIÊNCIAS E (RE)EXISTÊNCIAS

Desvendar as origens, ou seja, saber de onde vieram as ideias e compreensões que se tem atualmente sobre algo, faz-se necessário para que a reflexão sobre o tema aconteça. Amiralian (1986 *apud* ALVES, 2020, p. 64), em um dos seus escritos, apresenta um recorte histórico importante, ela faz referência a um passado mais distante quando dispõe sobre o período em que as pessoas com deficiência eram tratadas como fruto de um fenômeno sobrenatural demoníaco. Ela lembra que essa concepção justificava o uso de uma prática egípcia chamada de “trepanação”, ou seja, era feita uma abertura no crânio com o objetivo de “permitir que os espíritos malignos saíssem do corpo”.

Acontecia, ainda, que se um bebê nascesse com alguma deformidade física, este era considerado um castigo divino, por isso, essa criança estaria destinada à morte por meio de afogamento ou era abandonada em matas ou esgotos. Essa realidade foi mantida por um longo tempo. Foi apenas no final da Idade Média, quando surgiram as primeiras instituições de acolhimento, que se iniciou um movimento de cuidado e assistência a essas crianças, que se mantinham escondidas da sociedade por serem tidas como objeto de horror (ALVES, 2020).

O período forte de institucionalização se deu no século XVII, em que as pessoas eram encerradas, ou seja, ficavam ali de forma ininterrupta, sujeitas a castigos e coações para modelar seus

comportamentos. Não havia critério discriminatório ou seleção de pessoas para internação, aqueles que eram tidos como “delinquentes, crianças, doentes mentais, enfermos, velhos, homossexuais e outros eram encarcerados todos juntos” (FOUCAULT, 2010 *apud* ALVES, 2020, p. 66). Esses espaços tinham o objetivo de “[...] classificá-los, tirar deles o máximo de tempo e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento [...] uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, por meio de um trabalho precioso sobre seu corpo” (FOUCAULT, 2014, p. 223).

Foi apenas no período entre o final do século XVIII e início do XIX que começam a emergir os cuidados médicos e algumas diferenciações entre as pessoas: “os doentes mentais, no asilo, os jovens, em estabelecimentos de educação, os delinquentes, na prisão” (Foucault, 2010e, p. 288 como citado em Alves, F.F., 2020, p. 66).

No Brasil, a Educação Especial teve a sua alvorada em 1854, quando D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, fundou o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que oferecia um serviço de educação de forma segregada, já que a convivência com crianças deficientes era algo inconcebível para a época (MAZZOTTA, 2011). Algo que talvez justifique esse comportamento é o fato de que nessa época o entendimento que se tinha era o de que a deficiência estaria ligada a um conceito de doença proveniente da precariedade higiênica, da sífilis, tuberculose ou até mesmo da pobreza (MAGALHÃES, 1913 *apud* MENDES, 2010). Fato é, que esse tipo de pensamento manteve as pessoas, especialmente as crianças, afastadas do convívio social.

Resta pensar se essas práticas ainda estão disfarçadamente permeadas em nosso meio, práticas separatistas e patologizantes, que incapacitam as pessoas e as tornam socialmente desprezíveis e inválidas. Insistentemente, as formas de se pensar a deficiência segue num caminho de separação daquilo que é tido como normal e do que é considerado desviante, cumprindo seguir numa direção da qual se pretende afastar, realizando um ordenamento da deficiência,

colocando-a como falta a ser compensada (MORAES; ARENDT, 2013). Será que existe uma espécie de regime de verdades, algo que nos aponte para o que é normal e anormal? Será que nos relacionamos a partir dessas verdades? E será que essas verdades nos levam a pensar a deficiência como aquilo que nos afasta da norma?

Amiúde a deficiência é discutida numa perspectiva biológica e não é recente o fato de que existe uma necessidade entre os profissionais de saúde em estabelecer uma classificação para as doenças, nota-se isto desde o século XVIII. Mas, apenas em 1948 que outras doenças, consideradas crônicas e que poderiam exigir outro tipo de tratamento além do médico, foram citadas nesta VI Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6). Seguiu assim até a década de 70 com a CID-8 considerando apenas evidências agudas, segundo o modelo médico (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Em 1976, na Assembleia da OMS, uma nova conceituação foi criada, a Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease¹ (ICIDH), publicada em 1989. A ICIDH vem sendo muito utilizada em diferentes países na definição do domínio das incapacidades, aplicada à área de seguro social, saúde ocupacional, concessões e benefícios e, em nível comunitário, como forma de avaliar pacientes em reabilitação ou em cuidados pessoais de saúde (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Este mesmo autor relata que a ICIDH sugere uma classificação da conceituação de deficiência que se aplica a diversos aspectos da saúde e da doença, sendo um modelo unificado para a área. Estipula, com amplitude e hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências nivelada a partir do grau de dependência, limitação e seus respectivos códigos, recomendando que, junto com a CID,

1 Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID)

seja empregado pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social. A partir desta classificação, conceitua os aspectos da saúde e da doença como: deficiência, incapacidade e desvantagem (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Corroborando a OMS, os autores entendem como deficiências (*impairments*):

[...] perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão (AMIRALIAN *et al.*, 2000, p. 98).

Enquanto, incapacidades (*disabilities*) pode ser explicada como:

[...] restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais da vida (AMIRALIAN *et al.*, 2000, p. 98).

Ao passo que, desvantagens (*handicaps*) é compreendida como:

[...] prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (AMIRALIAN *et al.*, 2000, p. 98).

Tabela 1 - Distinção semântica entre os conceitos

Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Da linguagem	De falar	Na orientação
Da audição (sensorial)	De ouvir (de comunicação)	
Da visão	De ver	
Musculoesqueléticas (física)	De andar (de locomoção)	Na independência física
	De assegurar a subsistência no lar (posição do corpo e destreza)	Na mobilidade
De órgãos (orgânica)	De realizar a higiene pessoal	Nas atividades da vida diária
	De se vestir (cuidado pessoal)	
	De se alimentar	
Intelectual (mental)	De aprender	Na capacidade ocupacional
Psicológica	De perceber (aptidões particulares)	
	De memorizar	
	De relacionar-se (comportamento)	Na integração social
	De ter consciência	

Fonte: AMIRALIAN et al. (2000, p. 98).

Todavia, o que esse documento apresenta, trata-se das razões que levam um corpo com deficiência, ou seja, *impairments* a vivenciar incapacidades (*disabilities*) e que circunscreve as desvantagens sociais, que se apresenta exposto com a nomenclatura *handicaps*, focalizando a deficiência situada no corpo e colocando nela a origem do problema. Além disso, se for observado, nesta nomenclatura, que significa “chapéu na mão”, sugere-se que toda pessoa com deficiência experimenta uma vulnerabilidade social que a coloca num lugar de quem necessita mendigar.

Atualmente este documento não está mais em uso, ele fora substituído pela denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada em 2002 pela OMS e que tem por objetivo identificar as condições de saúde dos indivíduos (OMS, 2002 *apud* FRANÇA, 2023, p. 61), numa tentativa de introduzir os preceitos do Modelo Social (FARIAS; BUCHALLA, 2005 *apud* FRANÇA, 2013, p. 61).

Porém, o modo com que as pessoas a princípio entendem a deficiência e as suas representações ainda segue, não raramente, como regra o saber médico e coloca numa maioria das vezes este saber como único e insubstituível caminho para lidar com o corpo que está em questão. Déficit, falta, dificuldade, incapacidade, essas e tantas outras, são as palavras que passam a fazer parte do repertório de vida de quem convive com a deficiência, e isto o leva a continuamente assumir um lugar de quem foi assolado por uma tragédia pessoal.

Esta compreensão da deficiência como desvantagem, que parte de uma perspectiva que a associa a patologia ou a uma ausência, foi denominada como Modelo Médico da deficiência. Esse modelo foi duramente rebatido pois leva a entender que a deficiência deveria ser tratada, medicalizada, reforçando assim a institucionalização e abrindo espaço para que seja destacada a tragédia pessoal daqueles que passam a ser vistos como incapazes (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

O que vem à tona neste contexto, é o que foi bem colocado por Ligia Amaral (1992, p. 60) ao dizer que “[...] o fato é que (seja da ótica de quem a vive, seja da ótica de quem a vê), a deficiência do ponto de vista psicológico, jamais passa em “brancas nuvens””. O que a autora quis dizer, refere-se ao quanto que lidar com a deficiência “ameaça, desorganiza, mobiliza”, pois provoca um abandono dos pré-vios saberes e normas, suscitando um pensar sobre o que é diferente e lidar com aquilo que foge do esperado.

Nos anos 70 começou a emergir um movimento social de caráter político e intelectual, conhecido como *Disability Studies* (OLIVER, 1996 *apud* MORAES, 2010), ou seja, Estudos da Deficiência. Este foi inaugurado como uma forma de indignação a visão individualizante e patologizante que imperava sobre a compreensão da deficiência.

As críticas por parte dos teóricos do modelo social acerca da ICDH poderiam ser demonstradas a partir de cinco pontos, segundo Oliver e Sarnes (DINIZ, 2012). O primeiro deles, estaria relacionado a representatividade do documento, as pessoas que participaram da elaboração falavam a partir do lugar de quem observa, de quem fala sobre, e não de quem faz experiência na deficiência. O segundo aspecto, mais relacionado a uma questão moral, discute que a ICDH estaria baseada num pressuposto de normalidade do ser humano, onde os desvios estariam sendo interpretados como anormais. O terceiro ponto, que poderia ser considerado o mais importante, assume um papel de denúncia do modelo médico, na medida em que infere que "a lesão levaria necessariamente à experiência da desigualdade pela deficiência" (DINIZ, 2012, p. 43). No quarto ponto é levantado a afinidade entre a ICDH e a CID, que é um documento que classifica as doenças, expandindo-se para as lesões e deficiências, sendo essa uma porta para intervenções medicalizantes que afastam as intervenções sociais. E, por fim, o quinto ponto traz a crítica acerca da localização da deficiência, que é marcada como uma questão individual e não sociológica (DINIZ, 2012) (ZIMBRÃO *et al.* 2022, p. 102).

Diante do modelo apresentado, parece ser relevante questionarmos-nos de como podemos pensar os espaços de uma forma que não deficiencie os corpos ali presentes? Como tornar acessível atividades simples ou até mesmo básicas do cotidiano? Esses aspectos estão diretamente relacionados à experiência de autonomia, ou falta dela, vivida pelas pessoas com deficiência.

Mas, faz-se necessário esclarecer alguns pontos sobre esse conceito. Ao tratar sobre autonomia, não se pretende dizer sobre

aquela que produz individualismo, solidão e autossuficiência. Não é sobre isso. E sim, de uma autonomia alcançada na relação, nos grupos e interações sociais. Isso porque “não podemos desejar a autonomia sem desejá-la para todos e sua realização só pode conceber-se como empreitada coletiva” (MARTINS, 2012 *apud* DUARTE; SILVA, 2018, p. 29).

Podemos compreender, diante disso, que o ser humano é feito para o encontro, que sua existência solicita vínculos, pois somos seres dê e para a conexão e que nossa forma de viver concerne um encadeamento.

Desta maneira, o sentido de autonomia deve partir de um pressuposto da não existência solitária, é preciso uma interatividade para que ela se estabeleça, pois o indivíduo precisa estabelecer um vínculo, ainda que mínimo, com outro para se tornar sujeito e estabelecer sua subjetividade e também sua autonomia (DUARTE; SILVA, 2018, pp. 29-30).

UM CORPO DIFERENTE

Primeiramente, faz-se indispensável refletir sobre o que Canguilhem (2009, p. 40) tem a dizer quanto ao que é tido como o normal: “é normal, etimologicamente — já que norma significa esquadro —, aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva em um justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser”.

Parece importante ainda pensar um pouco sobre a diversidade presente na existência humana. É possível que certa agonia seja sentida diante do “aquilo que é como deve ser”. Será que perante um corpo, com as mais diferentes especificidades, é possível mesmo dizer, sem riscos, como ele deve ser? Será que é possível ter essa “régua” de medida? Seria, no mínimo, arriscado.

Ligia Amaral (1992), em sua tese, discorre sobre os desdobramentos dos termos “doença”, “normal”, “anormal”, “patológico” e oferece reflexões sobre estes, levando a pensar que todos esses aspectos compõem a diversidade humana. Ela, neste contexto, indaga sobre “quem é normal?” (BERLINGUER, 1988 *apud* AMARAL, p. 27), e ressalta que os aspectos da individualidade, que tende a suprimir a inflexibilidade presente no que é compreendido sobre o normal, anormal e patológico, seguem em um refinamento em vista de obter uma menor rigidez. “[...] diversidade não é doença. O anormal não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2009, p. 44).

Pensar sobre a influência dos padrões dentro da sociedade, eis a questão. Levar em conta o quanto que eles regem e ordenam a vida e o viver das pessoas que passam a ser conduzidas pelo que é belo, atraente, inteligente, perfeito, sem defeitos, ordenado e alinhado. Segundo Moser (2006 *apud* MORAES; ARENDT, 2013, p. 341), “os padrões produzem e criam ordem para aqueles com corpos e subjetividades padronizados, mas produzem desordem, incapacitam e excluem aqueles outros com corpos e subjetividades não padronizados”.

Acompanhando, ainda, o pensamento deste autor, tem-se a seguinte reflexão:

Fazer-se existir como ‘mente desencarnada’ é uma forma requerida para encarnar-se na normalização. Mas na medida que a realidade é construída na afirmação de que há um corpo normal e universal, os corpos não-padronizados e deficientes sempre aparecerão como problemáticos e fracassarão em fazer-se existir como mentes desencarnadas [...]. Desse modo, a normalização contribui para a reprodução das diferenças e assimetrias das quais ela parece querer escapar e desfazer (MOSER, 2006, p. 385 *apud* MORAES; ARENDT, 2013 p. 342).

Esses corpos, diversos e subjetivos, solicitam espaço para existir. São estes que desejam ter acesso aos lugares, e para isso compreendem que é fundamental tornar os espaços acessíveis, pois a acessibilidade é um direito de todos e por meio da sua prática, pessoas COM e SEM deficiência, são incluídas e têm seus direitos preservados.

Isto está associado à dignidade humana. Este conceito é originado do latim "*dignitas*" e faz referência ao valor do indivíduo, inerente à sua natureza. Nenhuma ação ou proposta deve ferir esses preceitos, da mesma forma que, "a pessoa nunca pode ser usada como meio para atingir um fim, por mais nobre que seja, e nenhum fim pode ser colocado acima de sua dignidade" (PINTOS, 2022, p. 60). Estas colocações reafirmam o pensamento político de Viktor Frankl que defende a premissa: "no centro de nossos interesses e ações, devemos sempre situar e preservar, promover, a dignidade das pessoas" (PINTOS, 2022, p. 60). Corresponde também ao que consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que assegura que "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos" (ONU, 1948 *apud* UNICEF, s.d.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se a acessibilidade é pensada e construída para vidas, pessoas, histórias, não seria nada lógico e muito menos humano, desconsiderar a grande novidade que cada pessoa é e representa para o mundo. Dar acesso significa estar envolvido em responsabilidades, valores e conexões, trata-se de atitudes que humanizam e permeiam as relações com sensibilidade à realidade do outro, que é única, mas, que ao mesmo tempo, comunica e reverbera, um acesso que afasta da tristeza do individualismo.

O acesso libertador exige que criemos valores de acessibilidade diferentes dos que temos historicamente. Exige que a responsabilidade pelo acesso passe de uma responsabilidade individual para uma responsabilidade coletiva. Esse acesso muda de silenciador para libertador; de isolar para conectar; de oculto e invisível para visível; de oneroso a valioso; de uma obrigação ressentida a uma oportunidade; de vergonhoso a poderoso; de estriado a criativo (MINGUS, 2017, p. 15).

O que cada ser humano tem a ver com a deficiência e com as experiências de vulnerabilidade que podem estar presentes neste contexto, o quanto ela faz parte do cotidiano, e o que se pode fazer para minimizar o sofrimento das pessoas que tantas vezes já não sabem o que esperar e nem de quem esperar uma solução. Que a partir do que foi exposto, novas reflexões surjam sobre a responsabilidade, individual e coletiva, de produzir espaços que ofereçam o acolhimento e a oportunidade de novas vivências.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA IBGE. **Pessoas com deficiência têm menor acesso à educação, ao trabalho e à renda**, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317pessoascomdeficienciatemmenoracessoeducacaoaotrabalhoearend#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20com%20defici%C3%Aancia%20no,defici%C3%Aancia%2C%20da%20Pnad%20Cont%C3%ADnua%202022>.

ALVES, Fabíola Fernandal. **Vida precária, alegria e solidão**: a coragem da verdade na experiência de si de crianças deficientes. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

AMARAL, Ligia Assumpcao. **Espelho convexo**: o corpo desviante no imaginário coletivo pela voz da Literatura Infanto-Juvenil. 1992. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo *et al.* Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 97-103, 2000.

- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico** (6ª edição). Rio de Janeiro: Forense, 2009.
- CIANTELLI, Ana Paula Camillo; LEITE, Lúcia Pereira; NUERNBERG, Adriano Henrique. Atuação do psicólogo nos “núcleos de acessibilidade” das universidades federais brasileiras. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 21, p. 303-311, 2017.
- DUARTE, Matusalém de Brito; SILVA, Rháisa Gonçalves. Ressignificação do conceito de autonomia para se pensa a autonomia docente no contexto de transação de políticas de educação em Minas Gerais. **Educação e Tecnologia**, v. 23, n. 2, pp. 24-40, 2018.
- FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, v. 17, n. 31, p. 59-73, 2013.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão** (42 ed.). (R. Ramalheite, Trad.) Petrópolis: Vozes, 2014.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3061-3070, 2016.
- MADRUGA, Sidney. **Pessoas com deficiência e direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- MAZZOTA, Marcos. **Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas**. (6ª ed.) São Paulo: Cortez, 2011.
- MENDES, E. Gonçalves. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogia**, v. 22, n. 57, pp. 93-109, 2010.
- MINGUS, Mia. Access intimacy, interdependence and disability justice. **Leaving evidence**, v. 12, 2017.
- MORAES, Marcia. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. *In*. MORAES, M.; KASTRUP, V.(org.). **Exercícios de ver e não ver**, p. 26-51.
- MORAES, Mareia; ARENDT, Jacques Ronald João. Guiar e ser guiado: ou do que é feita a nossa (d) eficiência?. **Universitas humanística**, n. 76, p. 327-347, 2013.
- PINTOS, Cláudio. Garcia. **Monotropismo: O pensamento político de Viktor Frankl** (1ª ed.). (J. M. Morais, Trad.) São José dos Campos, São Paulo: Busca Sentido, 2022.
- SILVA, Luciene M. da. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista brasileira de educação**, v. 11, p. 424-434, 2006.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos Humanos, s.d. Acesso em 14 de Novembro de 2022, disponível em UNICEF: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

ZIMBRÃO, Mirelli Neves; GUSMÃO, Danielle Leite; SILVA, Cristiane Moreira. (2022). Percepção social da diversidade na educação. *In* Luiz Monteiro Campos *et al*, *Cognição Social: Teoria, pesquisa e aplicações* (Vol. IV, pp. 97-108). Curitiba: Editora CRV. DOI:10.24824/978652514061.2

5

John Lucas Medeiros Pinto

**ANSIEDADE, SEUS PROCESSOS
PSICOSSOMÁTICOS E O OLHAR
DA GESTALT-TERAPIA**

DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.98218.5



RESUMO

A ansiedade é inerente a todo ser humano, portanto, é importante entender como esta é vivenciada em sua forma não saudável. O trabalho teve como objetivo a compreensão das manifestações psicossomáticas, a entender a ansiedade em seu nível disfuncional e, por último, relacionar-se aos efeitos psicossomáticos. O tipo de pesquisa realizada foi uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, baseado nas pesquisas em livros e artigos científicos selecionados por meio de site de banco de dados e livros da área de psicologia e medicina. Nota-se que na ansiedade patológica o sujeito estará em contato com a fantasia, dessa forma, mobilizará energia na produção de um sintoma que não sinalizará a real necessidade a ser suprida no organismo. Assim, o sintoma se repetirá, impedindo que o corpo se autorregule.

Palavras-chave: Gestalt-terapia; ansiedade; psicossomático.

INTRODUÇÃO

O termo “psicossomático” tem como finalidade discorrer sobre os processos de doenças associados à psique, bem como os desdobramentos com relação aos sintomas corporais e suas disfunções para o indivíduo. Essas disfunções no organismo acontecem na totalidade, e não somente em uma parte específica do corpo humano como possível causa desencadeadora de adoecimento. Logo, entende-se que o funcionamento do corpo contempla o biológico, psíquico e social, dos quais se insere o homem.

Este trabalho teve como base pensar a ansiedade patológica e seus efeitos psicossomáticos sob a ótica dos conceitos da Gestalt-terapia. Nota-se a relevância da discussão acerca da ansiedade no aspecto disfuncional encontrado na clínica, visto que esse entendimento norteará o terapeuta a ter clareza da experiência da percepção da realidade do cliente de forma teórica. A ansiedade é inerente a todo ser humano, portanto é importante entender como esta é vivenciada em sua forma não saudável. Portanto, nota-se a importância de entender a relação da ansiedade com os processos somáticos de adoecimento.

Partindo desses conceitos, o trabalho a ser apresentado teve seu foco em responder à seguinte problemática: Como pode ser compreendido o processo de psicossomatização no ponto de vista da Gestalt-terapia diante dos sintomas apresentados na ansiedade patológica?

Esse trabalho teve como objetivo compreender a ansiedade patológica sob uma abordagem específica e sua possível relação com o processo de somatização. Para tanto, foi analisado o modo como as manifestações psicossomáticas surgem no corpo. Posteriormente, observou-se a ansiedade pela perspectiva da Gestalt-terapia e, por fim, compreendeu-se a sua relação com a ansiedade e a somatização.

O tipo de pesquisa realizada foi uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, baseada nas pesquisas em livros e artigos científicos selecionados por site de banco de dados e livros da área de psicologia e medicina. Os principais teóricos utilizados para a realização desta pesquisa foram: Margaret Marras, Fritz Perls e Ênio Brito Pinto. Os períodos dos artigos pesquisados são de trabalhos publicados nos últimos 10 anos, de 2013 a 2022.

Nesta pesquisa, obteve-se como resultado o entendimento de que as manifestações psicossomáticas surgem como respostas neurovegetativas do organismo em relação com o ambiente, bem como um olhar para doença não apenas com a perspectiva biológica, mas também como resultado da sobrecarga psíquica. A Ansiedade em Gestalt-terapia pode ser entendida como sinalizadora do organismo para sua autorregulação, fazendo com que haja a satisfação de uma necessidade do corpo mobilizando energia para tal.

DISCUSSÃO TEÓRICA

A psicossomática tem sido estudada ao longo dos anos por diversos autores que se interessavam em estudar as relações entre mente e corpo. Segundo França (2005), esse conceito foi inserido na medicina no ano de 1818 pelo médico Heinroth para denominar as doenças do corpo causadas pela mente. Isso ocorreu porque, em determinadas enfermidades, o modelo biomédico não era suficiente para explicar algumas manifestações sintomáticas observadas em pacientes.

Nesse sentido, é importante destacar a conexão entre o biológico e o psicológico, não se devendo privilegiar apenas o corpo sem antes considerar o psicológico. Assim como nos estudos da psicologia, é importante entender que há um corpo em interação com a mente. Mas de qualquer forma há um corpo (FRANÇA;

RODRIGUES, 2005). Os autores destacam que esse campo de estudo vem se desenvolvendo ao longo de 60 anos, recebendo o nome de Medicina Psicossomática, e visa destacar não a doença, mas sim o doente, ou seja, a pessoa. Dessa forma, o olhar é biopsicossocial, contemplando várias áreas de estudos. Essa prática integradora de saúde considera os respectivos subsistemas: mente, corpo e as relações sociais. Desta forma, ao observar historicamente onde o sujeito está inserido, não se deve focar apenas no órgão do qual o paciente se queixa, mas sim nas inter-relações desses sistemas, e sua experiência vivida no social até o momento. Posto isso, na interação com o mundo e seus conflitos, pode-se ter uma compreensão maior de seu sofrimento que se manifesta em um órgão (FRANÇA; RODRIGUES, 2005, p. 83).

Segundo Franz (1989), a medicina introduz a abordagem psicossomática através dos estudos das respostas orgânicas ou vegetativas desencadeadas pelas emoções, como, por exemplo, a frequência cardíaca e a pressão sanguínea elevadas, e baseando-se nelas, analisavam os distúrbios decorrentes desses estados emocionais, associando, assim, suas causas e efeitos gerados no corpo. Os músculos estão conectados com nossas emoções, e essas relações são ligadas por conexões neurais que emitem respostas a partir do ambiente. Para essa abordagem, faz-se necessário tanto o conhecimento psicológico quanto dos processos fisiológicos do adoecimento, uma vez que ambos estão relacionados entre si, como cita o autor: “Ela é baseada no conhecimento específico dos fatores emocionais que operam em cada caso e dos mecanismos fisiológicos por meio dos quais os fatores emocionais influenciam o processo de doença” (FRANZ, 1989, p. 198).

Franz (1989), ainda, destaca que as emoções afetam diretamente o órgão em seu funcionamento, e uma constante inibição emocional ou excessiva pode acarretar a neurose orgânica, que seria uma desestabilização do funcionamento de algum órgão, como o do intestino.

A princípio, os distúrbios neuróticos (ou funcionais) do estômago, dos intestinos, do sistema cardiovascular tornaram-se conhecidos sob o nome de neuroses gástrica, intestinal ou cardíaca. O termo “distúrbio funcional” refere-se ao fato de que em tais casos mesmo o estudo mais aprimorado dos tecidos não revela quaisquer alterações morfológicas perceptíveis. A estrutura anatômica do órgão não está alterada; somente a coordenação e a intensidade de suas funções sofrem perturbação (FRANZ, 1989, p. 34).

Dessa forma, as emoções se relacionam com os órgãos. Esses são afetados por emitirem uma resposta ao estímulo dado, o que requer alterações do seu funcionamento habitual. A partir da intensidade e duração dessas alterações, pode-se gerar a doença (FRANZ, 1989, p. 38).

Segundo Abram Eksterman (2010), há explicações possíveis para as relações psicossomáticas quando nos referimos às interferências causais da mente no corpo pela perspectiva Psicanalítica. Uma das explicações citadas pelo autor diz respeito às energias psíquicas que agirão modificando o organismo. Assim, a mente interfere no corpo, ou seja, algumas doenças são influenciadas pela mente. Esse pensamento se baseia na ideia de energias capazes de alterar o corpo, e sua base teórica fundamenta-se nos estudos sobre sublimação e formação de sintomas da psicanálise (EKSTERMAN, 2010, p. 95).

Maciel e Oliveira (2012), mostram que a somatização pode ser gerada por conflitos psíquicos que, quando não são elaborados na mente, manifestam-se simbolicamente no corpo. É a maneira que se tem para estabelecer um equilíbrio em meio aos conflitos das relações humanas. Há uma tentativa de restabelecer a homeostase do corpo em estresse, e a forma de restabelecer o equilíbrio necessário para o funcionamento habitual será por meio de uma descarga, uma vez que não conseguiram ser elaborados na mente. Esses conflitos tornam-se somatizações como um modo de elaborar o que ainda não foi.

Maciel e Oliveira (2012), explicam sobre os fenômenos somáticos evidenciados na histeria, comentando que os médicos da época não encontravam respostas para os sintomas histéricos. Então, Freud, ao estudar, descobre a relação entre o trauma e o sintoma apresentado, dando lugar à história de cada paciente. Nesse sentido, os sintomas seriam um modo de leitura simbólica de um acontecimento recalcado, ou seja, uma cena que foi para o inconsciente e agora está sendo manifestada em sintoma, ligados à história de vida de cada sujeito, não focando em seus corpos ou em um diagnóstico associado ao sintoma, mas sim em que sentido o sintoma pode ser traduzido.

Os autores Rodrigues e França (2010), se aprofundam para explicar os processos psicossociais e a interferência da emoção. As emoções, como produto de respostas do contato humano, são influências psicológicas no organismo. Pode-se entender na linguagem, temos a voz que reproduz (fator físico) e as palavras geradas em determinados ambientes (fator psicológico). O fator psicossocial é a união dos dois fatores, e a produção das palavras é o resultado dessa interação, importante para a sobrevivência humana. O autor cita que “a emoção busca a expressão (por meio da linguagem) para solucionar o estado de necessidade e obter satisfação” (RODRIGUES; FRANÇA, 2010, p. 114). Quando, de alguma forma, a emoção não encontra vazão, a sua manifestação será dada de forma indireta e/ou simbólica.

Os autores Rodrigues e França (2010), falam da importância de compreender mais sobre os conflitos humanos para entender as alterações orgânicas que ocorrem em decorrência das emoções que produzem as somatizações. Sendo assim, as emoções alteram as funções motoras, secretoras e sanguíneas por meio do sistema hipotálamo-hipófise e sistema límbico que, através da história de vida de cada pessoa somada ao medo, raiva, tristeza e humilhação, produzem alterações na fibra muscular (PONTES, 1987, p. 306 *apud*. RODRIGUES; FRANÇA, 2010, p. 116).

ANÁLISE DOS DADOS

A ansiedade é própria do ser humano, haja visto que é inerente ao seu ser. Entretanto, cada pessoa, a partir da sua percepção, estará experimentando-a de algum modo. Essa se manifestará de diversas maneiras ao longo da vida e a forma de vivenciá-la poderá ser saudável ou não, dependendo do contato da pessoa consigo ou com o fenômeno gerador da ansiedade (PINTO, 2020, p. 5).

Por meio da visão gestáltica, é possível se aprofundar no termo “contato”, uma vez que se torna relevante para a compreensão do encontro da pessoa com a ansiedade. Sendo assim, o contato é “o intercâmbio entre o indivíduo e o ambiente que o circunda” (D`ACRI; LIMA; ORGLER, 2012, p. 59).

Para Santos e Faria (2006), o ambiente e organismo, embora conceitos distintos, estão em constante relação e, ao entrar em contato, podem promover modificações. Como consequência desse processo, dar-se-á o estabelecimento de uma troca daquilo que é conhecido com o novo (desconhecido), e com isso, poderá apropriar-se ou não do que recebe. O indivíduo ansioso não poderá estabelecer um contato satisfatório com o ambiente, uma vez que, a partir dessa condição, ele não terá fluidez no processo de assimilação e, em virtude disso, haverá um prejuízo no crescimento de seu organismo.

No que se refere à “assimilação”, é importante destacar que é um processo significativo para a manutenção da saúde. Para ilustrar sua importância, pode-se assemelhá-lo ao processo de mastigação e digestão do ser humano. Assim, de modo análogo, teremos a digestão mental que será resultante da apropriação (assimilação) de um novo conteúdo ao nosso organismo (SANTOS; FARIA, 2006, p. 6).

Na Gestalt, o organismo sempre busca sua “autorregulação” com o meio e, por meio desse movimento, todas as partes que pertencem a ele estarão se relacionando com o ambiente, a fim de

encontrar satisfação de suas necessidades. Visto desse modo, não haverá divisão entre as partes em relação, mas sim um ser humano na totalidade em relação com seu ambiente. Esse mecanismo inerente ao ser humano é responsável por tornar relevante a nossa percepção tudo o que é importante para seu equilíbrio, fazendo com que se destaque uma necessidade a ser suprida (D'ACRI, LIMA; ORGLER, 2012, p. 27-31).

Para Santos e Faria (2006), diante da ansiedade, o contato com uma necessidade predominante é empobrecido, dessa forma, não haverá assimilação no aqui-agora de algo que possa satisfazer o organismo. Diante disso, a autorregulação estará sendo impedida e consequentemente não haverá crescimento.

Para Ribeiro (2021), o contato significa estar em relação com o outro ou consigo. Em outras palavras, é se perceber em relação. O ser humano estará sempre em contato, e esse “[...] inclui a experiência consciente do aqui-agora, envolve uma sensação clara de estar em, de estar com, de estar para e cria algo diferente do sujeito e do objeto (pessoa ou coisa) com o qual está em relação” (RIBEIRO, 2021, p. 91). O contato está em tudo e embora nem sempre possa se estabelecer como contato físico, esse se dará no encontro da percepção do “eu” com o outro ou com alguma coisa.

Diante disso, tem-se o contato consciente, que é quando se percebe no momento presente tudo aquilo que se apresenta, bem como o inconsciente que, embora não manifestado, está em contato com o sujeito. Esses tipos de contato se relacionam por meio do corpo, do ambiente e das fantasias. O último, em especial, se dá por via da imaginação, ou seja, com o que pensamos a respeito de algo que não está presente fisicamente.

Pinto (op. cit.) aponta ainda que a ansiedade é estar em contato com a fantasia do futuro. É importante destacar que o termo citado acima (fantasia) significa a interpretação da realidade criada, não aquela comum a todos, mas sim a partir e na pessoa.

Essa realidade é um dos recursos criativos para o contato do organismo com o ambiente (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2012).

Entendendo um pouco mais sobre as fantasias, é importante considerar que elas aqui serão fantasias relacionadas a algo temido, ou seja, se darão por via de uma ameaça. Dessa forma, “a ansiedade surge quando há a vivência de uma sensação de ameaça ao ser ou a algum valor associado a ele” (PINTO, 2020, p. 5). Essa interpretação a respeito do que é ameaçador ou não está relacionada às expectativas catastróficas, isto é, pensamentos a respeito do que pode acontecer de grave ao indivíduo. Mesmo que a pessoa entenda que aquilo que ela teme não é nada concreto, ainda assim imaginará como se fosse algo real, embora esteja no pensamento (no imaginário). Assim, “nem sempre o vivido e o pensado se encontram de modo harmonioso” (PINTO, 2015, p. 48).

Ainda sobre as expectativas que surgem a partir da ansiedade, é importante considerar que elas não são em si um problema, pois podem levar a uma postura de prevenção. Assim, o modo como se pode relacionar a elas dará um direcionamento a respeito da postura que deverá assumir naquela ocasião. Por um lado, a pessoa pode tomar uma direção de modo a evitar algo, e por outro se utilizar das expectativas para se preparar para algum evento (PINTO, 2020, p. 5).

Pinto (2015) mostra que a ansiedade pode ser vista em psicopatologia com duas vertentes. A primeira, com relação à psicopatologia do desenvolvimento, leva a ter uma perspectiva de enfrentamento e criatividade para o crescimento do indivíduo. Já a segunda, denominada como psicopatologia do conflito e defesa, pode impossibilitar o desenvolvimento.

Em Pinto (op. cit.) entende-se que a ansiedade é um modo de preservação. Quando estamos diante de algo que, a primeiro momento, se apresenta como ameaçador, são emitidos sinais que nos convidam à mudança como forma de defesa do que é anunciado por uma linguagem simbólica. Entretanto, quando não atendida e

compreendida, tende a se repetir e agravar, o que a torna patológica. Patológica, aqui, entende-se como um modo de ser inflexível e que não sofreu alterações necessárias para se ajustar aquela determinada condição que se encontra. O autor relata que nos movemos mais por fantasias do que por medo propriamente dito, embora possa se tornar medo; por outro lado, também se torna coragem.

A ansiedade pela psicopatologia biomédica se preocupa com os diagnósticos e modos de tratamentos com fármacos, bem como orienta a utilização dos mesmos por meio das indicações de médicos psiquiatras, mas, embora seja importante considerar essa proposta, ela acaba por não contemplar a ansiedade como uma oportunidade de crescimento (PINTO, 2015, p. 26).

Torna-se importante diferenciar a ansiedade do medo, assim, a primeira não terá contato com uma experiência vivida no aqui- agora, diferentemente do medo onde estaremos em contato direto com o ambiente ou com nosso corpo. Diante disso, pode-se reagir lutando ou fugindo das situações, na possibilidade de que algo possa ser feito para amenizar ou solucionar a questão; já na ansiedade, há uma evitação para qualquer possibilidade de resolução, impossibilitando que se tome uma atitude para solucionar a questão (PINTO, 2015, p. 44-47).

Podemos encontrar a ansiedade em alguns aspectos da vida, colocados por Pinto (2015), como: relações interpessoais quando, por exemplo, há uma expectativa com relação ao comportamento do outro; temporalidade relacionada ao tempo cronológico do agora e o depois; espacialidade, no que diz respeito tanto ao espaço do ambiente quanto ao espaço existencial; na corporeidade, como tensão muscular vista como excitação não descarregadas; conscientização, relacionadas à possibilidade de imperfeição a partir dos outros; e por fim na vida afetiva, ao não nos entregarmos ao que sentimos.

No que diz respeito ao “tempo”, este também poderá ser um critério para o entendimento da patologia, ao avaliar de que forma a

pessoa se relaciona com os tempos e os significados que surgem desse movimento. Nesse caso, quando há uma tensão entre o presente e o que está por vir (futuro), a pessoa estará vivenciando a ansiedade (PINTO, 2020, p. 5).

Conclui-se, então, que a ansiedade inerente aos seres humanos vive em constante comunicação. Essa pode ser considerada um aspecto saudável ou não, dependendo do contato que se estabelece com o ambiente. Entende-se, ainda, que a ansiedade é uma linguagem simbólica que poderá se transformar em medo, e nesse caso, o contato estará em relação com a fantasia. Ela ainda pode ser vista como defesa do organismo que comunicará uma necessidade ao cuidado.

Saúde e doença nessa abordagem são indissociáveis, não devendo ser estudadas como partes separadas, mas como partes do mesmo processo (SILVEIRA, 2020).

O organismo humano está sempre em relação com o campo (meio ambiente) e a finalidade deste é se autorregular com os recursos disponíveis tanto no campo quanto interno. Quando não se regula, a saúde estará comprometida, gerando a doença. A doença é a forma que o corpo encontra para comunicar, por meio da dor, um problema não solucionado, mobilizando todas as partes para o autoajustamento (RIBEIRO, 2021).

Silveira (2020), diz haver uma contínua conformidade no corpo para o equilíbrio e o fluir das emoções e de toda atuação biológica, bem como um movimento que coloca em ordem todo o funcionamento do corpo. Nesse sentido, pode-se chamar de saudável todo processo que permite essa fluidez, pois dessa forma o desenvolvimento desse corpo será possível. Entretanto, quando há um corte nessa fluidez, surge o adoecimento, processo esse que a Gestalt tratará como “cristalização” e, assim, poderá entender o surgimento dos processos psicossomáticos.

No que se refere ao diagnóstico em Gestalt, Pinto (2015, p. 29), mostra que a compreensão diagnóstica está para além de uma compreensão reducionista de causa e efeito, uma vez que aqui deve-se considerar as várias possibilidades que estão permeando a existência desse ser em relação ao meio. Pode-se complementar isso em Silveira (2020), que diz que o ser humano não é constituído apenas por aspectos físicos e determinações ambientais, logo não poderá ter uma classificação suficientemente capaz de explicá-lo. Dessa forma, considerando o sofrimento humano e relacionando a aspectos que estão além de condicionamentos ambientais, entende-se que qualquer experiência do/no corpo deve ser considerada como única ao indivíduo, sendo necessário analisar outras variáveis.

Para Perls (1988, p. 24-26), a medicina psicossomática limitou-se muito no avanço dos estudos sobre mente e corpo, uma vez que teve como foco a “causalidade” dessa interação psíquico-física. O mesmo não discorda de haver esse paralelo, mas avança ao colocar a “atividade mental” (também referenciado como “atividade simbólica”), como uma nova proposta de estudo.

Perls (1988, p. 27), mostra que essa atividade mental pode ser chamada de “atividade de fantasia” e está relacionada aos pensamentos. As fantasias de alguma forma se relacionam com a realidade, haja vista que o “pensar” é inicialmente uma simbolização da realidade; assim, essa atividade tornará possível a tomada de uma ação motora. Nota-se também que tanto nas elaborações mentais como nas ações corporais, há uma mobilização de energia: na primeira o gasto é menor, já na segunda é maior. Entende-se então que a intensidade de energia mental e corporal é diferente.

Tendo em vista essa mobilização, o homem poderá usar essa energia a seu favor criando propostas por meio da sua capacidade de fantasiar (antes de chegar a ação motora); bem como reunir as fantasias elaboradas ao longo de sua história e se apropriar desse conhecimento para seu crescimento (PERLS, 1988, p. 28).

Entretanto, para Santos e Faria (2006), o crescimento poderá ser interrompido caso o indivíduo esteja ansioso, pois, dessa forma, haverá um contato empobrecido com o seu meio.

O organismo busca estabelecer contato com o seu meio, porém, quando há interrupção de contato, dá-se o adoecimento; esse é um alerta para o organismo entrar em equilíbrio, uma vez que está sendo impedido de suprir uma necessidade (SILVEIRA, 2020).

Quando se fala em ansiedade, Pinto (2021), diz que esse é o modo como o corpo comunica um desconforto para que o organismo busque se ajustar criativamente em seu meio. Em Cardella (2014, p. 82-83), evidencia-se isso no que diz respeito à capacidade inata do organismo se ajustar criativamente ao seu meio, o que em Gestalt denomina-se como ajustamento criativo.

Nesse processo de ajuste, são evidenciadas reações fisiológicas notadas no corpo como forma de comunicação e mobilização de energia. Utilizando-se dessa proposta, podemos notar que diante de um perigo teremos o medo, mobilizando uma energia para que seja tomada uma ação física. Nesse sentido, terá o contato estabelecido em relação com a fantasia, podendo levar a uma ação motora neurovegetativa.

A conexão da mente com o corpo fica claro quando se observa as reações físicas (acelerar os batimentos cardíacos). Se tratando da fantasia (quando não estamos em uma situação de perigo real), essa mobilização teoricamente não se daria com a mesma intensidade da realidade, pois o contato não é com a situação em si, mas o corpo vivencia sua inter-relação com a fantasia de modo real como se nota no aparecimento de reações físicas e sintomáticas. Diante disso, nota-se que não há como ver o ser humano com essa divisão mente e corpo, mas na totalidade; por fim, entende-se aqui a importância do conceito do holismo na compreensão de tais manifestações (PERLS, 1988, p. 27-29).

Os sintomas psicossomáticos podem ser entendidos por meio da relação figura-fundo, dessa forma, a figura será o sintoma apresentado pelo sujeito e todo contexto que não está se evidenciando como sintoma será o fundo. Esses sintomas podem ser vistos também como o modo como o corpo se ajusta para se autorregular, ainda que esse ajuste se apresente na forma disfuncional, levando à repetição dessa figura (SILVEIRA, 2020).

Revisitando o conceito de figura e fundo, nota-se que ambos estão relacionados com a percepção da realidade, entretanto, essa não pode ser vista como separada, pois são indissociáveis (figura-fundo), embora um se destaque e o outro esteja oculto. As necessidades do organismo podem ser localizadas no fundo, que, por vezes, estão fora da percepção; assim, não se tem uma assimilação da necessidade orgânica, uma vez que a figura poderá colocar o desejo como uma necessidade sem que haja um contato com o todo (RIBEIRO, 2021).

Já para os autores D`acri, Lima e Orgler (2012, p. 214), os sintomas estão relacionados a uma forma de cristalização. O sintoma, em primeiro momento, é um importante sinalizador para que o organismo busque sua autorregulação, entretanto, quando ele persiste sem que haja alguma mobilização para se autorregular, torna-se disfuncional, pois não cumpre sua função reguladora.

Relacionando a ansiedade e as manifestações sintomáticas apresentadas, é notável que nosso organismo, ao buscar satisfazer uma necessidade, entrará em contato com o meio interno ou externo. Quando o contato é dado pela fantasia, o corpo sinaliza a respeito de algum perigo. Entretanto, o perigo nem sempre será a partir de uma situação da realidade, fazendo com que o sintoma, como sinalizador, se repita gerando uma interrupção do organismo na busca por sua autorregulação, uma vez que ele buscará suprir uma necessidade de sobrevivência que não é propriamente necessária. Portanto, será necessária uma assimilação da figura e fundo para poder haver a integração figura-fundo, a fim de não mobilizar energia para a produção de sintomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho visou entender os processos psicossomáticos a partir da visão da Gestalt-terapia, para que o terapeuta possa compreender de que forma as manifestações somáticas se relacionam com a ansiedade disfuncional. O aprofundamento teórico do tema se deu por meio de pesquisas bibliográficas da área.

Nota-se que as manifestações psicossomáticas surgem como respostas neurovegetativas do organismo em relação com o ambiente. Considerou-se também que, por meio da perspectiva biopsicossocial, o olhar para doença não se limita apenas para o biológico, mas também como resultado da sobrecarga psíquica, além dos conflitos intrapsíquicos que o indivíduo estabelece na vida, dessa forma, poderá produzir os sintomas.

Depois, ao analisar a ansiedade na Gestalt, entende-se que essa é inerente ao ser humano e tem como função levar a uma postura de cuidado e preparo diante a vida. Trata-se aqui de uma das formas de se contatar com o ambiente. Esse contato também pode se relacionar com a fantasia (pensamento), fazendo com que o medo tome conta e, por meio disso, surjam respostas orgânicas para que o organismo se ajuste ao ambiente.

Também se observou que os sintomas psicossomáticos na Gestalt-terapia são entendidos como sinalizadores para que o organismo se autorregule por meio da busca pela satisfação de uma necessidade do corpo, mobilizando energia na produção de sintomas e, dessa forma, comunicando sobre isso.

Por fim, compreende-se que no processo de psicossomatização, o organismo será visto na totalidade, comunicando-se por meio do contato que faz com o campo e mobilizando energia para satisfazer suas necessidades. Assim, estará dando continuidade à busca por um equilíbrio orgânico. Entretanto, na ansiedade patológica,

o sujeito estará em contato com a fantasia e, dessa forma, não estabelecerá uma assimilação com suas reais necessidades. Como resultado, mobiliza energia na produção de um sintoma, interrompendo a busca da real necessidade. Dessa forma, o sintoma se repetirá, impedindo que compreenda a realidade como todo, concentrando-se apenas em umas das partes.

Em pesquisas posteriores, pretende-se buscar as relações das formas de contato que mais se associam com a ansiedade e compreender como é possível traduzir os principais sintomas associados a essa patologia, analisando se há correlação ou não com o que é manifesto no corpo.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicossomática e suas interfaces**: O processo silencioso do adoecimento. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2012.

DANTAS, J. Corpo e Existência: Outro Modo de Compreensão da Psicossomática. **Interação Psicol.**, v. 15, n. 1, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269734574_Corpo_e_existencia_outro_modo_de_compreensao_da_psicossomatica. Acesso em: 3 abr. 2022.

D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia**: "Gestaltés". São Paulo: Summus, 2012.

FILHO, J. M.; BURD, M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Grupo GEN, 2005.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-Terapia**: conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

MARRAS, M. **Angústias contemporâneas e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2020.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: LTC – Livros técnicos e científicos Editora S.A., 1988.

PINTO, Ê. B. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo do contato e os modos de ser**. 6ª reimp. São Paulo: Summus, 2015.

PINTO, Ê. B. **Dialogar com a ansiedade**. São Paulo: Summus, 2021.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos**. São Paulo: Summus, 2021.

SANTOS, L. P.; FARIA, L. A. F. Ansiedade e Gestalt-terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**. v. 12, p. 267-277, 2006. Disponível: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357735503027>. Acesso em: 23 abr. 2022.

6

*Natan Gastardelli Kleis
Ingrid Bortolotti Gomes
Daphne Malher Corrêa
Cristiane Moreira da Silva*

ANSIEDADE NA PONTA DOS DEDOS:

**APLICATIVOS DE AUTOCUIDADO
PSICOLÓGICO E A LÓGICA NEOLIBERAL
DE RESPONSABILIZAÇÃO INDIVIDUAL**

**RESUMO:**

O texto que ora se apresenta trata-se de uma discussão acerca das implicações da lógica neoliberal de produção e manutenção do sofrimento psíquico na contemporaneidade tomando o aplicativo para *smartphone* "Querida Ansiedade" como analisador. Nota-se como as atividades propostas pelo *software* amparam-se em certas modalidades terapêuticas que assemelham-se à determinadas práticas neoliberais de gestão do sofrimento psíquico, fato que reflete uma reedição de práticas psicológicas que estiveram na base do desenvolvimento de condutas clínicas que negligenciam vetores sociais de subjetivação, que podem contribuir não para o fortalecimento da saúde dos sujeitos, mas para a possível manutenção de seus sintomas.

Palavras-chave: Neoliberalismo; *digital health*; aplicativos; psicologia da saúde.

INTRODUÇÃO

O contemporâneo é permeado por Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) que atravessam o cotidiano e produzem formas de pensar, sentir e viver. A pandemia de covid-19 aproximou ainda mais as pessoas dessas tecnologias, principalmente pela *internet*. No contexto das práticas psicológicas, as mudanças e adaptações também ocorreram (ZIMBRÃO *et al.*, 2022), mostrando como a Psicologia, enquanto ciência e profissão, busca responder às demandas sociais no momento em que elas surgem.

Uma das maneiras encontradas por profissionais da área, no contexto da clínica psicológica, para manterem contato com seus clientes ou pacientes no mundo contemporâneo, antes e depois da pandemia, foi a adoção de aplicativos de saúde mental para *smartphones*. Essa modalidade terapêutica, que pode ser chamada de *digital health* (saúde digital), se apresenta como uma alternativa aos serviços de psicologia. Entretanto, mesmo que sejam percebidos como terapêuticos por seus usuários, não substituem a clínica psicológica, pois essas duas práticas configuram modalidades de relações distintas.

Os aplicativos de saúde digital podem trazer em sua estrutura, de modo mais ou menos direto, certos discursos neoliberais que, analisados sob uma perspectiva histórico-social, fomentam o desenvolvimento de modalidades de subjetividades responsabilizadas pelos seus próprios sintomas e situações de vida, como se o sofrimento psíquico estivesse alheio às circunstâncias culturais, históricas e sociais que permeiam a existência de todo ser humano.

Para a construção do argumento proposto, será analisado neste capítulo o aplicativo para *smartphones* "Querida Ansiedade", um *software* de saúde digital que se propõe a ensinar o usuário a "gerenciar sua ansiedade através de exercícios e informação" (QUERIDA ANSIEDADE, 2023).

SOFRIMENTO PSÍQUICO NO NEOLIBERALISMO

O neoliberalismo pode ser compreendido como um “novo estágio do capitalismo”, caracterizado, entre outros fatores, por uma notável expansão do alcance da economia sobre todos os estratos culturais, pela inflação da influência dos chamados “critérios tecnocientíficos” sobre tomadas de decisão político-sociais, pela competição de mercado, pela descentralização da cultura corporativa, por um aumento exponencial de sentimentos de insegurança e instabilidade, e pela consolidação de um *ethos terapêutico* que cria um campo gravitacional social e institucional em torno tanto da saúde emocional quanto da necessidade de realização pessoal. No neoliberalismo assistimos a uma “mercantilização do simbólico e do imaterial, no que se incluem as identidades, os sentimentos e os estilos de vida”. Trata-se de uma filosofia social fundamentalmente *individualista*, que pressupõe o ser humano como um agente independente e autônomo, situado no mercado e fazedor de seu destino e da sociedade. Tal sistema apregoa máximas éticas e morais que pautam, por exemplo, que “todos os indivíduos são (e devem ser) seres livres, estratégicos, responsáveis e autônomos, capazes de governar estados psicológicos a seu bel-prazer [...]”. (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

A ênfase neoliberal quanto à desejabilidade de capacidades pessoais como a autogestão contribui para a implementação de crenças meritocráticas de que a vida pode ser controlada à vontade e que, portanto, cada um é responsável por tudo o que acontece consigo (CABANAS e ILLOUZ, 2022). Ao discorrer sobre o sujeito neoliberal, Han nos diz que “quem fracassa na sociedade neoliberal do desempenho, em vez de questionar a sociedade ou o sistema, considera a si mesmo como responsável e se envergonha por isso” (2018, p. 16). Portanto, no mundo contemporâneo, o indivíduo se vê solitário na busca de seus objetivos de vida, pois entende que

alcançar suas metas é uma tarefa de responsabilidade inteiramente sua, não dependendo de variáveis sociais e históricas que poderiam influenciar a sua trajetória. Este modo de compreender a realidade, na visão de Han (2017), gera coerções no próprio indivíduo, que passa a explorar a si mesmo como forma de autorrealização.

Essa exploração, ao ser articulada com o campo da saúde mental, produz uma nova forma de gerenciamento da própria saúde:

A noção de “gestor” do sofrimento psíquico ganha importância em dois sentidos, a saber, como aquele que gera e aquele que gerencia. Pois o sofrimento psíquico é não apenas produzido, mas também gerido pelo neoliberalismo. Por isso, cabe compreender o neoliberalismo como uma forma de vida nos campos do trabalho, da linguagem e do desejo. Como tal, ele compreende uma gramática de reconhecimento e uma política para o sofrimento (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, p. 10, 2021).

Evidencia-se, desse modo, que a saúde mental dos sujeitos contemporâneos não se encontra desembaraçada do *modus operandi* da ideologia neoliberal, mas, ao contrário, parece entrar em cena como um elemento de particular interesse político, institucional e mercantil.

Nesse sentido, nota-se a proliferação de certa “política terapêutica” associada a uma “segunda revolução individualista” que, segundo Lipovetsky (*apud* CABANAS e ILLOUZ, 2022), permitiu que “déficits, contradições e paradoxos estruturais sociais fossem assimilados como atributos psicológicos e responsabilidades individuais”. Com efeito, os últimos anos testemunharam a ascensão acelerada de um fértil mercado de *emodities* (“emotions as commodities”), formado por “serviços, terapias e mercadorias produzidas e consumidas como técnicas científicas e formas de assistência psicológica voltadas a produzir algum tipo de transformação pessoal”. (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

A indústria nesse segmento tem se mostrado bastante lucrativa. Trata-se de um mercado em expansão acelerada que inclui

produtos como cursos, encontros on-line, retiros de grupo e aplicativos de celular. O *mindfulness*, por exemplo, arrecada sozinho mais de 1 bilhão de dólares por ano. Fatores de ordem econômica associados ao baixo custo e à promessa de velocidade nos resultados enquadram as *emodities* cada vez mais como vantajosas tanto para os consumidores quanto para terceiros, como instituições de saúde e seguradoras, e as corporações, que buscam estratégias baratas para aumento de desempenho, por exemplo. De fato, grandes corporações multinacionais como Ford, Google e Intel passaram a implementar técnicas como o *mindfulness* para "ensinar seus empregados a lidar melhor com o estresse e a insegurança, e a transformar a gestão emocional num comportamento mais produtivo e flexível". (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

Devido a essa tendência, os chamados *softwares* de saúde digital (*digital health*) proliferam na contemporaneidade. Safatle, Silva Junior e Dunker (2021) compartilham da ideia de que a *digital health* representa uma forma menos custosa na abordagem das questões de saúde, e também é um mercado com alta margem de lucros, pois é acessível a quem quer que possua um *smartphone*. Segundo Bruno *et al.* (2021), cerca de 68% da população brasileira atualmente faz uso da internet móvel. Não surpreende, então, que no ano de 2022, o mercado de *digital health* tenha atingido mais de 230 bilhões de dólares. Estima-se que esse número poderá chegar a quase 1 trilhão de dólares em 2032 (GMI, 2023).

A presença da saúde mental no mercado da saúde digital, em específico, parece se dar em grande medida por meio de aplicativos para *smartphone*. Os chamados *PsiApps*, aplicativos de autocuidado psicológico e emocional, constituem um nicho mercadológico de grande interesse atual, e contemplam desde técnicas de meditação até acompanhamento terapêutico (BRUNO *et al.*, 2021).

Esses aplicativos seguem os critérios de eficiência das *emodities*, voltando-se para aspectos de praticidade, rapidez de resultado,

acessibilidade e autonomia do usuário. No entanto, de acordo com Cabanas e Illouz (2022), nenhum parece visar mudanças psíquicas significativas, já que estas dependeriam de análises psicológicas complexas e detalhadas. Referências ao inconsciente, por exemplo, que implicariam numa obstrução do propagandeado senso de agência individual, são substituídas pela ideia de que a psique seria propensa a uma espécie de “escrutínio matemático” e manipulação pelo próprio usuário. A linguagem, tipicamente mais coloquial, é preenchida por termos como “otimismo”, “esperança”, “gratidão” e “satisfação”, todos de fácil compreensão para os consumidores, retratados como “autoterapeutas”.

Com efeito, tipicamente, os *PsiApps* tendem a enfatizar a importância de construtos como o autocontrole, que retratam como “um processo pelo qual os indivíduos devem evitar emoções, memórias ou autoavaliações negativas, concentrando-se em conquistas pessoais, pontos fortes, sentimentos e memórias positivos, sonhos, expectativas etc.” (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

Nesta perspectiva, a dor é vista como um sinal de fraqueza (HAN, 2021), e precisa ser imediatamente eliminada através da otimização, ou seja, do desempenho do próprio indivíduo em relação às suas questões de vida. “Otimizar” significa treinar a resiliência do indivíduo, para que ele se torne permanentemente feliz e o mais insensível possível a dor. Como apontam Cabanas e Illouz (2022), a popular noção de resiliência tem se mostrado “um conceito útil para manter hierarquias implícitas, legitimar ideologias e demandas e levar os empregados a lidar com os custos psicológicos de situações instáveis e precárias.” Destarte, torna-se evidente o entrelaçamento entre as especificidades do sofrimento psíquico contemporâneo e as características do sistema político-econômico vigente.

A pressão por desempenho, característica essencial do estilo corporativista das sociedades neoliberais, por exemplo, se associa a um imperativo de auto-vigilância, que prolifera sobretudo nos meios

digitais, para culminar no que Han (2017) caracteriza como Síndrome de Burnout, a “depressão do esgotamento”. Para esse autor, “a sociedade do trabalho e a sociedade do desempenho não são uma sociedade livre. Elas geram novas coerções”. Estas coerções se dão a partir de uma perspectiva em que o próprio trabalhador exerce o papel de “senhor de si”, não necessitando mais de uma pessoa externa que exerça essa função mandatória.

A análise de Han acerca da Síndrome de Burnout presta bom exemplo do modo como “as formas de expressão e produção do sofrimento são implicadas pela transformação dos próprios sujeitos realizada pelo neoliberalismo” (SAFATLE, SILVA JUNIOR e DUNKER, 2021):

Quando o neoliberalismo alterna nossa relação com o sofrimento psíquico (...) ele produz performaticamente novos sujeitos (SILVA JUNIOR, 2016). Assim, temos de compreender a psiquiatria hoje nessa nova produção de subjetividades, na qual os indivíduos tomam a si próprios como empresas a serem geridas. (SAFATLE, SILVA JUNIOR e DUNKER, 2021, p. 131).

Tendo-se em vista a pervasividade e atualidade do fenômeno, bem como as implicações tanto a nível individual quanto sócio-cultural, e compreendendo o valor político e econômico desses instrumentos, justifica-se a análise mais aprofundada dos aplicativos de saúde mental para *smartphone*.

Abordaremos, a seguir, o software “Querida Ansiedade”. Este aplicativo foi escolhido a partir da análise realizada por Bruno *et al.* (2021) sobre os dez aplicativos de saúde mental mais utilizados no Brasil. O Querida Ansiedade é um *software* com todas as suas funções disponíveis de forma gratuita, característica que facilita sua análise para os fins deste trabalho.

PSICOLOGIA EM UM APLICATIVO DE SAÚDE MENTAL

No caderno “Reflexões e Orientações sobre a Prática da Psicoterapia”, lançado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2022), aborda-se a diferença entre “psicoterapia” e “terapia”. A psicoterapia é um saber que tem como aparelho a viabilidade de mudança. Neste caso, tem-se a aliança terapêutica como alicerce fundamental para qualquer abordagem teórica. Além disso, exige-se desta eficácia e efetividade. O primeiro critério tem por objetivo avaliar a existência de uma relação causal entre o tratamento e a resposta, e o segundo envolve a avaliação das intervenções.

Segundo o caderno:

“Terapia” é uma palavra de origem grega utilizada inicialmente na medicina, por Hipócrates e Galeno, e significa “tratamento”; “cura”. Por se tratar de um termo amplo, pode ser utilizado em muitos contextos diferentes e se referir a inúmeras modalidades de tratamento, tais como: terapia medicamentosa, quimioterapia, fisioterapia e, inclusive, “tratamentos” sem base científica.

Nesse sentido, os *PsiApps* podem ser considerados terapias, mesmo se não possuem base científica. Por outro lado, pende a questão relativa aos critérios eficácia e efetividade.

No discurso prevalecente entre os 10 *PsiApps* mais utilizados no Brasil (BRUNO *et al.*, 2021), verificam-se promessas de resultados variadas, que envolvem, por exemplo, aprimoramento pessoal, redução do estresse, e melhorias na atenção, no sono, na autoestima e na produtividade. Entretanto, mais predominante e central é a proposta de manejo do “problema da ansiedade”. Assim, esses aplicativos figuram de modo importante em um mercado do “sujeito

ansioso”, que “busca soluções rápidas e individualizadas” para dar conta da ansiedade e seus sintomas e efeitos negativos na vida (BRUNO *et al.*, 2021).

Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2013) há uma distinção entre *medo* e *ansiedade*. Enquanto o medo é caracterizado como uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, a *ansiedade* é tida como uma antecipação de ameaça futura. A ansiedade parece estar mais associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Na caracterização dos transtornos de ansiedade, condições de saúde mental altamente presentes no mundo contemporâneo (WHO, 2022), o DSM-5 indica que tanto o medo quanto à ansiedade estão presentes de formas excessivas, acompanhados de perturbações comportamentais relacionadas.

Já a décima primeira edição da Classificação Internacional das Doenças (WHO, 2023) traz a ansiedade também como uma antecipação de uma ameaça futura, mas relacionada a prejuízos pessoais, familiares, sociais e educacionais. Portanto, essa classificação reconhece que as condições de saúde mental relacionadas ao fenômeno da ansiedade afetam o funcionamento global de uma pessoa.

O discurso dos aplicativos apresenta a ansiedade segundo um prisma biológico e individualista, raramente tecendo quaisquer relações do fenômeno com aspectos sociais, políticos e econômicos, ainda que o mesmo figure como “o principal efeito dos ritmos e práticas contemporâneos”, estando associado amplamente na literatura científica atual a aspectos específicos das subjetividades contemporâneas (BRUNO *et al.*, 2021).

A partir dessa via teórica, os apps reforçam uma terapêutica pautada pela responsabilidade individual que desconsidera coletividade e contexto. Não surpreende que outro traço marcante desses

aplicativos seja o foco em práticas tipo “auto”: automonitoramento, autoconhecimento e autocuidado etc. - deixando evidente a racionalidade individualista neoliberal subjacente a essas ferramentas, ainda que estas busquem propagandear para si uma neutralidade advinda de suposta cientificidade. Segundo Bruno *et al.* (2021),

Tanto os problemas visados pelos apps, quanto os métodos e soluções propostos são fruto de uma série de perspectivas sobre o psiquismo, o comportamento e as emoções, bem como sobre suas disfunções e “aprimoramentos”. Da mesma maneira, os tipos de dados, hábitos, emoções e estados psíquicos monitorados e coletados são frutos de escolhas baseadas em abordagens específicas e voltadas para finalidades também específicas, as quais não são claras para o usuário, mas não são neutras.

Nesse sentido, vale notar, a respeito dessas ferramentas, a influência da psicologia positiva, do coaching e das abordagens clínicas centradas no paciente, da lógica neoliberal (que inclui a individualização dos processos de saúde mental, e o foco no crescimento pessoal e no empreendedorismo), da automação das práticas e serviços, e do capitalismo de vigilância (BRUNO *et al.*, 2021).

Do ponto de vista pragmático, em geral, os *PsiApps* atuam “numa zona nebulosa entre suporte técnico, apoio clínico e autocuidado (envolvendo autoconhecimento e automonitoramento)” (BRUNO *et al.*, 2021), se colocando essencialmente enquanto espécie de *facilitadores* convenientemente desimplicados de processos de autogestão psicológica .

O aplicativo de saúde digital *Querida Ansiedade*, por exemplo, tem a proposta de que o usuário aprenda a “gerenciar sua ansiedade através de exercícios e informação” (QUERIDA ANSIEDADE, 2023). Como pode ser observado no próprio *software*, há técnicas que visam anotar e confrontar os chamados “pensamentos automáticos”, além da incorporação de metodologias *mindfulness*, e estratégias presentes na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (BECK, 2022).

Em contraste ao discurso cientificista, as tarefas propostas pelo Querida Ansiedade, em consonância àquelas de outros aplicativos similares, parecem se encaixar naquilo que Cabanas e Illouz (2022) configuram como “exercícios simples e quase ingênuos [...] pouco mais do que uma formalização do senso comum”. Esses autores apontam que a simplicidade é mister na popularização de mercadorias do tipo, que prometem resultados substanciais em troca de pouco ou nenhum investimento.

Uma das ferramentas disponibilizadas pelo Querida Ansiedade, por exemplo, é a “Escrita Terapêutica”, que consiste em “entrar em contato com seus pensamentos, sentimentos, sensações físicas e comportamentos, e organizá-los para melhor compreendê-los”. O objetivo desse método, segundo o aplicativo, é “dialogar com ela [a ansiedade] e encontrar novos significados”. Outra ferramenta disponível no *software* são as meditações guiadas por vídeo. Elas são utilizadas para “entrar em contato com si mesmo e voltar para seu centro”.

A recomendação, em ambos os casos, é a rotina: o ideal é praticar todos os dias, pois só assim é possível construir um novo jeito de pensar, sentir e agir. Como orientação geral, o aplicativo traz a ideia da construção de novos hábitos como tarefas de casa, e o consequente compartilhamento da experiência em grupos de conversa. Por fim, há a recomendação de que “se você sofre com a ansiedade há algum tempo, tenha paciência e dedicação redobrada para mudar essa forma de ser ansiosa”. Nesse tocante, notamos que o imperativo contemporâneo de tamponamento dos sintomas, refletido na proposta do aplicativo, incorre numa perda de vivência mais complexa e produtiva do *pathos*. Como observa Peter Pál Pelbart (2013),

Pathos remete, contudo, menos a uma passividade dolorosa do que ao que é ‘experimentado’. Como para os gregos, uma questão do tipo ‘o que te acontece’ coloca o acento sobre a dimensão ativa do que nos advém. O ser pático, finalmente, é o ser passível de experimentar dor ou prazer.

Em termos filosóficos, o que importa é um poder de ser afetado, *de mudar de estado, de transir*. (p.39, grifo nosso)

Dessa maneira, seria a própria tentativa de silenciamento da ansiedade por meio das técnicas sugeridas um impeditivo para a mudança que o momento da crise propicia (*ibid.*).

De modo afinado ao baixo nível de complexidade das propostas, o aplicativo possui uma interface de fácil manejo, propiciando ao usuário que ele encontre as ferramentas de gerenciamento de ansiedade em poucos passos. Nesse sentido, acrescentamos que a simplicidade pode também atuar em uma semiótica de inofensividade, camuflando a potência dos efeitos negativos possivelmente atrelados ao uso desses recursos: por trás de uma (induzida) ilusão de controle que o usuário possa vir a ter acerca do manejo de sua vida física e emocional, aplicativos como o Querida Ansiedade podem mascarar como seu incentivo a práticas diárias de checagem, monitoramento e correção psicológica tendem a fomentar novas modalidades de sofrimento como, por exemplo, pelo encorajamento a uma preocupação excessiva com a própria vida interior e com o aumento do controle sobre seus pensamentos, emoções e corpo (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

Além disso, é mister notar que o crescente interesse por aplicativos voltados especificamente para a saúde mental relaciona-se intimamente ao seu potencial para coleta, arquivo, análise, monitoramento e utilização de dados biométricos e de informações sobre o comportamento humano, incluindo dados acerca das emoções, humores e estados psicológicos dos usuários - de imenso valor tanto comercialmente quanto cientificamente (BRUNO *et al.*, 2021).

Portanto, por trás da promessa de aumento de felicidade individual, esses aplicativos correspondem a potentes “instrumentos de uma vigilância em massa na qual emoções, pensamentos e sinais vitais são usados em escala massiva na forma de estatísticas a fim de

gerar perfis e possibilitar a pesquisa, a previsão e o direcionamento do comportamento dos indivíduos." (CABANAS e ILLOUZ, 2022).

Nesse ínterim, os *PsiApps* se filiam às novas tendências de avaliação de bem-estar como o "*quantified self*" que usam a mineração de dados da internet, smartphones e redes sociais para calcular estados de humor a fim de antecipar tendências de mercado, realizar previsões eleitorais, direcionamento de marketing etc.

Esse extensivo processo de mineração de dados - característico da atual forma de poder corporativista neoliberal (HAN, 2018) -, todavia, não tende a ser explicitado pelos *softwares*. Nota-se que os Termos de Uso e a Política de Privacidade do aplicativo Querida Ansiedade, por exemplo, não se encontram na tela inicial do usuário, sendo possível que este faça uso de todas as ferramentas sem que se dê conta de como seus dados estão sendo utilizados tanto pelo *software* quanto por empresas terceirizadas. Para ter acesso a essas informações, é preciso que o usuário selecione especificamente as opções determinadas.

Nas Políticas de Privacidade deste aplicativo, o usuário se depara com a seguinte informação:

Você entende que através da utilização dos serviços você concorda com a coleta e utilização, conforme estabelecido pela Política de Privacidade, incluindo a transferência destas informações para outros países para fins de armazenamento, processamento e utilização pelo Querida Ansiedade.

O Querida Ansiedade resguarda para si, ainda, o direito de usar qualquer informação fornecida pelo usuário para distribuição, transmissão ou publicação de tal conteúdo em outras mídias e serviços, sujeitos aos termos do próprio aplicativo. Esses dados podem ser utilizados por empresas e organizações terceirizadas como, segundo o próprio aplicativo, a plataforma AdMob, que garante anúncios especializados nos interesses do próprio usuário, a Amazon, onde os dados são armazenados, o Facebook, utilizado

para finalizar o cadastro no aplicativo, e também o Google, utilizado também para fins de cadastro.

Para além de apontar a utilidade comercial e política desses recursos, o sucesso dos produtos de automonitoramento entre os sujeitos contemporâneos indica ainda o quão confortáveis os mesmos estão em relação a processos de vigilância e auto-vigilância. Segundo Cabanas e Illouz (2022), parece que sobretudo as gerações mais novas internalizaram profundamente o “mantra” presente na ética neoliberal de que uma vida “escrutinada e autogerida” é a mais valiosa que se pode viver.

Na esteira da argumentação de Cabanas e Illouz, Han (2022) dirá que o sujeito submisso ao “regime da informação” - forma de dominação contemporânea em que imperam os dados virtuais -, não é dócil e nem obediente, mas se percebe livre, autêntico e criativo. Ou seja, o sujeito do Contemporâneo, através do seu compartilhamento constante de dados e práticas de automonitoramento, se sente satisfeito em ser dominado, e não percebe o regime da informação como um regime de dominação.

Ainda para Han (2022), essa dominação “é ocultada, na medida em que se funde completamente com o cotidiano”. Esta fusão ocorre através da “complacência das mídias sociais, da comodidade das máquinas de buscas, das vozes embalantes das assistentes de voz ou da oficiosidade prestativa dos *smart apps*, os aplicativos inteligentes”. Portanto, a dominação presente também nos aplicativos de *digital health* coaduna com o que é descrito por Han.

CONCLUSÃO

É central ao *ethos* do cuidado pessoal das sociedades neoliberais contemporâneas a exigência quanto ao esforço individual de autorregulação emocional como promoção de saúde mental.

Neste contexto, os aplicativos de saúde digital tornam-se cada vez mais populares, e a estimativa é de que serão ainda mais procurados nos próximos anos (GMI, 2023).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), transtornos depressivos e transtornos de ansiedade estão entre as dez condições de saúde mais incapacitantes do mundo atual, e que afastam as pessoas de seus contextos organizacionais e de lazer. Além disso, a prevalência desses transtornos se dá a nível mundial, fato que evidencia a urgência nas pesquisas e no investimento em saúde pública (WHO, 2022), o que inclui investigar o impacto dos *softwares* de saúde mental no mundo atual.

Em relação às investigações científicas relacionadas aos impactos de aplicativos de saúde mental no bem-estar dos seus usuários, é necessário constatar que esse nicho mercadológico, atualmente ainda se encontra virtualmente desregulado, sendo que os critérios de qualidade exigidos de seus desenvolvedores se limitam a aspectos tecnológicos (como desempenho, funcionalidade e estabilidade do aplicativo), não havendo fiscalização quanto a aspectos clínicos (como validade, eficácia, confiabilidade, riscos) e tampouco a aspectos éticos (como mecanismos de responsabilização, segurança, e proteção de dados). (BRUNO *et al.*, 2021)

Pudemos observar, em especial pela análise do *software* Querida Ansiedade, que a lógica de funcionamento dos aplicativos de saúde mental tende a ser de monitoramento constante dos próprios pensamentos e emoções - uma prática que tende a estar próxima dos ideais neoliberais de autogestão e constante aperfeiçoamento de si (HAN, 2018). Portanto, entende-se que, nesse novo locus, os processos sociais de subjetivação não são levados em consideração nas ponderações a respeito do sofrimento mental: apenas o próprio indivíduo doente é que precisa mudar para não mais sofrer, o que torna automaticamente desimplicados todos os outros agentes envolvidos nos processos de adoecimento psíquico contemporâneos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BECK, Judith. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BRUNO, F. G; PEREIRA, P. C; BENTES, A. C. F; FALTAY, P; ANTOUN, M; COSTA, D. D. P. da; STRECKER, H; ROCHA, N. S. "Tudo por conta própria": autonomia individual e mediação técnica em aplicativos de autocuidado psicológico. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 1, 2021. DOI: 10.29397/reciis.v15i1.2205. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2205>. Acesso em: 11 abr. 2023.
- CABANAS, Edgar; ILLOUZ, Eva. **Happycracia: fabricando cidadãos felizes**. São Paulo: Ubu Editora, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Reflexões e orientações sobre a prática da Psicoterapia. Brasília, 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/caderno_reflexoes_e_orientacoes_sobre_a_pratica_de_psicoterapia.pdf?fbclid=IwAR39YWFgs5jOqhhLoRhGN20SvaJY1zKI62gr0Ly45GQCSu8apL_1yJ5_N4. Acesso em: 24 jun. 2023.
- GMI. Digital Health Market Share. Disponível em: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/digital-health-market>. Acesso em: 06 abr. 2023.
- HAN, Byung. **Infocracia: digitalização e a crise da democracia**. Tradução de Gabriel S. Philipson. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2022.
- HAN, Byung. **Psicopolítica**. Tradução de Maurício Liesen. 7. ed. Belo Horizonte: Editora Áyiné, 2018.
- HAN, Byung. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2017.
- HAN, Byung. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Tradução de Lucas Machado. 1. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2021.
- PELBART, Peter Pál. **O Averso do Nihilismo**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

QUERIDA ANSIEDADE. Aplicativo disponível na loja Play Store de dispositivos Android. Acesso em: 06 abr. 2023.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Mental Health Report: Transforming mental health for all. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 11 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Anxiety or fear-related disorders. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1336943699>. Acesso em: 13 abr. 2023.

ZIMBRÃO, Mirelli; KLEIS, Natan; CORRÊA, Daphne; GOMES, Ingrid; SILVA, Cristiane. Práticas docentes remotas na graduação em psicologia. **Conjecturas**, [S. l.], v. 22, n. 18, p. 235–252, 2022. Disponível em: <http://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/2136>. Acesso em: 21 mar. 2023.

7

Bruno da Silva Campos

PORQUE AINDA É NECESSÁRIO FALAR SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA?



RESUMO

Este capítulo é fruto de uma tese de doutorado em saúde coletiva, do programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Nesse trabalho, discutimos sobre aspectos relacionados a reforma psiquiátrica e a psiquiatrização da loucura. A partir disso, o presente capítulo tem como objetivo problematizar sobre a relação saúde e justiça e a garantia de direitos. Assim, buscamos compreender os sentidos sobre saúde, doença e aprisionamento institucional e social, visando o desenvolvimento de políticas públicas que levem em conta a relação entre esses fatores.

Palavras-chave: saúde; saúde coletiva; psicologia; reforma psiquiátrica; psiquiatrização da loucura.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, popularmente conhecida como “constituição cidadã”, houve a demarcação de um novo campo para o surgimento de um Sistema Único de Saúde, público e gratuito, além de mudanças relevantes na Saúde Pública Brasileira: a saúde passa a ser um Direito de todos, não uma exclusividade de trabalhadores formalmente empregados. O direito à saúde e a organização e funcionamento do SUS foram regulamentados a nível federal por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem como diretriz dar prioridade à atenção básica e às ações de controle de riscos e agravos. Cabendo aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), de forma integrada, apesar de descentralizada e regionalizada, a responsabilidade pela execução de políticas públicas voltadas à proteção, promoção e à recuperação da saúde. Com a sua promulgação foi aberto um espaço fecundo para a elaboração e repercussão de documentos nacionais que assegurariam o cuidado em liberdade aos seguimentos em situação de vulnerabilidade. Dentre eles, podemos citar a Lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001; a convenção sobre as pessoas com deficiência, em 2008; e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

O Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, publicado em 2018, pontua que a I conferência de saúde mental em 1987; a Constituição de 1988; a lei federal Nº.8080/1990; e o projeto de lei “Paulo Delgado”, apresentado em 1989, formulariam diretrizes para definir os princípios da reorganização da Atenção à Saúde Mental, sendo essa política, por princípios constitucionais, emancipada ao grau de política de Estado, e não apenas de governo (CFP, 2019).

No entanto, destaca-se que a lei 10.216 de 2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica, proveniente de um projeto de lei que previa a extinção gradativa dos manicômios - é a primeira legislação nacional que dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, e reorienta o modelo assistencial em saúde mental. Ela possui a finalidade de garantir direitos, deslocando o foco da lógica manicomial e asilar para a lógica do cuidado em liberdade e da atenção junto/com a comunidade.

De acordo com essa nova compreensão, a assistência deverá ser prestada em estabelecimento de saúde mental do sistema SUS, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais. Neste sentido, a referida lei postula, em seu artigo 2º, Parágrafo único, alguns direitos que devem ser observados e garantidos no atendimento da pessoa portadora de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2015).

Destaca ainda a importância desse serviço ser prestado de forma ambulatorial, encarando a internação somente quando todas as outras medidas já tiverem sido esgotadas. Como aponta o artigo 4º:

Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º. e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2015)

Ainda sobre a internação, a lei n.10.216, de 2001 definiu três modalidades: voluntária, involuntária e compulsória. O médico é o único profissional liberado para solicitar internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, assim como avaliar as compulsórias.

Esta última é determinada pela autoridade judiciária, a partir do que é estabelecido no Código Penal. No entanto, o laudo médico continua sendo imprescindível.

Delgado (2011, p. 118) aponta que desde sua aprovação, a lei 10.216/2001 passou a ser

um polo orientador do próprio debate. Grupos que consideram que o Brasil tem uma Política de Saúde Mental equivocada, como os segmentos vinculados a hospitais psiquiátricos ou a algumas associações profissionais, todos defendem a lei 10.216. O que dizem é que ela poderia estar sendo mal aplicada, mas não há uma contestação explícita da própria lei.

Isto posto, ao longo dos seus trinta anos de existência, no âmbito do SUS foram criados alguns serviços que se propõe a trilhar um caminho diferente e de rompimento com a lógica hospitalocêntrica. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme portaria GM/MS n. 4.279/2010 é uma delas, e se constitui como uma das cinco redes temáticas de atenção à saúde, estratégicas para a organização do SUS. Nela, a atenção psicossocial é considerada uma das principais dimensões para a garantia de cuidado integral em cada região de saúde (CFP, 2019).

Em 2011 foram instituídas as diretrizes e componentes da RAPS, com a finalidade de regular a criação, ampliação e articulação da atenção à saúde, no âmbito do SUS, para pessoas em sofrimento e/ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Outro importante marco nessa pequena linha histórica que estamos traçando é a homologação da lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015, que versa sobre a Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) na sociedade. Em primeiro lugar, a referida lei aponta, em seu art. 2º: “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza

física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015). Adiante, postula que, quando necessária avaliação da deficiência, esta será feita de forma biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, devendo observar critérios previamente descritos no referido estatuto. Ainda afirma, nos artigos 79, 80, 81 e 83:

Art. 79. O poder público deve assegurar o acesso da pessoa com deficiência à justiça, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, garantindo, sempre que requeridos, adaptações e recursos de tecnologia assistiva.

§ 1º A fim de garantir a atuação da pessoa com deficiência em todo o processo judicial, o poder público deve capacitar os membros e os servidores que atuam no Poder Judiciário, no Ministério Público, na Defensoria Pública, nos órgãos de segurança pública e no sistema penitenciário quanto aos direitos da pessoa com deficiência.

§ 2º Devem ser assegurados à pessoa com deficiência submetida a medida restritiva de liberdade todos os direitos e garantias a que fazem jus os apenados sem deficiência, garantida a acessibilidade.

§ 3º A Defensoria Pública e o Ministério Público tomarão as medidas necessárias à garantia dos direitos previstos nesta Lei.

Art. 80. Devem ser oferecidos todos os recursos de tecnologia assistiva disponíveis para que a pessoa com deficiência tenha garantido o acesso à justiça, sempre que figure em um dos polos da ação ou atue como testemunha, participe da lide posta em juízo, advogado, defensor público, magistrado ou membro do Ministério Público.

Parágrafo único. A pessoa com deficiência tem garantido o acesso ao conteúdo de todos os atos processuais de seu interesse, inclusive no exercício da advocacia.

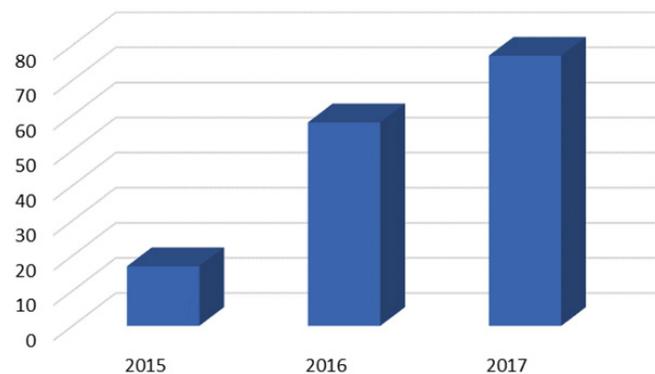
Art. 81. Os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais.

Art. 83. Os serviços notariais e de registro não podem negar ou criar óbices ou condições diferenciadas à prestação de seus serviços em razão de deficiência do solicitante, devendo reconhecer sua capacidade legal plena, garantida a acessibilidade.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no caput deste artigo constitui discriminação em razão de deficiência. (BRASIL, 2015)

No entanto, esse cenário de garantias parece não ecoar na população com transtorno mental em conflito com a lei. Em sua pesquisa de mestrado, Campos (2018), discute sobre o aumento do acesso das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema de justiça criminal do Espírito Santo. O autor faz um demonstrativo geral, por ano, do número de audiências realizadas com essa população, na grande Vitória/ES. O período da pesquisa vai de maio de 2015 a dezembro de 2017, quando foram realizadas 152 audiências com autuados acometidos por algum tipo de transtorno mental.

Figura 1- Número de audiências de custódia realizadas, na Grande Vitória/ES, entre mai/2015 e dez/2017



Fonte: Campos, 2018.

O encarceramento e invisibilidade da loucura também foi pauta de uma nota publicada pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade da Pastoral Carcerária, intitulada: “Onde estão as pessoas com transtorno mental no Infopen – 2016”. Essa publicação chama a atenção para a privação de liberdade de pessoas em sofrimento psíquico em unidades prisionais comuns, além de sua invisibilidade no relatório produzido e lançado no dia 08/12/17 pelo Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça.

Dentre outros pontos, o manifesto traz à tona que os (as) pacientes dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, bem como os presos em sofrimento psíquico reclusos em presídios comuns, são amplamente invisibilizados (as), sendo privados (as) de liberdade em locais que agravam sua condição e que são absolutamente inadequados para um cuidado em saúde mental. Em relatório recente, lançado pelo Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro - INFOPEN, que abrange o período de janeiro a junho de 2019, o Estado do Espírito Santo possui um total de 25.225 presos. Deste quantitativo, somente 51 estão em medida de segurança, cumprindo pena na unidade de custódia e tratamento psiquiátrico.

Sobre essa questão, Arboleda-Flórez (2003) sustenta que o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos de alguns países ocidentais, por força do processo de desinstitucionalização, determinou uma progressiva demanda por serviços psiquiátricos forenses e aumento no número de pessoas com transtornos mentais em prisões. Corroborando com essa ideia, Damas e Oliveira (2013) apontam que é provável que o problema real esteja relacionado com o inadequado acompanhamento pós-alta dos pacientes, além da falta de estrutura de apoio social na comunidade ao tempo em que os leitos hospitalares foram fechados.

O principal referencial legal que norteia o serviço de saúde no sistema prisional é a PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional), instituída na Portaria Interministerial 01 de 2014. Ela se ampara nos princípios do SUS: da universalidade; da descentralização; da capilaridade; da acessibilidade; do vínculo; da continuidade do cuidado; da integralidade da atenção; da responsabilização; da humanização; da equidade e da participação social (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a garantia de direitos aos internos com transtornos mentais dentro dos estabelecimentos prisionais é regida pela PNAISP, com destaque ao que consta no Artº 3:

I - respeito aos direitos humanos e à justiça social; II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014, p. 2).

Contudo, devido à pouca discussão e conhecimento sobre o campo que envolve a interlocução de saúde e justiça na garantia de direitos as pessoas com transtornos mentais que ainda não foram julgadas e sentenciadas, muitos operadores do direito (juízes, promotores, defensores públicos) e até mesmo da área de saúde, ainda corroboram com a ideia do modelo asilar. Isso, pois, acreditam que essa seja a única opção para lidar com os casos das pessoas com transtorno que cometeram algum delito. Essa situação ocorre em meio aos mais de 50 anos de lançamento do livro sobre a história da loucura (FOUCAULT, 2017), que narra as inúmeras mazelas e barbá-

ries praticadas para com essas pessoas, bem como diante de todo o movimento da luta antimanicomial e dos vinte anos de promulgação da lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Essa última dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental que deve, preferencialmente, ser realizado de forma ambulatorial, em meio aberto, com ares de cidade!

Nesse contexto, atualmente nossa realidade carcerária abriga, em presídios comuns, inúmeras pessoas em sofrimento psíquico. Muitas delas são diagnosticadas na própria prisão, ou até mesmo possuem histórico de internação em unidades de saúde mental no Estado, mas que não recebem atenção prescrita na Portaria Ministerial de 14 janeiro de 2014 (BRASIL, 2014). Tal documento institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

As práticas envolvendo casos de saúde mental dentro das unidades prisionais, na maior parte das vezes, ainda seguem o modelo de internação, tendo como referência a Unidade de Custódia e tratamento Psiquiátrico de Cariacica – UCTP. Essa instituição, em sua essência, reforça os efeitos deletérios e degenerativos do aprisionamento e da exclusão social, precisando ser combatida e abandonada. Os gestores locais e os atores do sistema de justiça, ao manter esse modelo manicomial, vão em contramão às várias premissas publicadas pelo SUS, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP).

A partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, ambas no norte da Itália, o que se entendia por Reforma Psiquiátrica sofreu uma radical transformação. Em primeiro lugar, porque não se pretendia mais a reforma do hospital psiquiátrico. Percebido como um espaço de reclusão e não de cuidado e

terapêutica, o hospital deveria ser negado e superado. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passava a ser denunciado como manicômio, por pautar-se na tutela, na custódia, na gestão de seus internos. (AMARANTE, 1992, p. 10)

Erving Goffman (2001, p. 27) contribui com a visão da prisão, e no caso acima da unidade psiquiátrica, como “instituição total”, que visa a mortificação do eu, destinada à proteção da sociedade, aliada à recuperação do infrator contra os perigos de ruptura do tecido social pelo crime. Tal mortificação, no entanto, não se dá de forma absoluta e sem resistências, empreendendo-se táticas variadas para fugir do controle. Os muros dessas instituições totais

[...] abrigam a ambiguidade dessa figura representativa de dois fantasmas do imaginário ocidental: o louco e o criminoso, assim como a ambiguidade da instituição: ora hospital de tratamento, ora prisão. Cabe ao médico especialista, o “conselheiro da punição”, dizer sobre a periculosidade do infrator: o laudo psiquiátrico concede aos expedientes punitivos poder sobre as infrações e sobre os indivíduos. (GOFFMAN, 2001, p. 31)

Em contrapartida, é preciso evidenciar os principais aspectos presentes na RAPS, tornando mais claros os dispositivos substitutivos que podem acolher o público com transtorno mental em conflito com a lei. Destacam-se as estratégias para a desinstitucionalização, formas de atuação para o encerramento da porta de entrada no sistema penal, e práticas de agenciamentos de inclusão e atenção integral em serviços de saúde e da rede de proteção social.

Quanto às práticas de cuidado na atenção psicossocial em perspectivas intersaberes, intersetoriais e da integralidade, incluindo as ações e serviços inerentes aos profissionais da saúde, cabe resgatar as diretrizes para a atenção básica em saúde mental, as premissas sobre a clínica ampliada, a Política Nacional de Humanização

(Humaniza SUS) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), publicadas pelas direções nacionais e estaduais do SUS.

Sobre as diretrizes do cuidado em saúde mental, destaca-se nesse contexto a autonomia, o respeito às singularidades e a afirmação do cuidado em liberdade. Em relação à clínica ampliada, é importante frisar que ela “busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2007, p. 10). Por fim, o HumanizaSUS (2004) pontua sobre a importância do acolhimento e da escuta em saúde. Evidencia-se ainda que dentro das ações e serviços da atenção primária, no seguimento para a atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas no RENASES (BRASIL, 2012, p. 12), há a proposta de:

Ações individuais e coletivas de promoção de saúde e de redução de danos, visando à promoção e manutenção da saúde mental, incluindo: identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos, nos diferentes ciclos de vida, que apresentam problemas relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas; identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais relacionados ao trabalho. Para tanto, devem-se adotar práticas de referência, contrarreferência e atendimento/acompanhamento compartilhado com outros serviços de Atenção Psicossocial, quando ultrapassada a capacidade dos serviços da Atenção Primária.

Nesta direção, para a formação de redes e práticas de cuidado e possíveis interações com os estabelecimentos penais como *locus* de cuidado, encontramos apoio nos textos do pesquisador Martinho Silva, que afirma:

A garantia de direitos sociais antes e depois da entrada no sistema prisional, pondera as características de precariedade socioeconômica da maioria da população carcerária brasileira, de modo que significativa parte dela ingressa no sistema prisional depois de experiência de vida com poucas oportunidades de estudo, emprego, moradia e acesso à saúde (SILVA, 2015, p. 57).

Corroborando com esse pensamento, os pesquisadores Soares Filho e Gomes Bueno (2016, p. 48), apontam para o elevado grau de iniquidades e de vulnerabilidades envolvendo a saúde da população prisional. Para eles, “a atenção à saúde e outras necessidades dessa população, deve envolver um conjunto de ações intersetoriais de políticas públicas transversais à própria execução penal”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, tentamos mostrar como ainda se faz necessário avançar nas discussões trazidas pela reforma psiquiátrica. A problemática da interlocução entre saúde e justiça se mostra ainda mais frágil e pouco afirmativa quando o público alvo são pessoas com transtornos mentais capturadas diariamente pelo sistema de justiça. Tal fato, se deve, e em muito, ao desmantelamento das políticas públicas de saúde mental que temos vivenciado ao longo dos últimos anos, e com isso, o fortalecimento dos dispositivos asilares e manicomiais utilizados preferencialmente pelo sistema de justiça criminal e pela psiquiatria clássica (que têm efeitos seriamente degenerativos e levam a internações perpétuas e redução de possibilidades de reparação da vida).

Ao refletir sobre essas questões percebemos os efeitos deletérios das vivências em espaços de confinamento e a necessidade de repensar os serviços penais como função mediadora, não como reprodutor de violência, criminalidade, violação de direitos e estigmas.

Então, precisamos compreender o que representou a reforma psiquiátrica a partir da metade do século XX, com o surgimento de pesquisas e estudos encabeçados por teóricos como Canquilha e Foucault. Ademais, ressalta-se movimentos como o da

Antipsiquiatria, que não tinha como método técnico aparatos físicos ou químicos, mas sim, a análise valorativa do discurso do louco sobre seu mundo, delírios e invenções, buscando o diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Outro movimento é o da Desinstitucionalização, que não se refere apenas ao fato da instituição, mas a todo um discurso da sociedade, compreendendo a instituição de forma dinâmica e necessariamente complexa para a prática de saberes, buscando entender, perceber e se relacionar com os fenômenos sócio históricos. Ambos movimentos – antipsiquiatria e desinstitucionalização – querem construir novos deveres e desconstruir paradigmas.

REFERÊNCIAS

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Integration initiatives for forensic services. **World Psychiatry**. v. 3, n. 2, P. 179-83, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Capítulo I. Disponível em: Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Congresso Nacional, 2008.

BRASIL. **Lei nº. 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

BRASIL. **Lei n. 8.080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRASIL. Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (**Portaria MJ/MS nº 1, de 02/01/2014**). Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** – Infopen – atualizado em junho de 2016. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil>. Acessado em: 08 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2 ed. – Brasília, DF: 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, B. S. **Rompendo silenciamentos**: modos de vida, dilemas e vulnerabilidades a que estão expostas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018, 140 p.

CAMPOS, B.S.; ROCON, P.C.; SODRÉ, F.; WANDEKOKEN, K.D. Audiência de Custódia e seus paradoxos frente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 26, e210166, 2022.

DAMAS, F. B. OLIVEIRA, W.F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.12, p.1 - 24, 2013.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2022.

FOUCAULT, M. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX. *In*: **Ética, sexualidade e política**. Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [Texto original publicado em 1978].

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 2001.

SOARES FILHO, M. M.; GOMES BUENO, P. M. M. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional Brasileira. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2016/Abr).



SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Adriana Fiel Ribeiro

Psicóloga, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Mental e Psicopatologias. Preceptora do Curso de Psicologia da faculdade Anhanguera de Guarapari/ES.

E-mail: adrianapsi@outlook.com

Bruno da Silva Campos

Doutor em Saúde Coletiva e Mestre em Psicologia Institucional. Professor substituto no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais e do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Belo Horizonte/MG.

E-mail: brunocampos@gmail.com

Cristiane Moreira da Silva

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Coordenadora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Petrópolis.

E-mail: cristiane.moreira@ucp.br

Danielle Leite de Oliveira Gusmão

Mestra em Psicologia na área de concentração em Cognição Social pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP), especialista em Logoterapia e Análise Existencial pela Associação de Logoterapia Viktor Emil Frankl (ALVEF) e UCP. Graduada em Psicologia pela UCP. Psicóloga Clínica.

E-mail: danielle.leite03@gmail.com

Daphne Malher Corrêa

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis. Técnica em TI pela Instituição SENAI de Petrópolis. Integrante do grupo de pesquisa - Psicologia e Mídia. Membro da Comissão Especial de Psicologia Clínica do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. Estagiária na clínica Revitalis.

E-mail: daphnemalhercorrea@gmail.com

Hugo Rocha de Oliveira

Graduando em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis, bolsista FAPERJ.

E-mail: hugorocha1809@gmail.com

Ingrid Bortolotti Gomes

Artista plástica com foco em escultura. Tecnóloga em Design de Moda pela Universidade Estácio de Sá (2016). Graduanda em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Integrante do grupo de pesquisa Psicologia e Mídia.

E-mail: aingridbortolotti@gmail.com

John Lucas Medeiros Pinto

Formado em Psicologia pela Faculdade Anhanguera de Guarapari e com pós-graduação em Psicologia Clínica pela UNOPAR. Durante a graduação, além de atuar como representante discente, destacou-se como Monitor de Psicologia Clínica e da disciplina de "Medidas e Avaliação em Psicologia", o que ampliou suas competências técnicas e contribuiu para a formação dos colegas. Atualmente, tem grande interesse na aplicação dos princípios da Gestalt-Terapia na área clínica, buscando assim, oferecer atendimentos científicos, humanizados e de qualidade para seus pacientes.

E-mail: johnlucas007@hotmail.com

Mirelli Aparecida Neves Zimbrão

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis (2023), graduada em Psicologia pela mesma universidade (2020).

E-mail: mirellizimbrao.psi@gmail.com

Natan Gastardelli Kleis

Graduando em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Bolsista de Iniciação Científica do CNPq em projeto de pesquisa relacionado a práticas psicológicas mediadas por tecnologia. Integrante do grupo de pesquisa Psicologia e Mídia.

E-mail: natangastardelli@hotmail.com

Neide Emy Kurokawa e Silva

Graduada em Psicologia pela Universidade de Guarulhos (1981), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2003) e Doutorado em Ciências da Saúde e Pós-doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2009). Professora Associada no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atua na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, principalmente nos seguintes temas: comunicação na prevenção e promoção da saúde; tecnologias sociais e inovação na educação em saúde; acesso à saúde e Direitos Humanos; narrativas no cuidado à saúde.

E-mail: neks@iesc.ufrj.br

Raphael Curioni Raia

Mestre em Saúde Coletiva pelo programa de pós-graduação IESC/UFRJ (2020). Especialista em Atenção Básica (Atenção em saúde) pelo programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica FASE (2018). Psicólogo formado pela Universidade Católica de Petrópolis (2014). Professor e Preceptor dos cursos de Medicina e Psicologia UNIFASE. Interesses nas áreas relacionadas à Saúde Coletiva, Psicologia Social, Psicologia Social Comunitária, Intervenções Psicossociais, Grupos Operativos, Propostas Grupais, Apoio à Saúde da Família, Apoio Matricial, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, Saúde Mental, Violência contra a mulher/criança/adolescente/pessoa idosa, Acesso à Saúde, Educação em Saúde, Comunicação em saúde, Psicologia e Mídia, Saúde e Mídia e no desenvolvimento de pesquisas.

E-mail: raphaelcurioni@prof.unifase-rj.edu.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

abordagens 8, 19, 30, 33, 46, 48, 50, 57, 107
 acessibilidade 16, 17, 28, 62, 64, 75, 76, 77, 103, 121, 122, 124
 ansiedade 9, 10, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 99,
 105, 106, 107, 108, 109, 112

C

ciência 8, 31, 39, 99
 comunicação 14, 18, 22, 24, 25, 28, 70, 90, 92, 119, 134

D

direitos 10, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 41, 54, 57, 65, 75, 77, 78, 116, 118,
 119, 121, 122, 124, 125, 127, 128, 129
 direitos humanos 30, 33, 41, 77, 124
 discriminação 9, 30, 34, 35, 36, 38, 39, 122

E

eficácia 16, 19, 22, 23, 27, 35, 56, 105, 112
 ética 27, 36, 111

F

ferramentas 16, 23, 24, 26, 27, 45, 107, 108, 109, 110

H

homossexualidade 31, 32, 33, 38, 41

J

justiça 10, 116, 121, 122, 124, 125, 128

L

LGBTQIAPN+ 8, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39

O

organismo 10, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 94

P

pandemia 15, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 99
 participação 9, 46, 50, 52, 54, 57, 59, 63, 66, 121, 124

pesquisa 8, 9, 15, 16, 30, 34, 44, 50, 61, 65, 78, 80, 82, 110, 122,
 132, 133

políticas públicas 10, 35, 37, 38, 41, 42, 77, 116, 117, 128

privacidade 14, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 32

profissionais 8, 14, 15, 19, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37,
 39, 46, 47, 52, 55, 57, 58, 68, 99, 120, 126

psicologia 8, 13, 19, 80, 82, 98, 99, 107, 114, 116

psicossomática 82, 83, 91, 95

Psicoterapia 14, 28, 105, 113

Q

qualidade 8, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 36,
 38, 54, 112, 133

R

responsabilidade 76, 101, 106, 117

S

saberes 8, 31, 36, 52, 71, 129

saúde 8, 9, 10, 17, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,
 44, 45, 46, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 68, 69,
 71, 83, 86, 90, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107,
 109, 111, 112, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126,
 127, 128, 129, 130, 131, 134

saúde mental 17, 99, 101, 102, 104, 106, 107, 109, 111, 112, 117, 118, 119,
 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130

Sistema Único de Saúde (SUS) 37, 45, 60, 125, 130

sociedade 9, 24, 26, 32, 35, 36, 63, 65, 66, 74, 100, 104, 120, 121,
 126, 129

T

tecnologia 16, 17, 24, 28, 121, 133

transtornos mentais 33, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 127, 128, 129

V

vulnerabilidade 33, 34, 35, 39, 55, 70, 76, 117

www.PIMENTACULTURAL.com

PSICOLOGIA E SAÚDE

teoria e práticas